

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS:

**“CARACTERIZACION DE SEGURIDAD EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE DESDE LA
PERCEPCION DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN
DE HUANCVELICA”**

**LÍNEA DE INVESTIGACION
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTADO POR:

Bach. CARDENAS CONDOR, Yuriel Karina

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

HUANCVELICA- PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley N° 25265)
FACULTAD DE ENFERMERIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Huancavelica, a los treinta y un días del mes de mayo, a horas 09:00 am del año dos mil veintidós, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Bachiller: **CARDENAS CONDOR, Yuriel Karina**, identificada con **D.N.I N° 71142372**, Siendo los Jurados Evaluadores:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DNI	CÓDIGO ORCID
Dra. Olga Vicentina, PACOVILCA ALEJO	Presidente	01217105	https://orcid.org/0000-0002-7219-9907
Dra. Ely Sara, CARHUACHUCO ROJAS	Secretario	20006808	https://orcid.org/0000-0002-6562-1305
Dra. Marisol Susana, TAPIA CAMARGO	Vocal	19917960	https://orcid.org/0000-0002-6796-3421
Dr. Raúl, URETA JURADO	Asesor	23274152	https://orcid.org/0000-0002-0739-5178

De acuerdo al Reglamento Único de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado mediante Resolución N° 0552-2021-CU-UNH.

La candidata a la Obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

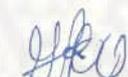
Doña : **CARDENAS CONDOR, Yuriel Karina**, procede a sustentar la tesis titulada: **"CARACTERIZACIÓN DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DE HUANCAVELICA"** aprobado mediante **Resolución N° 067-2022-D-FEN-R-UNH**, donde fija la hora y fecha para el acto de sustentación de la tesis.

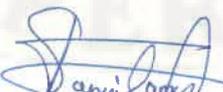
Luego, de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los Miembros del Jurado, se dio por concluido el ACTO de sustentación de forma síncrona, a través de la plataforma virtual (MEET), designado bajo **Resolución N° 055-2022-D-FEN-R-UNH**. Acto, seguido el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspenda la conectividad, para deliberar sobre los resultados de la sustentación y defensa del o los sustentantes; llegando al calificativo de:

APROBADO DESAPROBADO POR: **UNANIMIDAD**

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los 31 días del mes mayo del 2022.

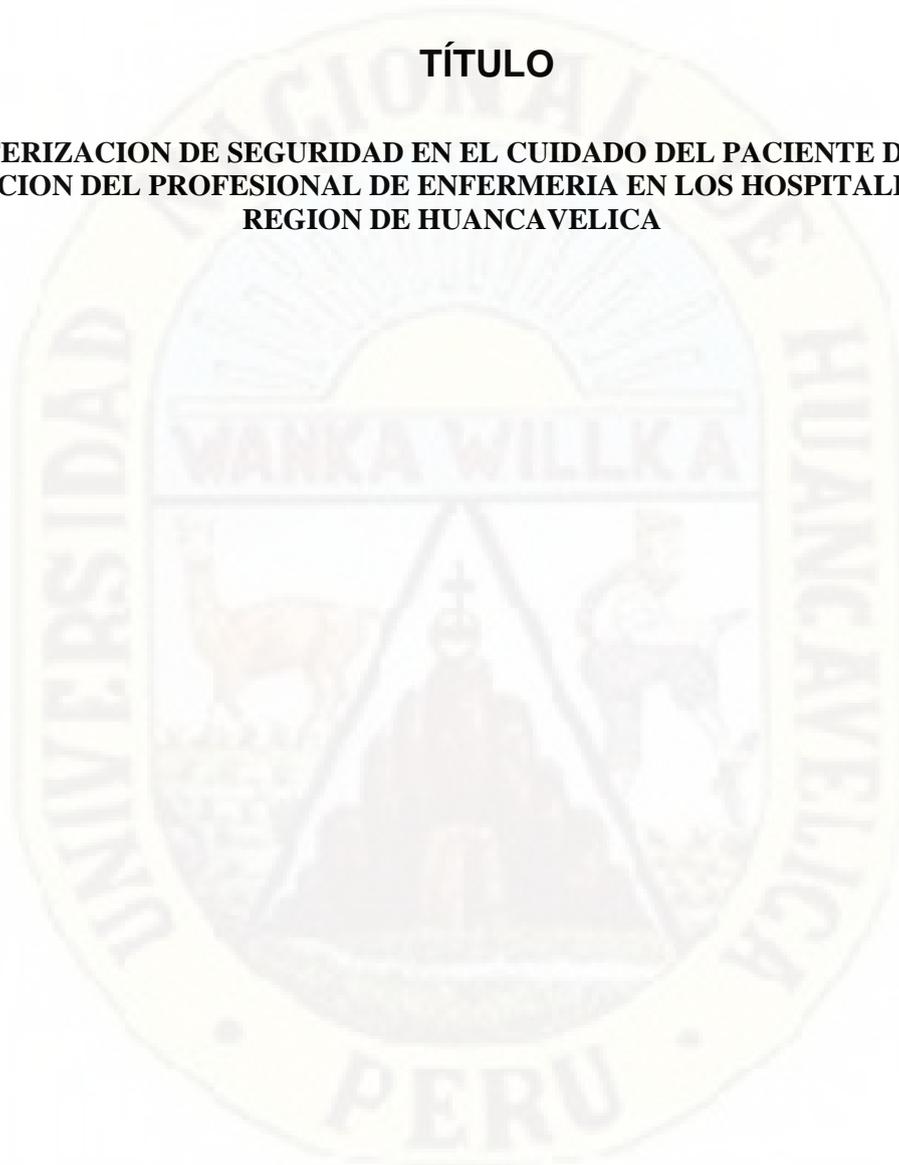

.....
PRESIDENTE


.....
SECRETARIO


.....
VOCAL

TÍTULO

CARACTERIZACION DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE LA REGION DE HUANCVELICA

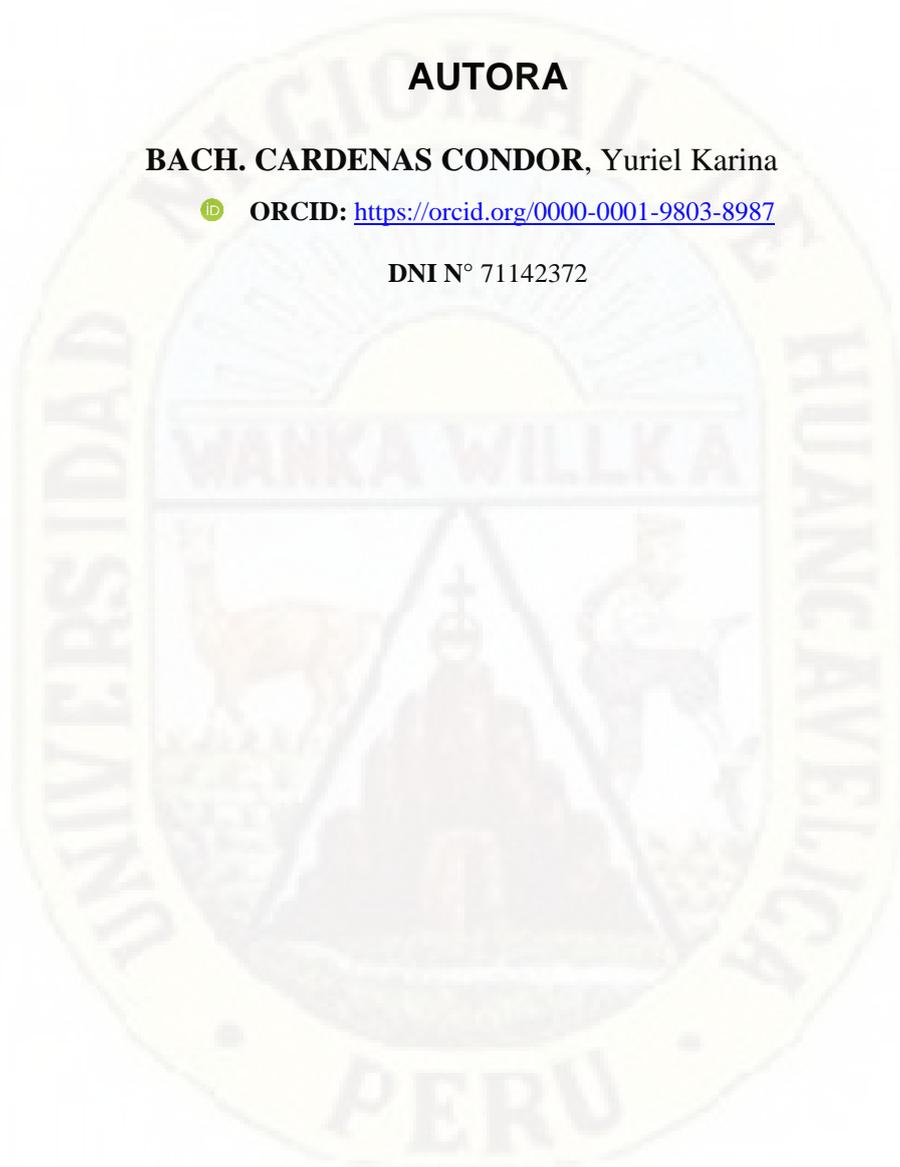


AUTORA

BACH. CARDENAS CONDOR, Yuriel Karina

 **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9803-8987>

DNI N° 71142372

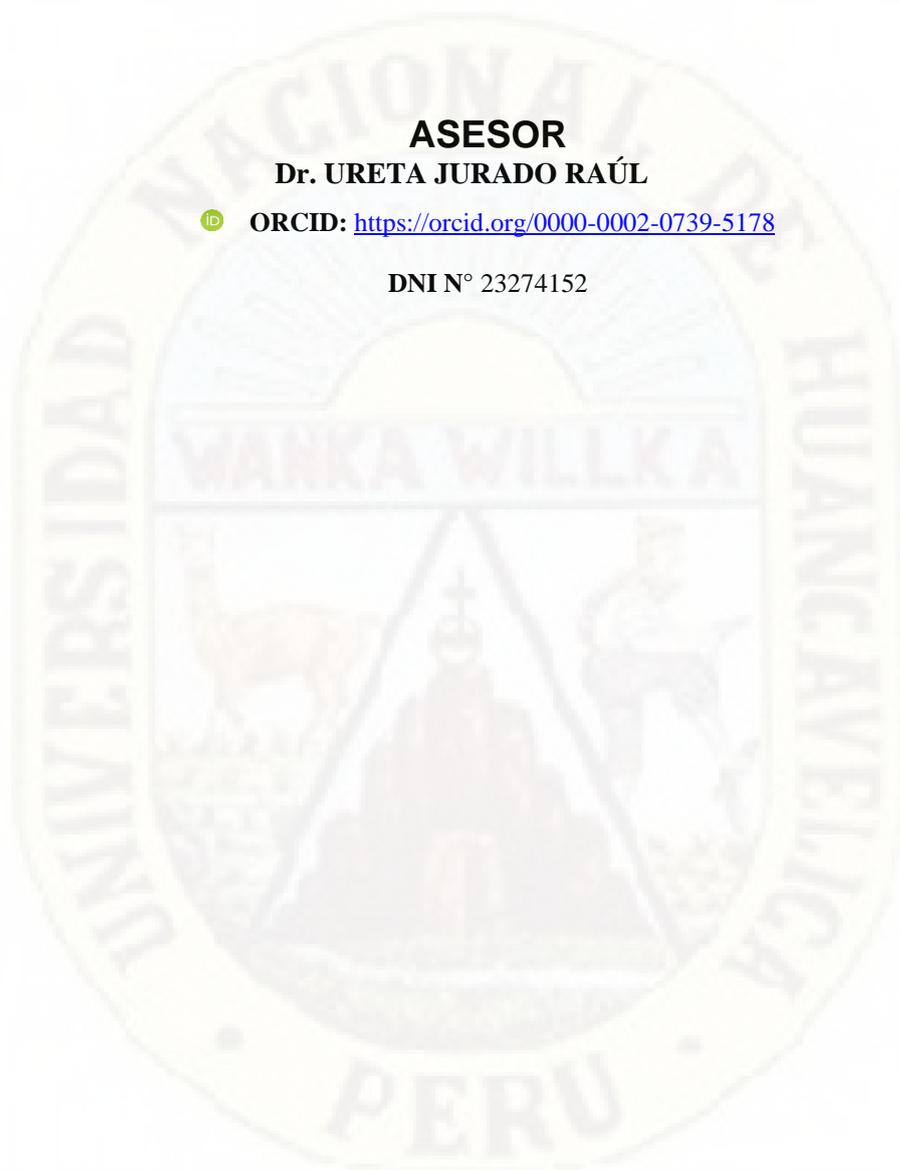


ASESOR

Dr. URETA JURADO RAÚL

 **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0739-5178>

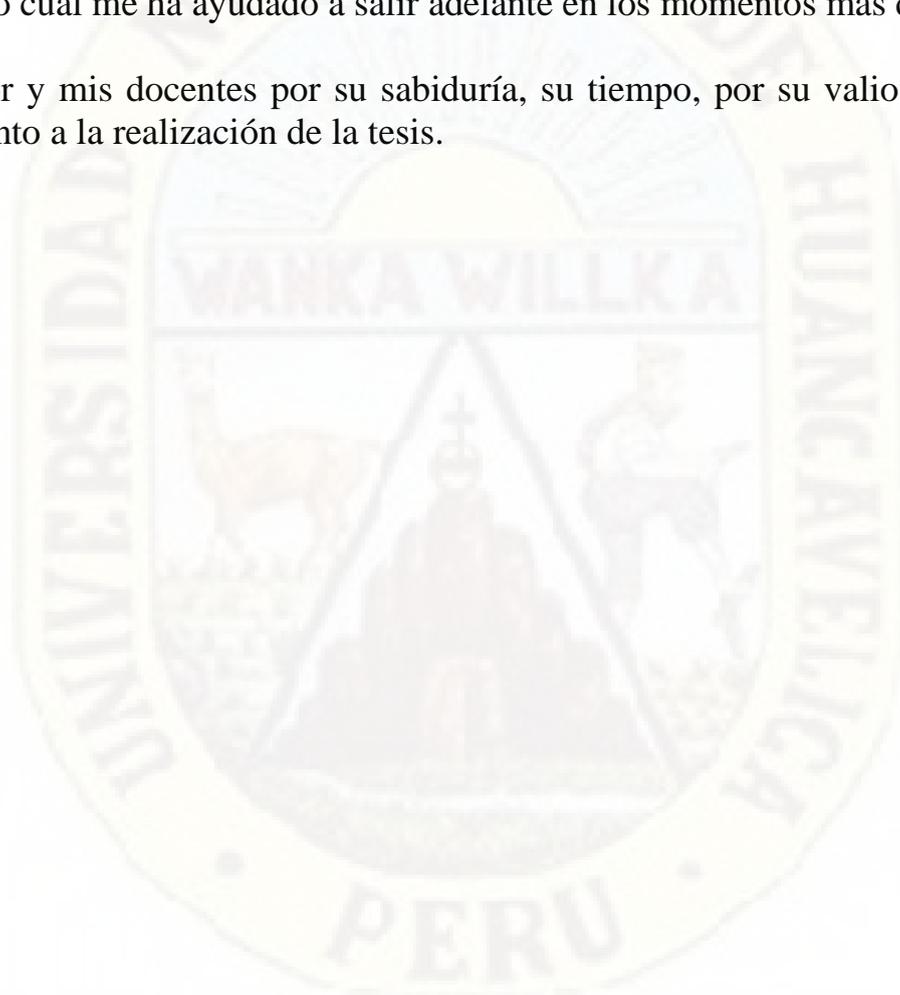
DNI N° 23274152



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi asesor y mis docentes por su sabiduría, su tiempo, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la tesis.



AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de enfermería de la Microred de Ascensión - Huancavelica quienes de manera voluntaria participaron y contribuyeron a la recolección de información, permitiendo el desarrollo del proyecto de tesis.

Con profundo aprecio y respeto a mi asesor de tesis Dr. Raúl Ureta Jurado por su paciencia, orientación, apoyo moral e incondicional que me permitió hacer posible esta investigación.

A la Universidad Nacional de Huancavelica, la Facultad de Enfermería y sus docentes por su acogimiento y por transmitirme conocimientos a lo largo de estos años de pregrado logrando el desarrollo profesional y personal.

Finalmente agradezco profundamente a mis padres y familiares por su inmenso cariño y su apoyo incondicional en mi formación profesional

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
TÍTULO	iii
AUTOR.....	iv
ASESOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
TABLA DE CONTENIDOS	viii
TABLA DE CONTENIDO DE TABLAS	x
TABLA DE CONTENIDOS DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. Planteamiento del Problema	17
1.2. Formulación del Problema.....	19
1.2.1. Problema general	19
1.2.2. Problemas específicos.....	19
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos	20
1.4. Justificación	20
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Antecedentes	23
2.2. Bases teóricas.....	32
2.2.1. Seguridad del paciente	33
2.3. Hipótesis	34
2.3.1. Hipótesis general.....	34
2.3.2. Hipótesis específicas.....	34
2.4. Definición de términos.....	35
2.5. Identificación de variables	36
2.6. Operacionalización de variables	36

CAPÍTULO III.....	38
MATERIALES Y MÉTODOS	38
3.1. Tipo de investigación.....	38
3.2. Nivel de investigación	38
3.3. Método de investigación.....	38
3.4. Diseño de investigación	39
3.5. Población, muestra y muestreo	39
3.5.1. Población:	39
3.5.2. Muestra:	40
3.5.3. Muestreo:	41
3.5.4. Criterios de Inclusión.....	41
3.5.5. Criterios de exclusión	41
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	41
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	42
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Ámbito de estudio.....	43
CAPÍTULO IV.....	45
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
4.1. Presentación de Resultados.....	45
4.2. Discusión	52
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÉNDICE.....	70
APÉNDICE N° 01: GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	71
APÉNDICE N° 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	72
APÉNDICE N° 03: DATOS COMPLEMENTARIOS	75
APÉNDICE N° 04: PLANO DE UBICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	79
APÉNDICE N° 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	81
APÉNDICE N° 06: CUESTIONARIOS	82
APÉNDICE N° 07: FOTOGRAFÍAS.....	88
APÉNDICE N° 08: ARTÍCULO CIENTÍFICO	95

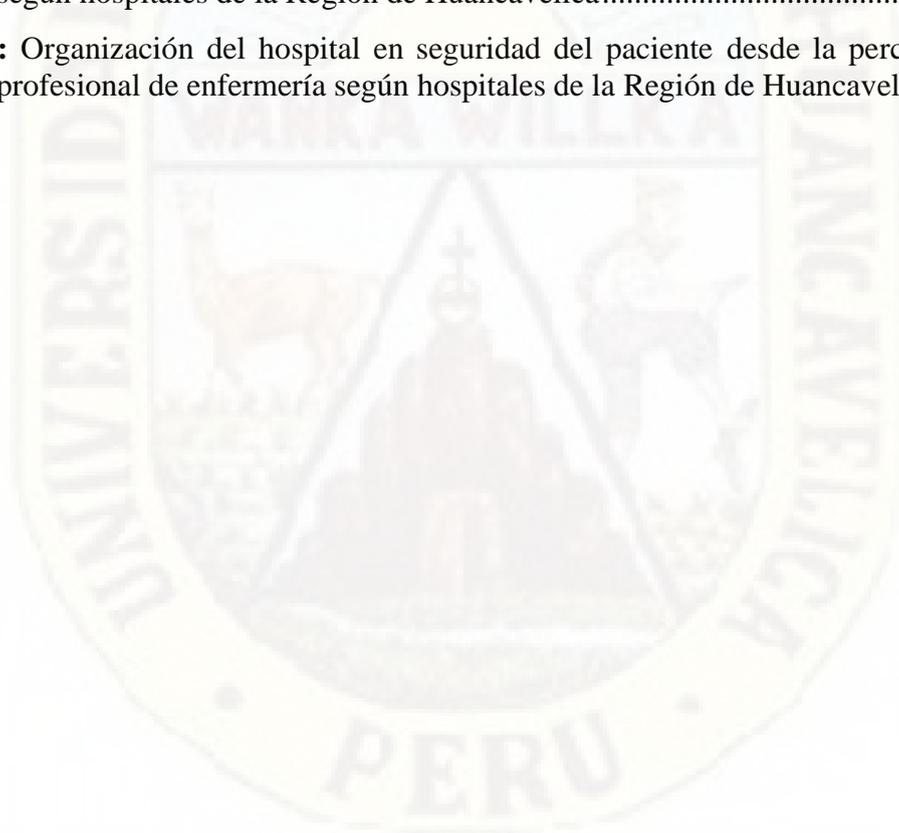
TABLA DE CONTENIDOS DE TABLAS

Tabla 1: Seguridad del paciente en la dimensión de Unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	46
Tabla 2: Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	47
Tabla 3: Comunicación en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	48
Tabla 4: Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	49
Tabla 5: Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	50
Tabla 6: Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	51



TABLA DE CONTENIDO DE GRAFICOS

Gráfico 1: Seguridad del paciente en la dimensión de Unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica	46
Gráfico 2: Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	47
Gráfico 3: Comunicación en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	48
Gráfico 4: Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica	49
Gráfico 5: Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	50
Gráfico 6: Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.....	51



RESUMEN

Objetivo. Determinar la diferencia sobre la seguridad en la atención al paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

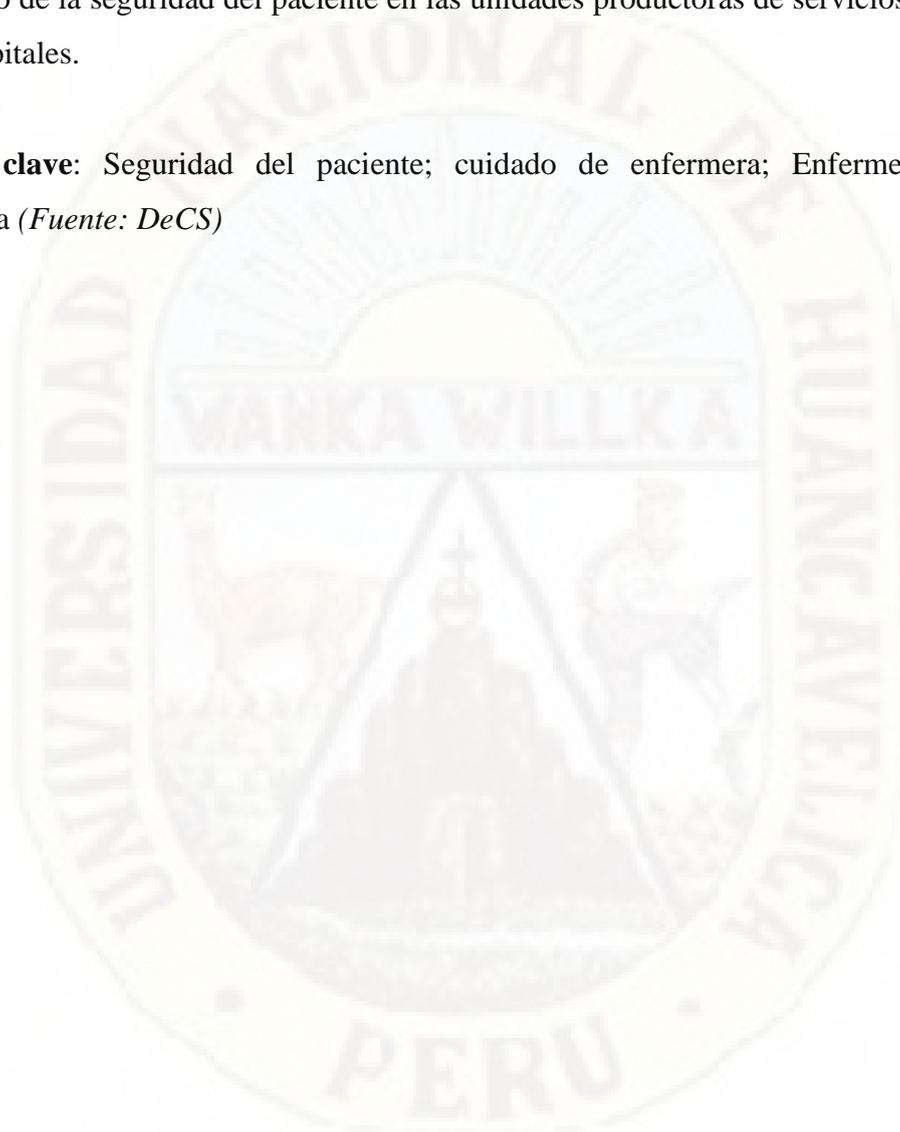
Método. El estudio es descriptivo, no experimental, transeccional, descriptivo. La muestra incluye profesionales de enfermería (n = 55) considerando los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, con instrumentos validados como el cuestionario para medir las variables de seguridad del paciente en el Hospital.

Resultados. 63,6% de profesionales de enfermería del Hospital Público-MINSA y 45,5%; consideran que la seguridad del paciente es aceptable en su unidad hospitalaria/área de trabajo. 54,5% y 36,4%; Perciben que las actividades en la unidad/área de trabajo son muy buenas con respecto a la seguridad del paciente. El 54,5% de los profesionales de enfermería del Hospital Público-MINSA y 4EsSALUD-Seguro Social consideran que la participación del supervisor/director en la seguridad del paciente es muy buena. El 45,5% percibe que la participación del supervisor/director en cuanto a la seguridad del paciente es aceptable. El 81,8% de los profesionales de enfermería del Hospital Público-MINSA y el 31,8% de EsSALUD-Seguro Social consideran que la comunicación en materia de seguridad del paciente es muy buena. 59,1%; y 18,2%; perciben que la comunicación es aceptable con respecto a la seguridad del paciente. 72,7% de profesionales de enfermería del Hospital Público-MINSA y 59,1%; de EsSALUD-Seguro Social consideran que la mayoría de las veces reportan incidentes en la unidad/área de trabajo. 18,2%; y 13,6%; perciben que los incidentes siempre se reportan en el marco de la seguridad del paciente. 18,2% y 9,1%; a veces denuncian incidentes y, el 9,1%; los de EsSALUD-Seguro Social rara vez reportan incidentes en el marco de la seguridad del paciente. el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital Público-MINSA y el 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social en términos generales consideran que la seguridad del paciente en el hospital es muy buena. 50,0%; y 18,2%; el 9,1% y el 4,5% perciben que las actividades realizadas en el marco de la seguridad del paciente son aceptables; de EsSALUD-Seguro Social percibe que la seguridad del paciente es pobre y mala. El 100,0% de los profesionales de enfermería del Hospital Social

EsSALUD-Seguro consideran aceptable la capacidad organizativa respecto a la seguridad del paciente. 54,5%; y 445,5%; perciben que la organización en seguridad del paciente es mala y muy buena, respectivamente.

Conclusión. El personal de enfermería refiere que es aceptable el despliegue de actividades en el marco de la seguridad del paciente en las unidades productoras de servicios asistenciales de los hospitales.

Palabras clave: Seguridad del paciente; cuidado de enfermera; Enfermería; atención hospitalaria (*Fuente: DeCS*)



ABSTRACT

Objective. Determine the difference on safety in patient care from the nursing professional's perception between the Departmental Hospital and Hospital II EsSALUD Huancavelica.

Method. The study is descriptive, non-experimental, transectional, descriptive. The sample includes nursing professionals (n = 55) considering the inclusion and exclusion criteria. For data collection, the survey technique was used, with validated instruments such as the questionnaire to measure the variables of patient safety in Hospital.

Results. 63.6% of nursing professionals from the Public Hospital-MINSA and 45.5%; consider that patient safety is acceptable in their hospital unit / work area. 54.5% and 36.4%; They perceive that the activities in the unit / work area are very good with respect to patient safety. 54.5% of nursing professionals from the Public Hospital-MINSA and 4EsSALUD- Social Security consider that the participation of the supervisor / director in patient safety is very good. 45.5% perceive that the participation of the supervisor / director with regard to patient safety is acceptable. 81.8% of nursing professionals from the Public Hospital-MINSA and 31.8% from EsSALUD-Social Security consider that communication regarding patient safety is very good. 59.1%; and 18.2%; they perceive that communication is acceptable with respect to patient safety. 72.7% of nursing professionals from the Public Hospital-MINSA and 59.1%; of the EsSALUD-Social Security consider that most of the time they report incidents in the work unit / area. 18.2%; and 13.6%; they perceive that incidents are always reported within the framework of patient safety. 18.2% and 9.1%; sometimes they report incidents and, 9.1%; those of EsSALUD-Seguro Social rarely report incidents within the framework of patient safety. 81.8% of nursing professionals from the Public Hospital-MINSA and 36.4%; those of EsSALUD-Seguro Social in general terms consider the safety of the patient in the hospital to be very good. 50.0%; and 18.2%; 9.1% and 4.5% perceive that the activities carried out within the framework of patient safety are acceptable; of EsSALUD-Seguro Social perceives that patient safety is poor and bad. 100.0% of the nursing professionals at the EsSALUD-Seguro Social Hospital consider the organizational capacity with respect to patient safety to be acceptable. 54.5%; and 45.5%; they perceive that the organization in patient safety is poor and very good, respectively

Conclusion. The nursing staff refers that the deployment of activities within the framework of patient safety in the units producing care services of the hospitals is acceptable.

Keywords: Patient safety; nursing care; Nursing; hospital care. (*Source: DeCS*)



INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.¹

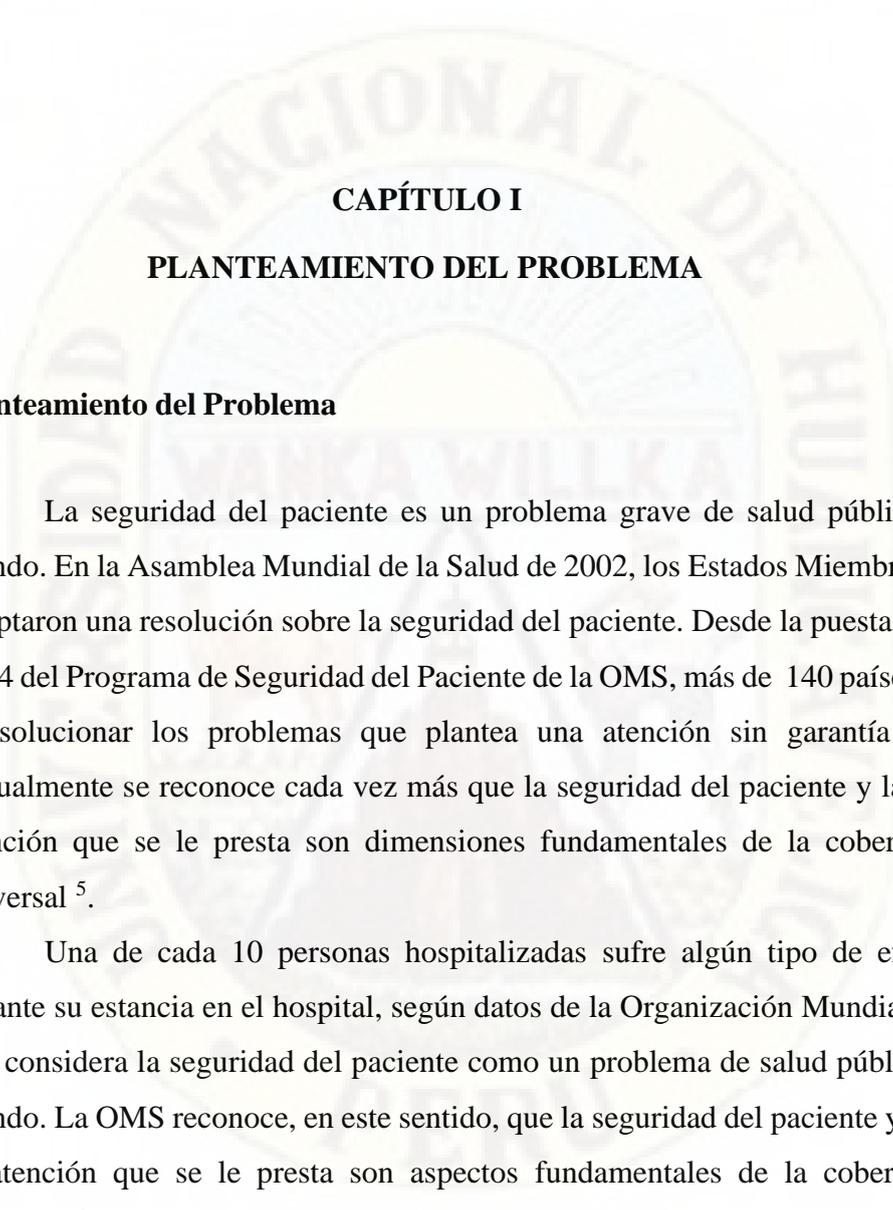
La Organización Mundial de la Salud, pone en marcha la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, con el objetivo de prestar mayor atención a la seguridad de los mismos, fortalecer las bases científicas y fomentar la calidad de la atención en salud. A partir de entonces, diversas investigaciones se han realizado en torno a esta problemática.²

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos, de manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención acordes con los lineamientos de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS.³

En este sentido, todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos adversos. No obstante, en el caso específico del equipo de enfermería, el cual debe realizar un mayor número de intervenciones directas en ambientes, interacciones y tecnologías complejas, a un paciente que ya de por sí es vulnerable por su condición, el riesgo de fallas en la atención se incrementa ostensiblemente.⁴

En virtud a lo antes expuesto surge la inquietud del investigador y alcanzar el objetivo de Determinar la diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

La Autora



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal ⁵.

Una de cada 10 personas hospitalizadas sufre algún tipo de efecto adverso durante su estancia en el hospital, según datos de la Organización Mundial de la Salud, que considera la seguridad del paciente como un problema de salud pública en todo el mundo. La OMS reconoce, en este sentido, que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son aspectos fundamentales de la cobertura sanitaria universal.⁶

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede

reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones.⁷

Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnologías sanitarias que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos.⁸

Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente. Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas.⁷

La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales. La experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados.⁹

Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial. Desde hace décadas las alianzas bilaterales entre hospitales destinadas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención han servido para el intercambio técnico entre el personal sanitario. Tales alianzas ofrecen un canal de aprendizaje bidireccional sobre seguridad del paciente y la posibilidad de encontrar conjuntamente soluciones en unos sistemas de salud mundiales que cambian con rapidez.⁷

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Existe diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital IIEsSALUD Huancavelica?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es la seguridad del paciente en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?
- ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de supervisión en el supervisor/director de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?
- ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de comunicación en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?
- ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?
- ¿Cuál es el grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?
- ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto organización hospitalaria desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en el Hospital Departamental y Hospital IIEsSALUD Huancavelica.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la seguridad del paciente en la dimensión del área/unidad de trabajo, desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.
- Detallar la seguridad del paciente en la dimensión de participación del supervisor/director de trabajo, desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.
- Especificar la seguridad del paciente en la dimensión de comunicación en el área/unidad de trabajo, desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.
- Describir la seguridad del paciente en la dimensión de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo, desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.
- Identificar el grado general de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.
- Describir la seguridad del paciente en la dimensión de organización hospitalaria, desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.

1.4. Justificación

La seguridad del paciente es una prioridad en los establecimientos de salud, así como la identificación correcta de los pacientes de riesgo y también la protección del paciente vulnerable frente a estos sucesos. El análisis de las circunstancias en las que se producen estos eventos adversos es fundamental. Es aquí, en este punto, donde los profesionales de Enfermería se enmarcan como el principal protagonista de este proyecto de mejora de la Seguridad de nuestros pacientes.

Todos los pacientes ingresados tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia. Los estudios publicados establecen que entre el 2-10% de los ingresos anuales se caen durante la estancia, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo tanto intrínseco al paciente como extrínseco al entorno hospitalario.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisfará antes que cualquier otra necesidad es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro.

En ese sentido la seguridad del paciente debe ser entendida como una responsabilidad esencial del acto del cuidado, de ahí que los profesionales, estudiantes de enfermería debamos sumarnos a las nuevas estrategias que garanticen la seguridad de los pacientes.

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Saleh Aboufour & Subbarayalu, (2022) en su publicación científica sobre **Percepciones de seguridad del paciente entre los profesionales de la salud en los hospitales del Ministerio de Salud en la Provincia Oriental de Arabia Saudita. Objetivo:** Las Organizaciones Sanitarias (HCO) dan la debida importancia a la calidad y seguridad de sus servicios mediante la incorporación de una fuerte Cultura de Seguridad del Paciente (PSC) entre los empleados. **Método:** En consecuencia, este estudio adoptó un diseño de estudio transversal para revelar la percepción de los profesionales de la salud hacia la CPS en los hospitales seleccionados del Ministerio de Salud (MOH) de la Provincia Oriental, Arabia Saudita. La muestra consistió en 781 profesionales de la salud, incluidos 221 enfermeros, 216 médicos, 198 otro personal clínico y 146 personal administrativo a los que se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Los datos recogidos de las muestras se sometieron a un análisis estadístico adecuado. **Los resultados** mostraron que la puntuación positiva compuesta general para las 12 dimensiones del PSC fue del 67 %. Además, El 79% de los HCP calificó la seguridad general del paciente en los hospitales del Ministerio de Salud como "excelente" o "muy buena". Más enfermeras han calificado la seguridad general del paciente como "excelente" o "muy buena" que médicos, otro personal clínico y personal administrativo. Entre las dimensiones del PSC, el "trabajo en equipo dentro de las unidades" fue la fortaleza de los hospitales del Ministerio de Salud seleccionados, aunque la apertura de la comunicación, los traspasos y las transiciones, la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error se identificaron como debilidades. Hubo una diferencia

significativa entre las cuatro categorías laborales de la percepción de los HCP con respecto a las dimensiones del PSC, a saber. **Conclusión:** Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente, la dotación de personal, la apertura de la comunicación y la percepción general de la seguridad del paciente ($p < 0,05$).¹⁰

Viana et al., (2021) en su publicación científica sobre **Patient safety culture from the perspective of nursing profesional. Objetivo:** evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los miembros del equipo de Enfermería de cuatro hospitales públicos de enseñanza. **Método:** estudio transversal con abordaje cuantitativo, realizado entre junio y septiembre de 2019, mediante la aplicación del Cuestionario Electrónico de Cultura de Seguridad Hospitalaria. Participaron 376 profesionales de Enfermería de cuatro hospitales, cuyos datos fueron sometidos a análisis estadístico, considerando las respuestas positivas a las preguntas para la clasificación en áreas fuertes ($\geq 75\%$), áreas con potencial (50%-74,9%) y áreas débiles ($\leq 49,9\%$) para la cultura de seguridad. **Resultados:** sólo una dimensión, aprendizaje organizacional/mejora continua, fue considerada fuerte para la seguridad del paciente, por haber obtenido 84,8% de respuestas positivas. Entre las demás dimensiones, cuatro fueron consideradas áreas con potencial y siete, áreas débiles. **Conclusión:** los profesionales de Enfermería evaluaron como débil la cultura de seguridad del paciente en los hospitales investigados.¹¹

Guspiano et al., (2021) en su publicación científica: **Predictores de los resultados de la cultura de seguridad del paciente hospitalario en la provincia de Jambi. Objetivo.** Este estudio tiene como objetivo determinar los predictores de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en la provincia de Jambi. **Métodos:** El diseño del estudio fue transversal a través de una encuesta utilizando el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en 361 muestras, a saber, empleados del hospital que van desde médicos hasta personal administrativo seleccionados por proporcional. muestreo aleatorio en dos hospitales gubernamentales en la provincia de Jambi. Este estudio analiza factores que incluyen la dotación de personal, la cooperación dentro de las unidades, la comunicación abierta, el aprendizaje organizacional, las expectativas y acciones de los supervisores, las respuestas no punitivas, la retroalimentación y la comunicación, el apoyo de la gerencia, los trasposos y las transiciones, y la colaboración entre las unidades para predecir los resultados. cultura de seguridad del paciente. Análisis de datos mediante Chi-cuadrado y regresión logística múltiple. **Resultados:** Este estudio encontró un buen resultado de cultura de seguridad del

paciente hospitalario del 57,1%. Simultáneamente, los factores que predicen el resultado de la cultura de seguridad del paciente hospitalario son las expectativas y acciones del supervisor (OR = 5,159, IC 95% =2,994-8,890) y el apoyo de la gerencia (OR=2,188, IC 95%=1,365-3,509). Los factores de expectativa y las acciones del supervisor/gerente son los principales predictores de la cultura de seguridad del paciente hospitalario en la provincia de Jambi. **Conclusiones:** Medir la cultura de seguridad es un medio importante para diseñar e implementar programas de mejora de la seguridad del paciente. El papel del supervisor debe mejorarse aún más proporcionando motivación, educación, consulta, seguimiento y evaluación relacionados con la implementación de programas de seguridad del paciente en los hospitales.¹²

Thompson et al., (2021) en su publicación científica: **Entrenadores clínicos y seguridad del paciente - Justo a tiempo: un estudio exploratorio descriptivo**. La seguridad del paciente en los hospitales es una prioridad clave. Los asesores clínicos que educan, apoyan y asesoran al personal para brindar una atención segura y de alta calidad, están en una posición ideal para influir positivamente en la seguridad del paciente. Este estudio tuvo como **objetivo** comprender cómo los entrenadores clínicos en una función educativa, gestionan el riesgo y apoyan la seguridad del paciente en el punto de atención. La seguridad del paciente se ha desarrollado desde un modelo reactivo de búsqueda y reparación hacia un enfoque que se centra en el desempeño humano, con el objetivo de comprender cómo las personas se adaptan y responden en sistemas complejos para garantizar que "las cosas vayan bien". Los entrenadores clínicos que trabajan como educadores en el punto de atención se encuentran en una posición única para garantizar que " las cosas vayan bien ", apoyando al personal para anticipar y responder proactivamente a los problemas emergentes, particularmente cuando las situaciones de práctica complejas cambian inesperadamente. Se desconocen las experiencias del entrenador clínico de intervenir "justo a tiempo" para evitar errores, incidentes u omisiones en el punto de atención. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo realizado con enfermeras tituladas que desempeñan el papel de coach clínico (n = 29). Los datos del estudio se recopilaron a través de una encuesta diseñada expresamente. Los asesores clínicos intervinieron "justo a tiempo" en una variedad de situaciones clínicas, incluidos errores de medicación, procedimientos clínicos, documentación, habilidades de evaluación y traspaso clínico. Una combinación de habilidades más baja, una mayor agudeza del paciente y el comienzo de un nuevo personal influyeron en las intervenciones del entrenador clínico "justo a tiempo". **Resultados:** La mayoría de los entrenadores clínicos habían intervenido con miembros del personal tanto junior como senior. En general, los entrenadores clínicos

dedicaron de 3 a 4 horas al día a gestionar de forma proactiva el riesgo en una variedad de situaciones clínicas y personal. **Conclusiones:** Los asesores clínicos desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la seguridad del paciente al intervenir periódicamente "justo a tiempo" para evitar que se produzcan errores, omisiones o incidentes en el lugar de atención. El rol de entrenador clínico, que educa y apoya al personal para brindar una atención segura y de alta calidad, hace una valiosa contribución a la seguridad del paciente.¹³

Arli, (2021) en su divulgación científico sobre **Evaluación de las actitudes sobre la seguridad del paciente en cuidados perioperatorios**. Mejorar la seguridad del paciente es una prioridad cada vez mayor para los trabajadores de la salud que desempeñan funciones en la atención perioperatoria sobre la seguridad del paciente. Además, cada vez se adoptan más iniciativas de seguridad del paciente destinadas a crear una cultura de quirófano segura. Este estudio tiene como **objetivo** evaluar las actitudes de los trabajadores de la salud que desempeñan funciones en la atención perioperatoria sobre la seguridad del paciente. **Métodos:** Este estudio transversal se realizó en un hospital estatal en la parte oriental de Turquía entre enero de 2018 y marzo de 2018 con la participación de 129 trabajadores sanitarios voluntarios, incluidos cirujanos, técnicos quirúrgicos, enfermeras y otros trabajadores sanitarios que desempeñan funciones en la atención perioperatoria mediante el uso del instrumento SAQ-OR. Este estudio se alinea con la lista de verificación STROBE. **Resultados:** Un análisis de la relación entre las puntuaciones totales y de las subescalas del SAQ-OR y la edad indicó una relación positiva y significativa entre el clima de trabajo en equipo, la satisfacción laboral, el clima de seguridad, las condiciones laborales y las puntuaciones totales del SAQ-OR ($p < 0,05$). Además, las subescalas de Satisfacción Laboral, Percepciones de Gestión, Clima de Seguridad y jornada semanal indicaron una relación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). **Conclusión:** Se encontró que las actitudes del personal de salud participante hacia los quirófanos eran bajas. La administración del hospital debe prestar más atención al tema para mejorar la cultura de seguridad del paciente, que no se encontró en buenos niveles.¹⁴

Faridah et al., (2021) en su información científica sobre **correlación entre el entorno laboral y la seguridad del paciente en un hospital general de Indonesia**. La seguridad del paciente es un factor importante para los servicios de atención médica en el entorno hospitalario. El obstáculo más difícil para garantizar la seguridad del paciente es crear una seguridad. **El objetivo** de este estudio fue determinar la correlación entre el ambiente laboral hospitalario, las características del enfermero y la seguridad del paciente. **El método** fue un estudio descriptivo correlativo con enfoque transversal. Los datos se obtuvieron de 123

enfermeras de planta mediante el uso de cuestionarios válidos y fiables. **Los resultados** mostraron una relación significativa entre el ambiente de trabajo hospitalario y las características de las enfermeras (nivel educativo, antigüedad y capacitación en seguridad del paciente) ($p < .05$). Por el contrario, la edad y el estado civil de las enfermeras no se relacionaron con la seguridad del paciente en el hospital ($p > .05$). **Conclusión** indican que el entorno laboral hospitalario y las características de las enfermeras están relacionadas con la seguridad del paciente. El estudio recomendó construir un modelo de cultura de seguridad del paciente que incluya todos los aspectos que influyen en la cultura de seguridad de los pacientes.¹⁵

Han & Roh, (2020) en su publicación: **Competencia en trabajo en equipo, seguridad psicológica y seguridad del paciente entre enfermeras de emergencia**. La competencia en seguridad del paciente de las enfermeras de urgencias es fundamental porque el servicio de urgencias es un entorno complejo y dinámico en el que es probable que se produzcan incidentes de seguridad del paciente debido a las dificultades para controlar y predecir situaciones. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores que predicen la competencia de seguridad del paciente de las enfermeras de emergencia. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional con metodología de encuesta transversal con una muestra de conveniencia de 200 enfermeras de urgencias. El trabajo en equipo, la seguridad psicológica y la competencia en seguridad del paciente se midieron mediante un cuestionario autoadministrado. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, correlación de Pearson y regresión múltiple escalonada. **Resultados:** El análisis de regresión múltiple reveló que el monitoreo de la situación, la notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente, el número de turnos nocturnos por mes y la seguridad psicológica fueron factores importantes que afectaron la competencia en seguridad del paciente, lo que representa el 27,1% de la varianza. **Conclusiones:** Se necesita un programa de capacitación dirigido a enfermeras de emergencia con factores vulnerables para mejorar su competencia en seguridad del paciente. Como se descubrió que el monitoreo de la situación y la seguridad psicológica son factores influyentes para la competencia en seguridad del paciente, se necesita una intervención de varios niveles para mejorar la capacidad de monitoreo de la situación y la seguridad psicológica de las enfermeras.¹⁶

Gibson et al., (2020) en su publicación científica sobre **Diseño de un tablero de seguridad para pacientes. Casi un tercio de los pacientes hospitalizados sufren daños por errores médicos en los hospitales de EE. UU. Cada año**. **Objetivo:** Nuestro objetivo era

diseñar una aplicación orientada al paciente que tiene como objetivo involucrar a los pacientes y sus cuidadores en la revisión y respuesta a problemas clínicos que pueden tener implicaciones de seguridad. Participación del paciente. Realizamos sesiones de diseño centradas en el usuario con personas hospitalizadas recientemente y / o cuidadores informales. **Métodos:** Realizamos cinco sesiones de diseño centradas en el usuario con un total de 37 personas. Las sesiones comenzaron con personas que compartieron historias personales de hospitalizaciones recientes y cualquier evento de seguridad experimentado. Luego solicitamos comentarios sobre la iteración actual de la aplicación de seguridad para pacientes. El diseño de la aplicación se actualizó entre sesiones. **Resultados:** El diseño de nuestra aplicación se centra en tres hallazgos clave. En primer lugar, involucrar a los pacientes en la promoción de la seguridad es novedoso para la mayoría de los pacientes y sus cuidadores: por lo tanto, el encuadre del propósito y el uso apropiado de la herramienta es fundamental para involucrar a los usuarios potenciales y gestionar las expectativas; este mensaje se diseñó cuidadosamente con las aportaciones del paciente. En segundo lugar, dado que la mayoría de los pacientes no asocian problemas de seguridad específicos con acciones correctivas o preventivas adecuadas, la pieza central de la aplicación es una tabla que conecta los problemas de seguridad con las “Preguntas que debe hacer” y las “Cosas que puede hacer” relacionadas. En tercer lugar, los pacientes necesitan explicaciones comprensibles de los términos y conceptos médicos, así como una explicación de los cambios en el riesgo; la herramienta incluye "traducciones" en lenguaje sencillo de todos los términos médicos utilizados, enlaces a materiales de educación para pacientes seleccionados. **Discusión:** Nuestros hallazgos pueden generalizarse a otros esfuerzos para involucrar a los pacientes en su cuidado. ¹⁷

Tlili et al., (2020) en su estudio sobre **Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en 18 unidades de cuidados intensivos de adultos de Túnez y determinación de sus factores asociados: un estudio multicéntrico.** **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente (CEP) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y determinar los factores que la afectan. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio transversal, realizado de octubre a noviembre de 2017 entre profesionales que ejercen en las UCI del centro tunecino. Luego de obtener la aprobación del comité de ética institucional y las autorizaciones administrativas, se distribuyó un cuestionario anónimo en papel a los participantes luego de obtener su consentimiento para participar en el estudio. El instrumento de medida utilizado es la versión francesa validada del cuestionario “Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente”. **Resultados:** Un total de 402 profesionales, de 18 UCI y 10 hospitales, participaron en el estudio con una tasa de participación del 82,37%.

Todas las dimensiones debían mejorarse. La dimensión más desarrollada fue el trabajo en equipo dentro de la unidad (47,87%) y la dimensión menos desarrollada fue la respuesta no punitiva al error (18,6%). Siete dimensiones se desarrollaron significativamente más en las instituciones privadas que en las públicas. Los resultados también muestran que cuando se reduce la carga de trabajo, el PSC se incrementó significativamente. **Conclusión:** Este estudio ha demostrado que el PSC en UCI necesita mejora y proporcionó una línea de base de resultados para obtener una visión más clara de los aspectos de seguridad que requieren una atención especial.¹⁸

Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. (2018): Una evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un entorno de atención secundaria en Kuwait. Objetivos: Para mejorar los resultados de seguridad del paciente, se considera esencial crear una cultura positiva de seguridad del paciente. Este estudio llevó a cabo una evaluación inicial de la cultura de seguridad del paciente en un entorno de atención secundaria en Kuwait. **Métodos:** Este estudio de cuestionario transversal se realizó en un departamento médico de un hospital general en Kuwait, utilizando la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente (HSPSC). Se utilizaron análisis de regresión lineal múltiple para identificar los predictores de la cultura de seguridad del paciente. Se realizaron tanto un ANOVA como un test de Kruskal Wallis para evaluar las diferencias entre los puntajes totales de los participantes y los puntajes que lograron en cada dimensión, categorizados por nacionalidad. **Resultados:** Se recibieron un total de 1008 cuestionarios completados, lo que arrojó una tasa de respuesta del 75,2%. Se encontró que tres dimensiones de la cultura de seguridad del paciente eran áreas prioritarias de mejora: respuestas no punitivas a los errores, dotación de personal y apertura comunicativa. El trabajo en equipo dentro de las unidades y el aprendizaje organizacional con mejora continua se identificaron como áreas de fortaleza. Los encuestados de Kuwait y los países del Estado del Golfo tenían una percepción menos positiva de la cultura de seguridad del paciente del hospital que los encuestados asiáticos. Un análisis de regresión mostró que los países de origen, las profesiones, la edad y la asistencia a cursos / conferencias sobre seguridad del paciente de los encuestados se correlacionaron significativamente con sus percepciones de la cultura de seguridad del paciente del hospital. **Conclusión:** Este estudio demuestra que la seguridad del paciente es percibida de manera diferente por miembros del personal médico de diferentes países de origen, grupos profesionales y grupos de edad.¹⁹

Xie et al., 2017; en su estudio sobre **programa de capacitación en cultura de seguridad mejoró la percepción de la cultura de seguridad del paciente por parte de los**

directores de enfermería. Las percepciones positivas de la cultura de seguridad del paciente se asocian con menores tasas de eventos adversos, pero no se han establecido ampliamente en muchas organizaciones de atención médica. **El propósito** de este estudio es examinar los impactos de un programa de capacitación en cultura de seguridad (SCTP) sobre la mejora de las percepciones de la seguridad del paciente en los gerentes de enfermería. **Material y métodos:** Este fue un diseño cuasi experimental. 83 gerentes de enfermería fueron reclutados de cinco hospitales de segundo nivel seleccionados al azar. Sesenta y siete enfermeras gerentes recibieron capacitación bajo el SCTP educativo. **Resultados:** La Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente (HSPSC) y el Cuestionario de actitudes de seguridad chino (C-SAQ) se administraron justo antes y seis meses después del programa educativo. Se recogieron los datos de las úlceras por presión adquiridas en el hospital, las caídas de los pacientes y las extubaciones no planificadas. Las puntuaciones totales positivas de HSPSC mejoraron significativamente y cuatro dimensiones de C-SAQ aumentaron significativamente seis meses después de SCTP. La tasa de caídas de los pacientes y la tasa de úlceras por presión adquiridas en el hospital disminuyeron significativamente seis meses después de SCTP. **En conclusión,** la participación del gerente de enfermería en un SCTP puede mejorar las percepciones de la seguridad del paciente y reducir las tasas de eventos adversos. Se necesitan ensayos más rigurosos con un mayor número de participantes y un grupo de control para fortalecer las conclusiones ²⁰.

Mir-Abellán, Falcó-Pegueroles, y Puente-Martorell, 2017; en su estudio: **Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas.** **Objetivo:** Describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales. **Métodos:** En una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas. **Resultados:** El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó «trabajo en equipo en la unidad/servicio», y como oportunidad de mejora, «dotación de personal». Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial. **Conclusiones:** El estudio ha permitido medir la cultura de la seguridad, hecho que facilitará su seguimiento y orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales ²¹.

Merino Plaza MJ, Carrera Hueso FJ, Castillo Blasco M, Martínez Asensi A, Martínez Capella R, Fikri Benbrahim N (2017). En su estudio: **Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. La seguridad del paciente es un reto para la asistencia sanitaria.** El objetivo de este estudio es identificar las dimensiones con mayor impacto sobre la cultura de seguridad en un hospital de media-larga estancia, monitorizar su evolución y comprobar la sensibilidad de los indicadores de seguimiento. **Material y métodos.** Se realizaron 2 estudios transversales (2013-2015), utilizando la versión española del cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety” (AHRQ). **Variable resultado:** alto grado de seguridad percibida (puntuación \geq al percentil 75). Variables predictoras: características socio-demográficas y percepciones de las dimensiones evaluadas. La asociación entre variables se cuantificó mediante OddsRatio. Resultados. El grado de seguridad percibida fue similar en ambos estudios: (7,81-7,48; N2013=66; N2015=92). Los aspectos mejor evaluados fueron: “Acciones de los supervisores” y “Trabajo en equipo en la unidad”; los peor evaluados fueron: “Dotación de personal”, “Apoyo de la dirección” y “Trabajo en equipo entre unidades”. Las variables socio- demográficas presentaron escasa significación, mientras que una percepción positiva de algunas dimensiones consideradas, sí que se asociaba a un alto grado de seguridad percibida. Los aspectos más fuertemente asociados fueron: “Acciones de los supervisores”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”. En el estudio comparativo de los resultados, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que el grado de seguridad percibida. Conclusiones. La evaluación periódica de la cultura de seguridad permite conocer el estado y la evolución de las percepciones de los profesionales. La elección de indicadores apropiados optimiza la información obtenida a través de estas encuestas ²².

Portela Romero M, Bugarín Gonzales R, Rodríguez Calvo MS. (2017). En su estudio: **La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia.** **Objetivo:** Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) sobre las diferentes dimensiones de la seguridad del paciente para identificar posibles áreas de mejora. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo por encuesta. Emplazamiento: Las 7 unidades docentes de MFyC de Galicia. Participantes: Se incluyó a 182 médicos residentes de MFyC que contestaron el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Mediciones: Se eligió el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture porque está traducido, validado y adaptado al modelo de atención primaria español. **Los resultados se**

agruparon en las 12 dimensiones que evalúa dicho cuestionario. Las variables del estudio fueron las dimensiones del cuestionario y las variables sociodemográficas/laborales de los profesionales: edad, sexo, año de residencia y unidades docentes de MFyC. Resultados: Las dimensiones «Aprendizaje organizacional» y «Trabajo en equipo» se consideraron áreas fuertes. En cambio, las dimensiones «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales» y «Ritmo y carga de trabajo» se consideraron áreas con un importante potencial de mejora. Los residentes de primer año obtuvieron los mejores resultados y los de cuarto, los peores. Conclusiones: Los resultados nos indican posiblemente la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil cultura de seguridad del paciente que se describe en este estudio. ²³

Freixas Sala N, Monistrol Ruano O, Espuñes Vendrell J, Sallés Creus M, Gallardo González M, Ramón Cantón C, et al. (2017) en su estudio: Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña.

Objetivo. El presente estudio pretende describir la implementación de los programas de seguridad del paciente (SP) de los hospitales catalanes y analizar el nivel de implicación de las enfermeras. **Método:** Estudio descriptivo multicéntrico y transversal. Para la obtención de los datos se elaboraron dos cuestionarios, uno dirigido a la dirección y otro al referente de SP que se distribuyeron entre los 65 hospitales de agudos de Cataluña en 2013. **Resultados** El cuestionario lo respondieron 43 direcciones de enfermería y 40 referentes de enfermería de SP. El 93% de los hospitales respondió disponer de programa de SP y el 81,4% monitoriza los resultados mediante un cuadro de indicadores específico. El referente en SP del centro es enfermera en el 55,8% de los centros. El 92,5% disponen de un sistema de notificación de efectos adversos con un promedio de 190,3 notificaciones anuales y el 86% de los centros dedican enfermeras a la SP aunque únicamente el 16% a jornada completa. Los referentes de enfermería valoran el grado de implementación del programa SP con un aprobado y proponen como mejora aumentar el personal con dedicación a SP y disponer de formación académica específica. **Conclusiones:** El grado de implementación de los programas de SP es elevado en los hospitales catalanes aunque la estructura organizativa presenta una gran diversidad. En más de la mitad de los

centros el referente en SP es una enfermera, confirmándose la implicación de las enfermeras en estos programas ²⁴.

Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. (2016) en su estudio: **Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. Objetivo** Comparar el alcance de las enseñanzas en seguridad del paciente que reciben estudiantes de medicina y enfermería. **Método** Estudio observacional. Se encuestó a 2 muestras de conveniencia de estudiantes de medicina y enfermería de 3 universidades y se compararon sus resultados en el cuestionario de seguridad del paciente para estudiantes y en un test de 5 preguntas de 5 opciones de respuesta. Se determinó encuestar a 79 estudiantes en cada grupo para detectar diferencias de 0,3 puntos (estimación bilateral) para una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%. **Resultados** Respondieron 144 estudiantes (74 de enfermería y 70 de medicina). Los estudiantes de enfermería lograron una mayor puntuación en los factores de franqueza en la comunicación con los pacientes (3,8 vs 3,2; $p < 0,001$) y en actitud proactiva para identificar riesgos para los pacientes (4,3 vs 3,8; $p < 0,001$). Los estudiantes de medicina fueron más conscientes de la inevitabilidad de muchos de los eventos adversos (2,3 vs 3,1, $p < 0,001$). En total, 10 (7%) estudiantes tuvieron solo un fallo en el test y solo uno (1%) acertó con sus respuestas en el test a todas las preguntas. **Conclusiones** La formación en seguridad del paciente es mejorable tanto en enfermería como en medicina, aunque los estudiantes de enfermería reciben más información ²⁵.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Seguridad del paciente

Según Chambi ²⁶, la seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.

La seguridad del paciente hospitalizado hace referencia a la Seguridad Clínica que es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.

En el ámbito profesional es del cuidado y la atención a pacientes hospitalizados, donde bajo circunstancias de confusión, estrés, enfermedad, desconocimiento del medio y sensación de amenaza, el paciente se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos. Su capacidad de autoprotección puede estar comprometida por la disminución en la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas.

2.2.1.1. Seguridad en la información

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo. La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización, y especialmente durante el ingreso en la Unidad de cuidados Intensivos La comunicación (Nanda 00157) responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario/ familia, mejorar la comunicación (NOC) es el propósito que los profesionales de Enfermería perseguimos, apoyados en las estrategias necesarias, a través de la formación para la competencia profesional , y en el diseño y desarrollo de programas de comunicación, teniendo en cuenta las aportaciones de usuarios y familia, integrados en los cuidados de Enfermería al ingreso (NIC), a su vez los criterios, actividades y cronograma, vendrán especificados en el Plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación con el fin de favorecer el seguimiento de pautas comunes y la calidad en el proceso asistencial.

2.2.1.2. Seguridad en el entorno

Dentro de los factores extrínsecos se considera a toda la infraestructura y equipos que forman parte del tratamiento y recuperación del paciente en una unidad hospitalaria que es la Unidad donde se mantiene en observación y bajo vigilancia

médica y de enfermería al paciente con padecimientos médicos y/o quirúrgicos para su diagnóstico y tratamiento.

2.2.1.3. Seguridad eventos adversos

La atención de Enfermería es un servicio fundamental en procesos terapéuticos tanto ambulatorios como de internación en cualquier institución de salud. El contacto del enfermero con las personas que son atendidas en instituciones de salud suele ser permanente y constante. En este sentido, Enfermería realiza procedimientos encaminados a cuidar la salud del usuario y propender por el restablecimiento de la misma cuando una persona se encuentra enferma y posteriormente en la rehabilitación, cuando la enfermedad ha dejado sus secuelas.

En este proceso de salud - enfermedad se suceden intervenciones que revelan la importancia de la Enfermería en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria. Por tanto, es vital evaluar las acciones de Enfermería encaminadas a la seguridad del paciente y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de gestión de riesgo sanitario dentro del proceso de atención asistencial.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe diferencia significativa sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.
- Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el aspecto de supervisión en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

- Existe diferencia significativa de la paciente en el aspecto de comunicación en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.
- Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el aspecto de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.
- Existe diferencia significativa en el grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.
- Existe diferencia significativa de seguridad del paciente en el aspecto hospitalario desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.
- Existe diferencia significativa de seguridad del paciente en el aspecto de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

2.4. Definición de Términos

- **Enfermera:** Es una profesional que realiza funciones de atención, cuidado a enfermos o de personas sanas para ayudarlas en su salud y facilitar su recuperación. Además, busca como meta que la persona pueda lograr su independencia lo más pronto posible.
- **Seguridad del paciente.**
La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto.
- **Cultura de seguridad (CS)**
Conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

2.5. Identificación de Variables

Variable: Seguridad en el cuidado del paciente

2.6. Operacionalización de Variables

Definición conceptual:

Seguridad del paciente: La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria.²⁷

Definición operacional:

Seguridad del paciente: Percepción del profesional de enfermería sobre las formas como se da la atención a la persona en su unidad del paciente, el cual fue evidenciado a través del cuestionario de seguridad del paciente en hospitales.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Índices
Seguridad del paciente en hospital	Unidad del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Desempeño en la unidad o servicio de trabajo - Dotación de personal - Respuesta a errores o incidentes en la unidad. - Procedimientos seguros frente a la atención del paciente 	- Afirmaciones en el cuestionario del 1 al 18.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo - De acuerdo - Muy de acuerdo
	Supervisión en el trabajo o unidad	<ul style="list-style-type: none"> - Comentarios frente a trabajo efectivo - Considera sugerencia - Trabajo acelerado y efectivo - Ignora los problemas de inseguridad del paciente. 	- Afirmaciones en el cuestionario del 19 al 22.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo - De acuerdo - Muy de acuerdo
	Comunicación como parte de seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en base a información. - Comunicación oportuna. - Temor para las consultas 	- Afirmaciones en el cuestionario del 23 al 28.	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca - Rara vez - Algunas veces - La mayoría del tiempo - Siempre
	Frecuencia de incidentes reportados	<ul style="list-style-type: none"> - Reporte de incidentes oportuna 	- Afirmaciones en el cuestionario del 29 al 31.	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca - Rara vez - Algunas veces - La mayoría del tiempo - Siempre
	Entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad física y 	- Afirmaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en

	hospitalario	comunicacional en las unidades. – Consideración segura del entorno físico de las unidades – Turnicidad.	en el cuestionario del 32 al 42.	desacuerdo – En desacuerdo – Ni de acuerdo, ni en desacuerdo – De acuerdo – Muy de acuerdo
	Incidentes reportados	– Número de incidentes.	– Afirmación en el cuestionario N° 43.	– Ningún reporte de incidentes – De 1 a 2 reportes de incidentes – De 3 a 5 reportes de incidentes – De 6 a 10 reporte de incidentes – De 11 a 20 reportes de incidentes – 21 reportes de incidentes o más

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Investigación

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo-comparativo; descriptiva, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan ésta. ²⁸

3.2. Nivel de Investigación

El estudio alcanzó un nivel descriptivo; con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. ²⁹

3.3. Método de Investigación

El estudio a realizar utilizó el método general inductivo – deductivo. Inductivo; porque parte de lo específico a lo general; vale decir, que primero va describir cada uno de los fenómenos para luego arribar a una conclusión. Deductivo; porque parte va de lo general a lo específico; es decir, una vez que se concluye se confrontará la

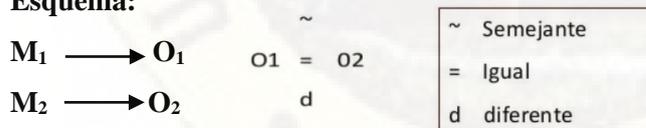
relación de las dos variables; a través de un sustento claro y preciso del suceso de los mismos ³⁰.

Así mismo; utilizo el método específico: Descriptiva, estadística y bibliográfica. Descriptivo, porque se describe, analiza e interpreta sistemáticamente un conjunto de hechos relacionado con otra variable tal como se da en el presente. Así como estudia al fenómeno en su estado actual y en su forma natural. Estadístico; porque a través de la aplicación facilita la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la técnica estadística paramétrica y/o no paramétrica. Y Bibliográfica; porque permite recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc ³¹

3.4. Diseño de Investigación

El diseño que se utilizó en el estudio es: Diseño No Experimental Transeccional Descriptiva-Comparativa. Diseño No Experimental; porque carecen de manipulación intencional y tan solo se analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. Transeccional; porque permite realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo. Descriptiva-Comparativa, porque facilita analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo y comparar. ³²

Esquema:



M_1, M_2 : Cada una de las muestras del estudio (profesionales de enfermería)

O_1, O_2 : Observación relevante de recogida de información (seguridad del paciente)

3.5. Población, Muestra y Muestreo

3.5.1. Población:

El estudio se realizó en el profesional de enfermería en Hospital Pública (Hospital Departamental de Huancavelica) y Privada (Hospital II EsSALUD Huancavelica) de la Región de Huancavelica; teniendo como población teórica de:

Hospitales en la Región de Huancavelica	Nh
<i>Hospital Departamental de Huancavelica</i>	86
<i>Hospital II EsSALUD Huancavelica</i>	36
Total	122

3.5.2. Muestra

Son 105 profesionales de enfermería en Hospital Pública (Hospital Departamental de Huancavelica) y Privada (Hospital II EsSALUD Huancavelica) de la Región de Huancavelica; este valor se halló a través de la aplicación del siguiente procesamiento estadístico.

Datos:

N = Número total de personal de salud = 122

n° = Muestra de personal de enfermería = Muestra inicial?

z = valor crítico = 1.96

p = variabilidad positiva = 0.8

q = 1-p = variabilidad negativa = 0.2

e = error = 5% = 0.05

= Nivel de significancia = 95% = 0.95

Reemplazando valores en la fórmula:

$$n^{\circ} = \frac{1,96^2 * 0,8 * 0,2 * 122}{0,05^2 (122-1) + 1,96^2 * 0,8 * 0,2}$$

n° = 55 profesionales de enfermería

Hallando muestra proporcional:

Hospitales en la Región de Huancavelica	Nh	Nh/N	Nh/N*n
<i>Hospital Departamental de Huancavelica</i>	136	0.74725275	33
<i>Hospital II EsSALUD Huancavelica</i>	46	0.25274725	22
Total	182		55

3.5.3. Muestro

Para el presente trabajo de investigación, la selección de la unidad de análisis se desarrolló a través del muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.1.1. Criterios de Inclusión

Profesional de enfermería:

- Todas las categorías y niveles académicos.
- Nombrados y contratados.
- Que se encontraba laborando en los turnos matutinos, vespertino, nocturno.
- Jornada acumulada.
- Antigüedad laboral mayor a un año en la institución.
- Aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

3.1.2. Criterios de exclusión

Profesional de enfermería:

- Uso de vacaciones
- Incapacidad temporal por enfermedad (ITE)
- Permisos especiales durante el periodo de la recolección de los datos
- Negativa en la participación del trabajo de investigación

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para el presente trabajo de investigación se aplicó la técnica de encuesta, cuyo instrumento fue el cuestionario sobre seguridad del paciente en hospitales. Un cuestionario estructurado que permite la viabilidad del uso de la técnica estadística cuantitativa que facilitará recolectar datos mediante formato o formulario.

El cuestionario sobre seguridad del paciente en hospitales está estructurado por ocho secciones: Sección A: Su área/unidad de trabajo (18 ítems; con alternativas de muy en desacuerdo con valoración 1, a muy de acuerdo con valoración 5), Sección B: Su supervisor/director (4 ítems; con alternativas de muy en desacuerdo con valoración 1, a muy de acuerdo con valoración 5), Sección C: Comunicación (6 ítems; con alternativas de nunca con valoración 1, y siempre con valoración 5), Sección D:

Frecuencia de sucesos notificados (3 ítems; con alternativas de nunca con valoración 1, y siempre con valoración 5), Sección E: Grado de seguridad del paciente (con valoración de Excelente a Malo), Sección F: Su Hospital (11 ítems; con alternativas de muy en desacuerdo con valoración 1, a muy de acuerdo con valoración 5), Sección G: Número de incidentes reportados, Sección H: Características de los encuestados.

La encuesta es un instrumento útil para medir o registrar diversas situaciones y contextos, porque las alternativas de respuesta a cada pauta a describir tienen opciones pre-definidas. De esta forma el análisis estadístico resulta mucho más fácil. Este instrumento está dirigido al profesional de enfermería de los servicios asistenciales.

3.7. Procedimientos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos fue a través del siguiente proceso:

- ✓ Estructurar los instrumentos de recolección de datos de condiciones intralaborales y seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en los servicios asistenciales de los Hospitales de la Región de Huancavelica.
- ✓ Validación subjetiva del instrumento de recolección de datos a través de juicio de expertos.
- ✓ Validez y fiabilidad a través de prueba piloto y su procesamiento estadístico del mismo.
- ✓ Coordinación con la dirección de escuela para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- ✓ Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.
- ✓ Organización de datos recolectados para el análisis estadístico correspondiente.

3.8. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Por la característica del formulario de la ficha de seguimiento, es necesario la exploración previa de los datos mediante análisis univariante, luego el análisis bivariante. Con las técnicas univariantes se tendrá en cuenta la distribución de frecuencias absolutas y la relativas (principalmente la representación gráfica en barras), que es la primera medida que se observa cuando se tienen datos secundarios o procedentes de una encuesta.

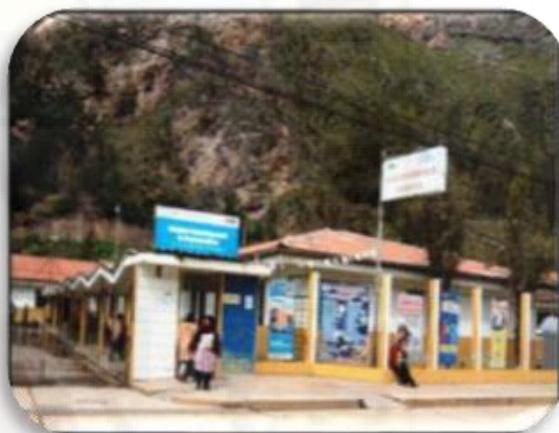
Luego el análisis bivariante que se centra en la explicación de la técnica de análisis cuantitativo, que se basan en las estadísticas para describir, graficar, analizar, relacionar y resumir los datos obtenidos con los instrumentos cuantitativos.

Se utilizo el paquete estadístico SPSS versión 25.0, en la que se realizará los principales procesos, que se describe a continuación:

1. El estudio descriptivo de las series estadísticas, es la presentación gráfica mediante histogramas, donde se consideran frecuencias absolutas porcentuales, a fin de describir el comportamiento de cada uno de las dimensiones y variables.
2. Se correlacionarán variables mediante la opción bivariadas, que se tiene en cuenta el coeficiente de correlación de Spearman y/o Ji cuadrada y/o correlación de Pearson.

3.9. **Ámbito de estudio**

El departamento de Huancavelica se encuentra situado en la parte central del Perú. Entre los paralelos $11^{\circ}59'10''$ y $14^{\circ} 07'43''$ de latitud sur y los meridianos $74^{\circ}16'15''$ y $75^{\circ} 48' 55''$ de longitud Oeste de Greenwich. Limita, por el Norte con el Departamento de Junín, por el Sur con el Departamento de Ica, por el Este con el Departamento de Ayacucho y por el Oeste con los departamentos de Lima, Ica y Junín.



El establecimiento de salud “Hospital Departamental de Huancavelica, categoría II-2, como infraestructura de edificación tiene 55 años de construido y como hospital viene sirviendo la población durante 53 años; durante su período de funcionamiento tuvo diversas intervenciones, las más trascendentales se dieron los años 1986, 2000, 2013 y 2014, en estos años se hicieron mejoramientos y ampliaciones que eran necesarios para un adecuado funcionamiento del hospital; alrededor del año 2012 se construye la UPSS Medicina Física y Rehabilitación, y en el 2014 se implementa la UPSS Ayuda al Diagnóstico con la adecuación de los servicios de

Tomografía y Resonancia Magnética en lo que era la UPSS Anatomía Patológica y Velatorio.



El Hospital II EsSALUD, Red Asistencial Huancavelica está ubicado en el Distrito de Ascensión el cual se ubica al Sur Occidental del Departamento, entre los $15^{\circ}57'53''$ de latitud Sur y los $70^{\circ}0'$ y $71^{\circ}23'$ longitud Oeste de Groenwich, con una extensión de 15,733.97 Km².

La Comunidad de Ascensión se halla dividido en forma paralela del Barrio de Yananáco por las riberas del Río Ichu y por el Este con el Barrio de San Cristóbal con un riachuelo que desciende del Cerro Potocchi, la ubicación de la comunidad de Ascensión es accesible por que cuenta vía terrestre que transita los colectivos; claro que se encuentra un poco distante a la zona urbana; siendo el de mayor importancia el Cerro Potocchi, en la estación de invierno se torna más accidentado por la acción de los fenómenos naturales.

Límites:

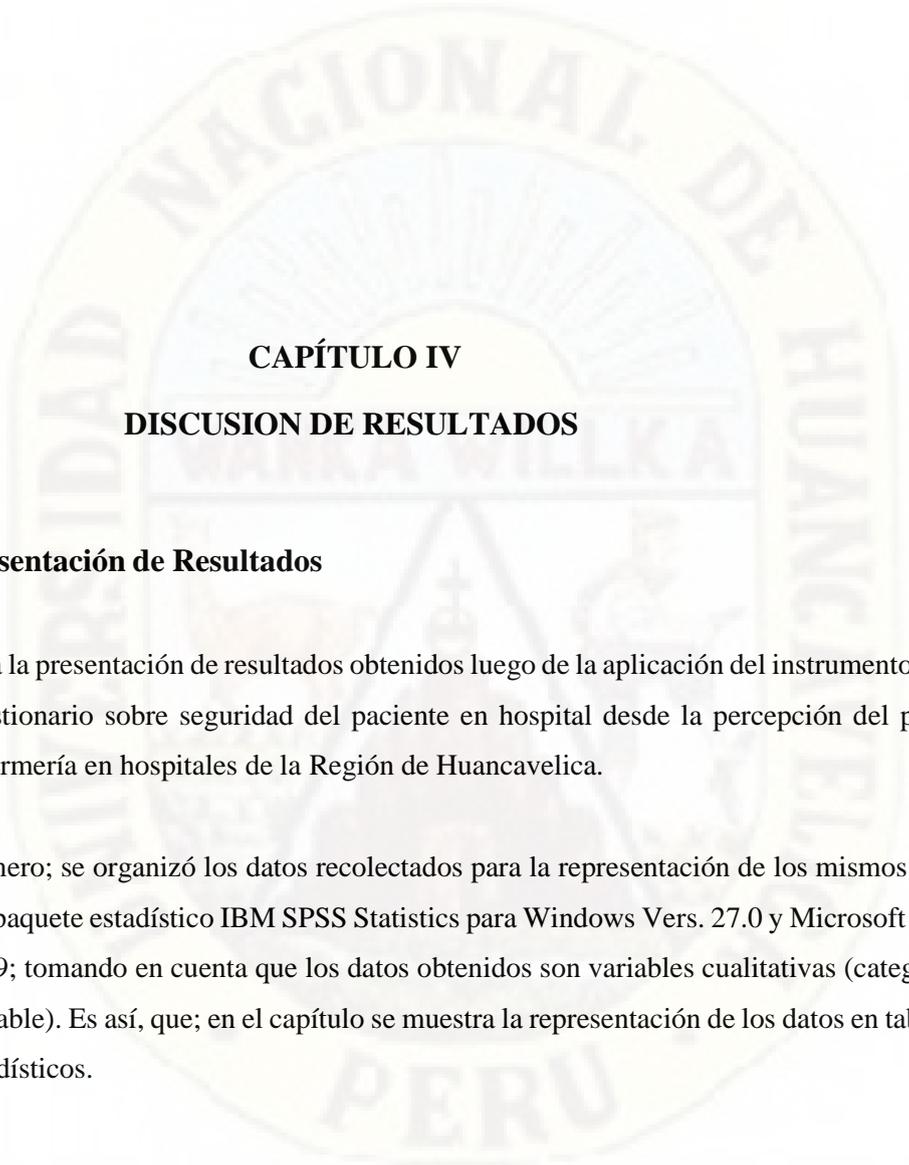
El Distrito de Ascensión tiene los siguientes límites:

Oeste : Limita con la Provincia de Castrovirreyna

Este : Limita con el Distrito de Huancavelica.

Norte : Limita con los Distritos de Acobambilla, Nuevo Occoro, Huando y Palca

Sur : Limita con el Distrito de Huancavelica y la Provincia de Castrovirreyna.



CAPÍTULO IV

DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

Para la presentación de resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: cuestionario sobre seguridad del paciente en hospital desde la percepción del profesional de enfermería en hospitales de la Región de Huancavelica.

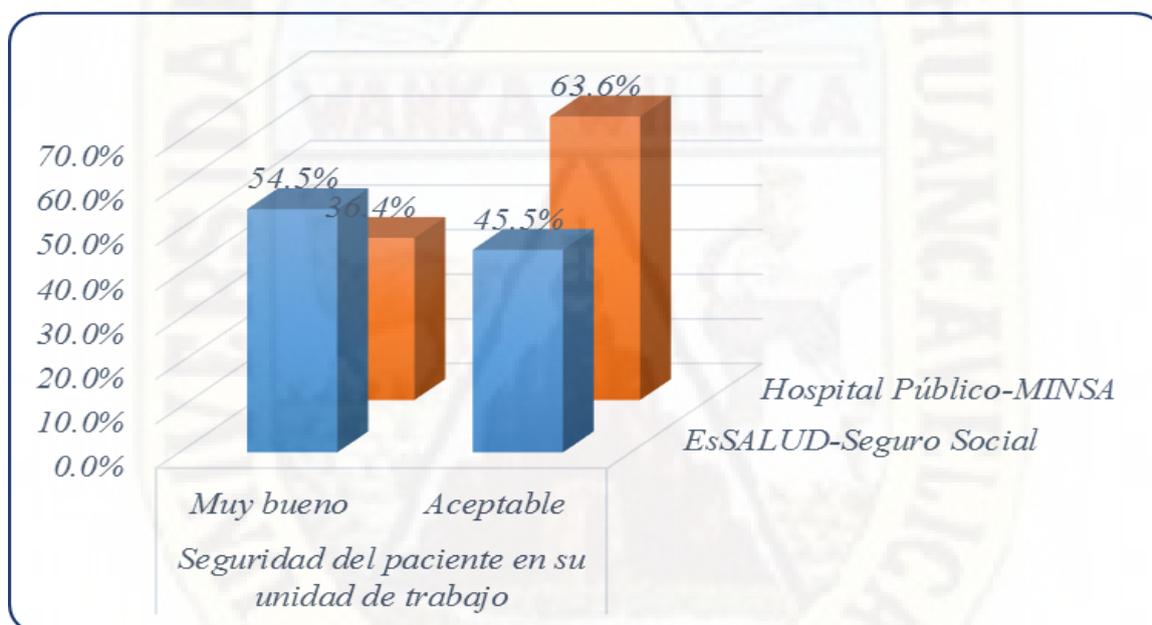
Primero; se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 27.0 y Microsoft Office- Excel 2019; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas (categorías de cada variable). Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

Tabla 1: Seguridad del paciente en la dimensión de Unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Seguridad del paciente en su unidad/área laboral	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	fi	f%	fi	f%		
Muy bueno	12	54.5%	12	36.4%	24	43.6%
Aceptable	10	45.5%	21	63.6%	31	56.4%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1: Seguridad del paciente en la dimensión de Unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 1.

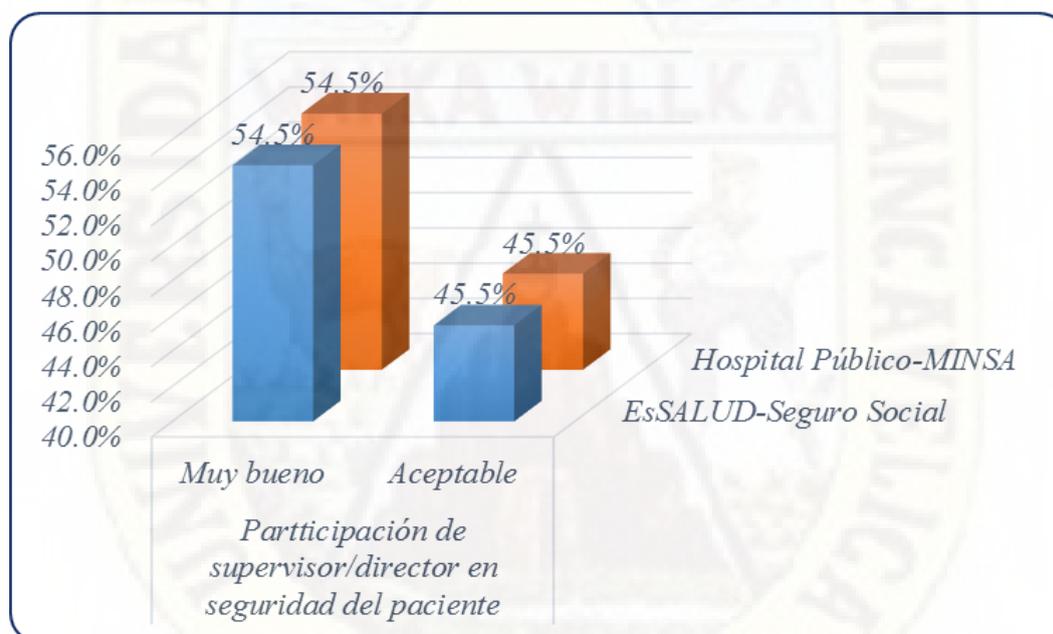
En la Tabla y Gráfico 1 se observa que el 63,6% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 45,5%; consideran que es aceptable la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo hospitalario. Un 54,5% y 36,4%; perciben que es muy buena las actividades en la unidad/área de trabajo con respecto a seguridad del paciente.

Tabla 2: Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Participación de supervisor/director en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		<i>fi</i>	<i>f%</i>
	<i>Fi</i>	<i>f%</i>	<i>fi</i>	<i>f%</i>		
Muy bueno	12	54.5%	18	54.5%	30	54.5%
Aceptable	10	45.5%	15	45.5%	25	45.5%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2: Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 2.

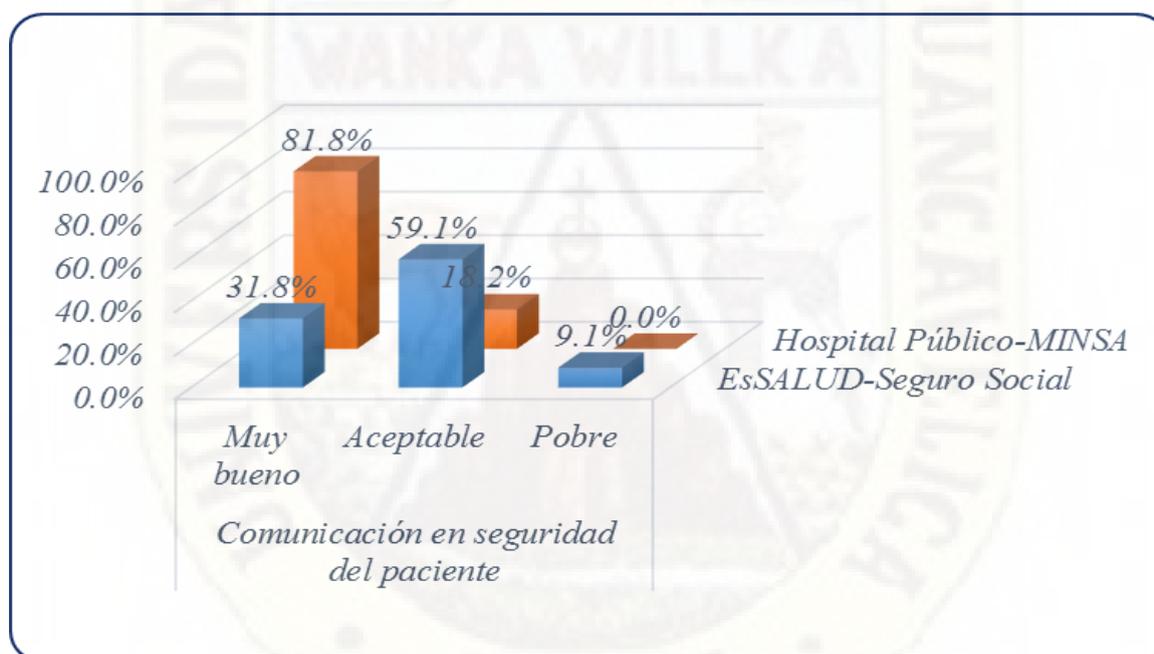
En la Tabla y Gráfico 2 se observa que el 54,5% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y EsSALUD-Seguro Social consideran que es muy buena la participación del supervisor/director en seguridad del paciente. El 45,5% perciben que es aceptable la participación del supervisor/director con respecto a seguridad del paciente.

Tabla 3: Comunicación en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Comunicación en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	Fi	f%	fi	f%		
Muy bueno	7	31.8%	27	81.8%	34	61.8%
Aceptable	13	59.1%	6	18.2%	19	34.5%
Pobre	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3: Comunicación en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 3.

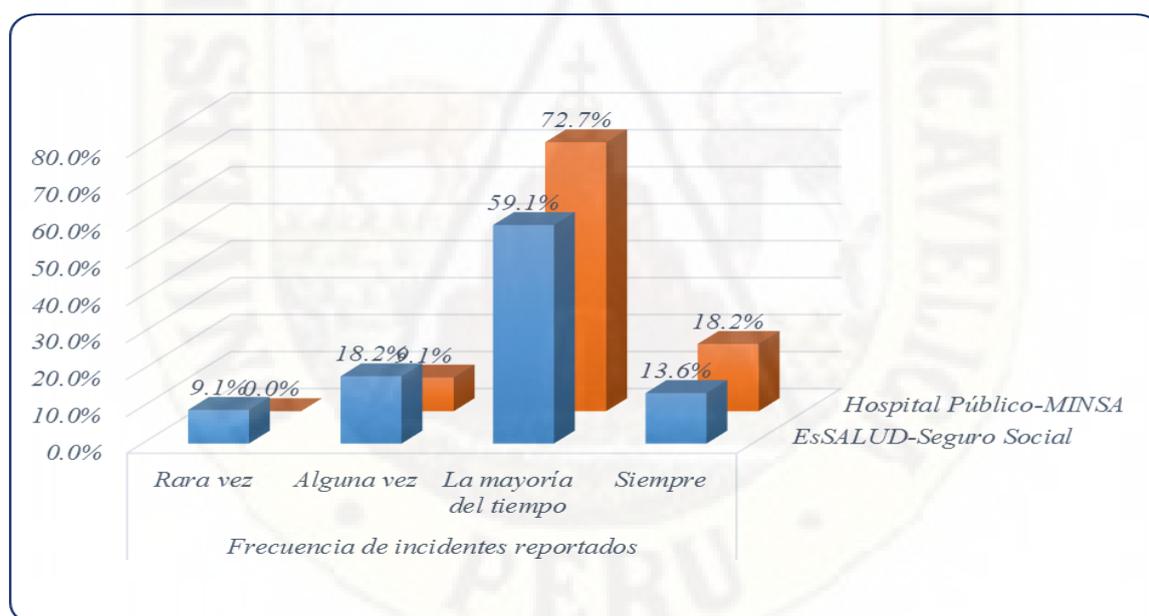
En la Tabla y Gráfico 3 se observa que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 31,8% del EsSALUD-Seguro Social consideran que es muy buena la la comunicación referente a seguridad del paciente. El 59,1%; y 18,2%; perciben que la comunicación es aceptable con respecto a seguridad del paciente.

Tabla 4: Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Frecuencia de incidentes reportados	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	fi	f%	fi	f%		
Rara vez	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Alguna vez	4	18.2%	3	9.1%	7	12.7%
La mayoría del tiempo	13	59.1%	24	72.7%	37	67.3%
Siempre	3	13.6%	6	18.2%	9	16.4%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4: Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 4.

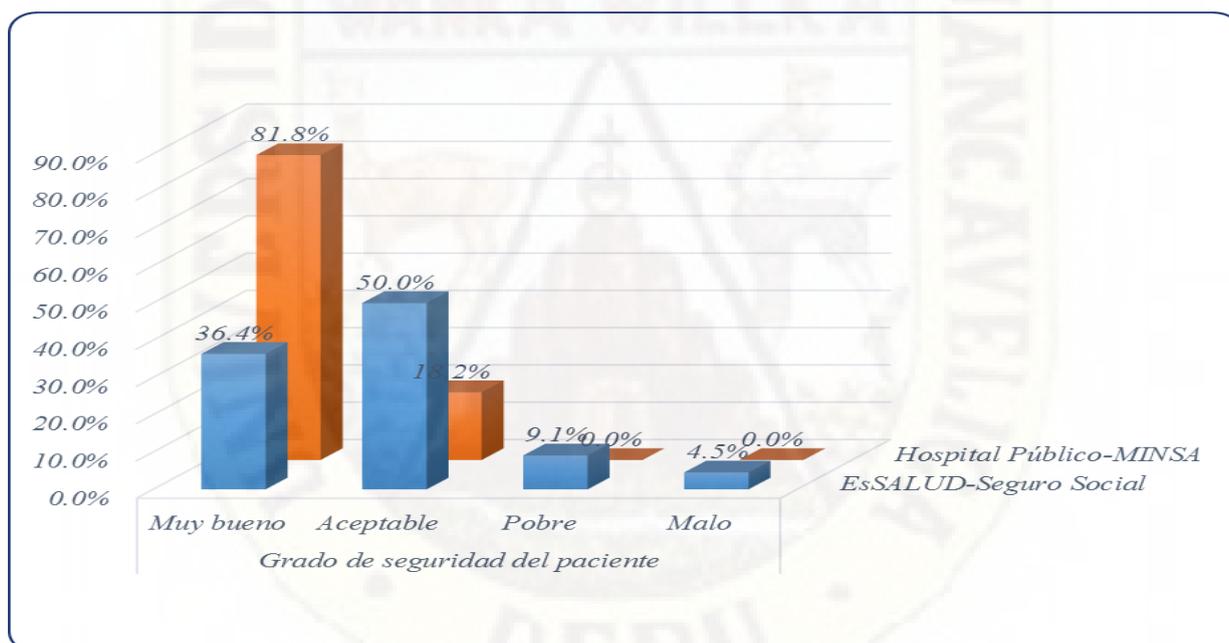
En la Tabla y Gráfico 4 se observa que el 72,7% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 59,1%; del EsSALUD-Seguro Social consideran que la mayoría del tiempo reportan los incidentes en la unidad/área laboral. El 18,2%; y 13,6%; perciben que siempre se reporta los incidentes en el marco de seguridad del paciente. 18,2% y 9,1%; algunas veces reportan los incidentes y, 9,1%; los del EsSALUD-Seguro Social raras veces reportan los incidentes en el marco de seguridad del paciente.

Tabla 5: Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Grado de seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	fi	f%	fi	f%		
Muy bueno	8	36.4%	27	81.8%	35	63.6%
Aceptable	11	50.0%	6	18.2%	17	30.9%
Pobre	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Malo	1	4.5%	0	0.0%	1	1.8%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5: Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 5.

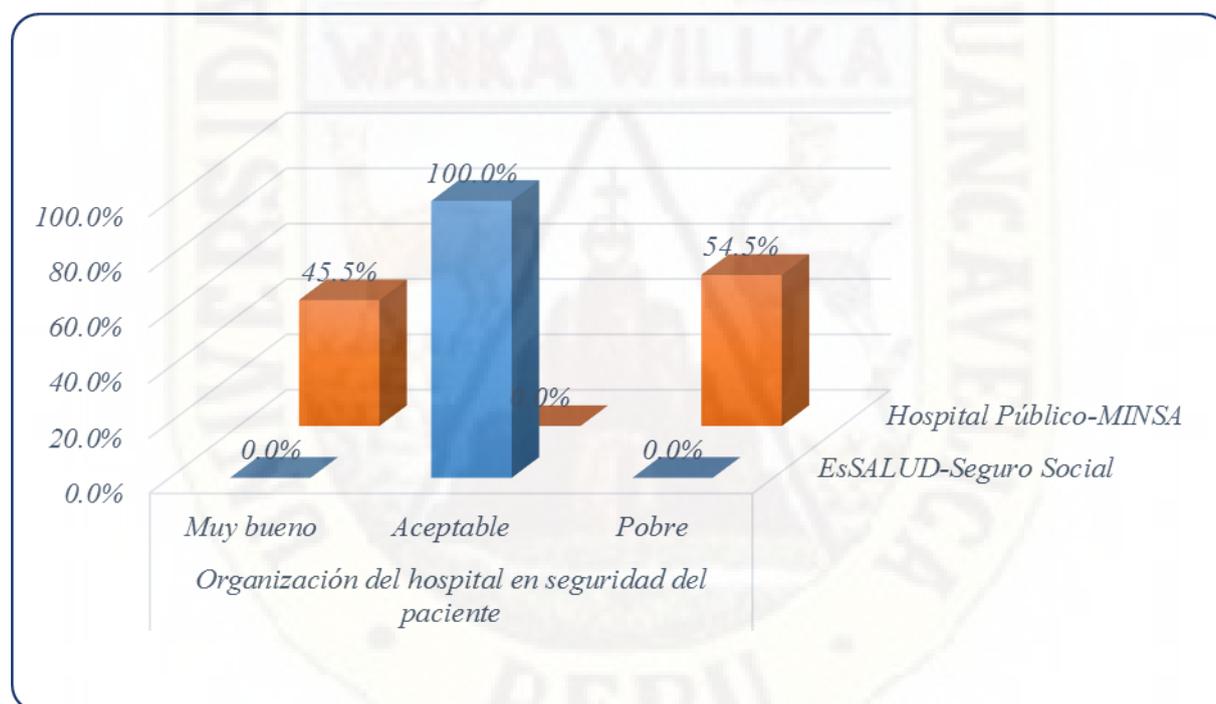
En la Tabla y Gráfico 5 se observa que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social en términos generales consideran muy buena la seguridad del paciente en el hospital. El 50,0%; y 18,2%; perciben que es aceptable las actividades desplegadas en el marco de seguridad del paciente y 9,1% y 4,5%; de EsSALUD-Seguro Social percibe que es pobre y malo la seguridad del paciente.

Tabla 6 Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica

Organización del hospital en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	fi	f%	fi	f%		
Muy bueno	0	0.0%	15	45.5%	15	27.3%
Aceptable	22	100.0%	0	0.0%	22	40.0%
Pobre	0	0.0%	18	54.5%	18	32.7%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6: Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica



Fuente: Tabla 6.

En la Tabla y Gráfico 6 se observa que el 100,0% de profesionales de enfermería del Hospital EsSALUD-Seguro Social consideran aceptable la capacidad organizativa con respecto a seguridad del paciente. En el hospital público – MINSA, El 54,5%; y 45,5%; perciben que es pobre y por otro lado muy buena la organización en seguridad del paciente, respectivamente.

4.2. Discusión

a) Seguridad del paciente en la dimensión de Unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería.

Los resultados que se evidencia sobre la unidad o área de trabajo laboral como parte de seguridad del paciente, es que el 63,6% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 45,5%; consideran que es aceptable la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo hospitalario. Un 54,5% y 36,4%; perciben que es muy buena las actividades en la unidad/área de trabajo con respecto a seguridad del paciente.

Estos resultados son considerados con lo publicado por Faridah et al., (2021) donde indican que el entorno laboral hospitalario y las características de las enfermeras están relacionadas con la seguridad del paciente. El estudio recomendó construir un modelo de cultura de seguridad del paciente que incluya todos los aspectos que influyen en la cultura de seguridad de los pacientes.¹⁵ Así mismo que la administración del hospital debe prestar más atención al tema para mejorarla cultura de seguridad del paciente, que no se encontró en buenos niveles.¹⁴ Por otro lado, se plantea que es necesario implementar un programa de capacitación dirigido a enfermeras con factores vulnerables para mejorar su competencia en seguridad del paciente. Como se descubrió que el monitoreo de la situación y la seguridad psicológica son factores influyentes para la competencia en seguridad del paciente, se necesita una intervención de varios niveles para mejorar la capacidad de monitoreo de la situación y la seguridad psicológica de las enfermeras.¹⁶

Por otro lado, los resultados considerados línea basal con el propósito de involucrar a los pacientes en la promoción de la seguridad es novedoso para la mayoría de los pacientes y sus cuidadores: por lo tanto, el encuadre del propósito y el uso apropiado de la herramienta es fundamental para involucrar a los usuarios potenciales y gestionar las expectativas; este mensaje se diseñó cuidadosamente con las aportaciones del paciente.¹⁷

Para Faridah et al., (2021) mostraron una relación significativa entre el ambiente de trabajo hospitalario y las características de las enfermeras (nivel educativo, antigüedad y capacitación en seguridad del paciente) ($p < .05$). Por el contrario, la edad y el estado civil de las enfermeras no se relacionaron con la seguridad del paciente en el hospital ($p > .05$). En conclusión, indican que el entorno laboral hospitalario y las características de las enfermeras están relacionadas con la seguridad del paciente. El estudio recomendó construir un modelo de cultura de seguridad del paciente que incluya todos los aspectos que influyen en la cultura de seguridad de los pacientes.¹⁵

b) Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería.

Los hallazgos sobre supervisión como parte de seguridad del paciente es que el 54,5% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y EsSALUD-Seguro Social consideran que es muy buena la participación del supervisor/director en seguridad del paciente. El 45,5% perciben que es aceptable la participación del supervisor/director con respecto a seguridad del paciente.

Los resultados son reafirmados por Tlili et al., (2020) quien considera que la dimensión menos desarrollada fue la respuesta no punitiva al error (18,6%). Siete dimensiones se desarrollaron significativamente más en las instituciones privadas que en las públicas. Los resultados también muestran que cuando se reduce la carga de trabajo, el PSC se incrementó significativamente. Conclusión: Este estudio ha demostrado que el PSC en UCI necesita mejora y proporcionó una línea de base de resultados para obtener una visión más clara de los aspectos de seguridad que requieren una atención especial.¹⁸. Y sostenida por Merino Plaza MJ, Carrera Hueso FJ, Castillo Blasco M, Martínez Asensi A, Martínez Capella R, Fikri Benbrahim N (2017). El grado de seguridad percibida fue similar en ambos estudios. Los aspectos mejor evaluados fueron: “Acciones de los supervisores” y “Trabajo en equipo en la unidad”; los peor evaluados fueron: “Dotación de personal”, “Apoyo de la dirección” y “Trabajo en equipo entre unidades”. Las variables socio-demográficas presentaron escasa significación, mientras que una

percepción positiva de algunas dimensiones consideradas, sí que se asociaba a un alto grado de seguridad percibida. Los aspectos más fuertemente asociados fueron: “Acciones de los supervisores”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”. En el estudio comparativo de los resultados, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que el grado de seguridad percibida. ²²

Por otro lado, se fundamenta con los hallazgos de Guspiano et al., (2021) donde evidenció buen resultado de seguridad del paciente hospitalario del 57,1%. Simultáneamente, los factores que predicen el resultado de la cultura de seguridad del paciente hospitalario son las expectativas y acciones del supervisor (OR = 5,159, IC 95% =2,994-8,890) y el apoyo de la gerencia (OR=2,188, IC 95%=1,365-3,509). Los factores de expectativa y las acciones del supervisor/gerente son los principales predictores de la cultura de seguridad del paciente hospitalario en la provincia de Jambi. En conclusión, se refiere que medir la seguridad es un medio importante para diseñar e implementar programas de mejora de la seguridad del paciente. El papel del supervisor debe mejorarse aún más proporcionando motivación, educación, consulta, seguimiento y evaluación relacionados con la implementación de programas de seguridad del paciente en los hospitales. ¹²

c) Comunicación en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería.

La evidencia sobre comunicación en la seguridad del paciente en hospitales, considera que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 31,8% del EsSALUD-Seguro Social consideran que es muy buena la la comunicación referente a seguridad del paciente. El 59,1%; y 18,2%; perciben que la comunicación es aceptable con respecto a seguridad del paciente.

Estos resultados se reafirman porque en la dimensión “apertura a la comunicación” (D6), un estudio realizado en Río de Janeiro evidenció que esta dimensión alcanzó el 64% de respuestas positivas ³³. En otro estudio realizado en una UCIN, esta misma dimensión alcanzó el 55%, siendo considerada potencial para la seguridad

del paciente en ambas investigaciones³⁴. La razón de estos resultados se atribuyó a la libertad que tenían los profesionales para denunciar situaciones de EA, sin temor al castigo³⁵.

Entre las dimensiones del instrumento que presentaron las evaluaciones más negativas por parte de los profesionales, se destacan los temas relacionados con la carga de trabajo; comunicación, cultura punitiva y jerárquica y cuestiones relacionadas con la supervisión y el liderazgo, señalados en dimensiones evaluadas negativamente como número insuficiente de profesionales para manejar la carga de trabajo, los profesionales consideran que sus errores, errores o fallas pueden ser utilizados en su contra, el supervisor/gerente no presta suficiente atención a los temas de seguridad del paciente, los profesionales no se sienten cómodos cuestionando las decisiones o acciones de sus superiores y no son informados sobre los cambios implementados a partir de los informes de eventos. Además, fue evidente el bajo número de notificaciones realizadas por los participantes³⁶.

La dimensión comunicación, que evalúa la libertad que tienen los profesionales para comunicar algo incorrecto que pueda afectar negativamente la atención al paciente, presentó diferencia significativa, indicando que, al igual que la dimensión “frecuencia de notificaciones”, a los profesionales de nivel medio les resulta más fácil o se sienten más seguros hablar con sus superiores sobre errores ocurridos durante la atención al paciente que las enfermeras. Este resultado es preocupante porque, según la literatura,³⁷ en el contexto de la cultura de seguridad, los profesionales deben tener libertad de expresión, especialmente si la información se refiere a posibles riesgos y eventos adversos en la atención a la salud.

Para mejorar la seguridad del paciente, es fundamental que los gestores adopten una política institucional de cultura de seguridad, combinada con el modelo de gestión participativa³⁶. Para ello, es necesario que la institución actúe con base en principios de coparticipación y corresponsabilidad en el desarrollo de indicadores

de seguridad, en la toma de decisiones y en la implementación de iniciativas que reduzcan riesgos y EA.²⁷

d) Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería.

Las evidencias reflejan sobre la frecuencia de incidentes en el 72,7% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 59,1%; del EsSALUD-Seguro Social consideran que la mayoría del tiempo reportan los incidentes en la unidad/área laboral. El 18,2%; y 13,6%; perciben que siempre se reporta los incidentes en el marco de seguridad del paciente. 18,2% y 9,1%; algunas veces reportan los incidentes y, 9,1%; los del EsSALUD-Seguro Social raras veces reportan los incidentes en el marco de seguridad del paciente.

Un estudio realizado en dos instituciones hospitalarias de la región norte del estado de Paraná también identificó la dimensión “respuesta no punitiva a los errores” como un área con potencial para la seguridad del paciente, ya que obtuvo un mayor porcentaje de respuestas positivas (58%)³⁶. Sin embargo, los autores advierten que es necesario considerar que existen instituciones que actúan con base en la culpa y el castigo, lo que lleva a la necesidad de promover cambios en la cultura tradicional hacia una cultura justa, basada en la comunicación abierta, sin castigo y dirigida en el estímulo y aprendizaje/mejora continua a través de los errores³⁸.

En particular, en el equipo de enfermería, la asociación entre carga de trabajo y eventos adversos es significativamente alta, impactando negativamente en la seguridad del paciente.³⁹ Parte de los errores están relacionados con procesos complejos, dispositivos utilizados para la atención, fragmentación de la atención, fallas en el proceso de comunicación y falta de estandarización de los procedimientos realizados, y el trabajo en equipo debe brindar garantías contra la falibilidad humana, fortaleciendo así la cultura de seguridad.⁴⁰

Según una investigación realizada en unidades de hospitalización de las áreas clínica y quirúrgica de un hospital universitario del sur de Brasil,⁴¹ la sobrecarga de trabajo favorece la incidencia de algunos eventos como: caídas de la cama, infección asociada al catéter venoso central, ausentismo y rotación.

El problema de la sobrecarga en enfermería está íntimamente relacionado con el número insuficiente de profesionales. La relación entre la seguridad del paciente y los números de enfermería enfatiza la importancia de dimensionar correctamente los recursos humanos, ya que las tasas de mortalidad han sido más altas en los hospitales cuyo tamaño es inadecuado.³⁹

En este sentido, un estudio realizado con el mismo instrumento consideró el reducido número de profesionales como uno de los factores para el subregistro de eventos adversos⁴², que, en este estudio, junto con la sobrecarga, suman una tasa del 95,9% de números de eventos entre 1 y 5, en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.

e) Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería.

Los hallazgos del estudio consideran que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social en términos generales consideran muy buena la seguridad del paciente en el hospital. El 50,0%; y 18,2%; perciben que es aceptable las actividades desplegadas en el marco de seguridad del paciente y 9,1% y 4,5%; de EsSALUD-Seguro Social.

Estos hallazgos se reafirman con lo publicado por (Gama et al., 2013) donde considera a pesar de las áreas críticas evidenciadas, la mayoría de los sujetos calificaron la seguridad del paciente como "Aceptable" o "Muy buena" en las UCIN. Un estudio que tuvo como objetivo examinar la cultura de la seguridad, realizado con 3.779 profesionales de hospitales de los Países Bajos, 196.462 de los EE. UU. y 10.146 de Taiwán, mostró que la mayoría de los sujetos de los hospitales de América del Norte - consideraron la seguridad como "Excelente" (25%) o "Muy bien" (48%). Los profesionales de los Países Bajos y Taiwán, en su

mayoría, consideraron la seguridad como "Aceptable", con el 63% y el 51% de los sujetos de estos países, respectivamente, optando por esta afirmación.⁴³

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.⁴⁴

La seguridad del paciente se refiere a la ausencia de riesgos o daños evitables a un paciente durante todo el proceso de la atención sanitaria. Debido a las altas cifras de accidentes y daños que cada año sufren millones de personas, mejorar las políticas de seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad a nivel mundial para organizaciones como la OMS y a nivel nacional para muchos gobiernos alrededor del globo.

La preocupación por las altas cifras de pacientes con daños relacionados a la atención sanitaria incentivo la creación de un Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente en el cual se proponen trece tipos de incidentes o escenarios de riesgo tales como: la falta de recursos y gestión de la organización, las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria, la medicación y líquidos para la administración intravenosa, sangre y productos sanguíneos, nutrición, oxígeno y vapores, accidentes de los pacientes, procesos y procedimientos clínicos, mala documentación, administración clínica insuficiente, dispositivos y equipos médicos poco aptos, infraestructura e instalaciones defectuosas y comportamientos del profesional de salud o del paciente.⁴⁵

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.⁴⁶

Así mismo, se considera lo publicado por Saleh Aboufour & Subbarayalu, (2022); más enfermeras han calificado la seguridad general del paciente como "excelente" o "muy buena" que médicos, otro personal clínico y personal administrativo. Entre las dimensiones del PSC, el "trabajo en equipo dentro de las unidades" fue la fortaleza de los hospitales del Ministerio de Salud seleccionados, aunque la apertura de la comunicación, los trasposos y las transiciones, la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error se identificaron como debilidades. Hubo una diferencia significativa entre las cuatro categorías laborales de la percepción de los HCP con respecto a las dimensiones del PSC, a saber. **Conclusión:** Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente, la dotación de personal, la apertura de la comunicación y la percepción general de la seguridad del paciente ($p < 0,05$).¹⁰

Para Thompson et al., (2021) la seguridad del paciente se ha desarrollado desde un modelo reactivo de búsqueda y reparación hacia un enfoque que se centra en el desempeño humano, con el objetivo de comprender cómo las personas se adaptan y responden en sistemas complejos para garantizar que "las cosas vayan bien". Los asesores clínicos intervinieron "justo a tiempo" en una variedad de situaciones clínicas, incluidos errores de medicación, procedimientos clínicos, documentación, habilidades de evaluación y traspaso clínico. Una combinación de habilidades más baja, una mayor agudeza del paciente y el comienzo de un nuevo personal influyeron en las intervenciones del entrenador clínico "justo a tiempo". Resultados: La mayoría de los entrenadores clínicos habían intervenido con miembros del personal tanto junior como senior. En general, los entrenadores clínicos dedicaron de 3 a 4 horas al día a gestionar de forma proactiva el riesgo en una variedad de situaciones clínicas y personal. Conclusiones: Los asesores clínicos desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la seguridad del paciente al intervenir periódicamente "justo a tiempo" para evitar que se produzcan errores, omisiones o incidentes en el lugar de atención. El rol de entrenador clínico, que educa y apoya al personal para brindar una atención segura y de alta calidad, hace una valiosa contribución a la seguridad del paciente.¹³

Pero lo publicado por La débil percepción de seguridad del paciente, observada en los cuatro hospitales encuestados en este estudio, denota la necesidad de repensar las acciones educativas de estas instituciones como medio para que las buenas prácticas de Enfermería sean vistas como acciones de seguridad y reciban la atención necesaria para que los procedimientos se lleven a cabo de acuerdo con las normas y técnicas vigentes.¹¹

La afirmación anterior se basa en la literatura,⁴⁷ lo que indica brechas en la cultura de seguridad en las instituciones de salud y sugiere medidas para fortalecerla, como inversión en educación permanente de los trabajadores/empleados y más apoyo de los gestores para la promoción de la seguridad.

f) Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería.

Considerar los hallazgos sobre la organización del hospital como parte de la seguridad del paciente, refleja que el 100,0% de profesionales de enfermería del Hospital EsSALUD-Seguro Social consideran aceptable la capacidad organizativa con respecto a seguridad del paciente. En el hospital público – MINSAL, El 54,5%; y 45,5%; perciben que es pobre y por otro lado muy buena la organización en seguridad del paciente, respectivamente.

Estos resultados se reafirman con los publicado por Viana et al., (2021) donde considera que el aprendizaje organizacional/mejora continua, fue considerada fuerte para la seguridad del paciente, por haber obtenido 84,8% de respuestas positivas. Entre las demás dimensiones, cuatro fueron consideradas áreas con potencial y siete, áreas débiles. En conclusión; los profesionales de Enfermería evaluaron como débil la cultura de seguridad del paciente en los hospitales investigados.¹¹

La preocupación por las altas cifras de pacientes con daños relacionados a la atención sanitaria incentivo la creación de un Marco Conceptual de la

Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente en el cual se proponen trece tipos de incidentes o escenarios de riesgo tales como: la falta de recursos y gestión de la organización, las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria, la medicación y líquidos para la administración intravenosa, sangre y productos sanguíneos, nutrición, oxígeno y vapores, accidentes de los pacientes, procesos y procedimientos clínicos, mala documentación, administración clínica insuficiente, dispositivos y equipos médicos poco aptos, infraestructura e instalaciones defectuosas y comportamientos del profesional de salud o del paciente.⁴⁵

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.⁴⁶

Los resultados nos indican posiblemente la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil cultura de seguridad del paciente que se describe en este estudio ²³.

Para Han & Roh, (2020) El análisis de regresión múltiple reveló que el monitoreo de la situación, la notificación de eventos adversos para la seguridad del paciente, el número de turnos nocturnos por mes y la seguridad psicológica fueron factores importantes que afectaron la competencia en seguridad del paciente, lo que representa el 27,1% de la varianza. En conclusión: Se necesita un programa de capacitación dirigido a enfermeras de emergencia con factores vulnerables para mejorar su competencia en seguridad del paciente. Como se descubrió que el monitoreo de la situación y la seguridad psicológica son factores influyentes para la competencia en seguridad del paciente, se necesita una intervención de varios niveles para mejorar la capacidad de monitoreo de la situación y la seguridad psicológica de las enfermeras.¹⁶

CONCLUSIONES

1. Los profesionales de enfermería consideran que perciben aceptable el despliegue de actividades en las unidades/áreas del hospital en el marco de seguridad del paciente tanto en el Hospital EsSALUD del Seguro Social y Hospital Minsa.
2. La mayoría de los profesionales de enfermería consideran muy buena la participación del supervisor o director con respecto a seguridad del paciente en el Hospital EsSALUD del Seguro Social y Hospital Minsa.
3. La comunicación con respecto a seguridad del paciente existe diferencia entre los hospitales; es aceptable la comunicación en seguridad del paciente en el Hospital EsSALUD del Seguro Social y muy buena es la comunicación para los del Hospital Público Minsa.
4. La mayoría de los profesionales de enfermería de ambos hospitales refieren que reportan los incidentes la mayoría de tiempo, y en un mínimo participación de que siempre reportan los incidentes en la que puedan actuar de manera oportuna para salvaguardar la salud de la persona hospitalizada.
5. La mayoría del personal de enfermería del hospital público Minsa considera que es muy bueno la seguridad del paciente, mitad de profesionales consideran que es aceptable la seguridad del paciente.
6. Los profesionales de enfermería del hospital EsSALUD - Seguro Social refieren que es aceptable la organización con respecto a la seguridad del paciente, la mayoría de los profesionales de enfermería del Hospital público MINSa considera que es pobre la organización sobre seguridad del paciente.

RECOMENDACIONES

1. Generar espacios de sostenibilidad sobre seguridad de pacientes en unidades prestadoras de servicio de salud con la participación activa de los profesionales de enfermería y actores del hospital.
2. Fortalecer las competencias de supervisión y/o dirección en el marco de seguridad del paciente en hospitales.
3. Apertura espacios de sesiones de comunicación en el ámbito hospitalario con el propósito de mejorar decisiones entre los miembros participantes de la institución.
4. Fortalecer la capacidad la organizativa del área de salud ocupacional que permita el seguimiento y monitoreo en el marco de seguridad del paciente en el nivel hospitalario.
5. A las direcciones de los hospitales que deben promover la seguridad del paciente con la participación activa y efectiva de los actores y personal de salud, que permita garantizar la protección del paciente o usuario.
6. Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS de segundo nivel promuevan formación continua en los profesionales para sostener y mejorar la capacidad organizativa hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSALUD, Colombia. Seguridad del Paciente [Internet]. Acreditación en Salud. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
2. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int › ps_research_brochure_es
3. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008;52. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
4. Martínez Reyes CR, Agudelo Durango J, Areiza Correa SM, Giraldo Palacio DM. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado 28 de septiembre de 2021];17(33):277-92. Disponible en: <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/v17n33a17>
5. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. WHO. 2018 [citado 9 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
6. OMS. Seguridad del paciente como problema de salud pública [Internet]. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-declara-la-seguridad-del-paciente-como-problema-de-salud-publica>
7. OMS. Concientiza sobre la seguridad del paciente en los hospitales [Internet]. 2014 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/OMS-concientiza-sobre-la-seguridad-del-paciente-en-los-hospitales+98779>
8. Vera Loyola E. Atención del parto centrada en el paciente. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. enero de 2019 [citado 28 de septiembre de 2021];65(1):51-6. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322019000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Paneque J, E R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. marzo de 2004 [citado 28 de septiembre de 2021];30(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Saleh Aboufour MA, Subbarayalu AV. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. *Inform Med Unlocked*. 17 de enero de 2022;100858.
11. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX dos, Souza VS de, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professional. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 9 de julio de 2021 [citado 19 de enero de 2022];30. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/YvjFbbtChffBGv9BHRhgMVm/?lang=en>
12. Guspianto, Ibnu IN, Solida A. Predictors of hospital patient safety culture outcomes in Jambi Province. *Enferm Clínica*. 1 de diciembre de 2021;31:S722-9.
13. Thompson L, Lin F, Faithfull-Byrne A, Gonzalez J, Naumann A, Geisler K, et al. Clinical coaches and patient safety – Just in time: A descriptive exploratory study. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];54:103134. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321001700>
14. Arli SK. Evaluation of the attitudes about patient safety in perioperative care. *Perioper Care Oper Room Manag* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];22:100145. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405603020300601>
15. Faridah I, Setyowati S, Lestari F, Hariyati RrTS. The correlation between work environment and patient safety in a general hospital in Indonesia. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];31:S220-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086212030588X>

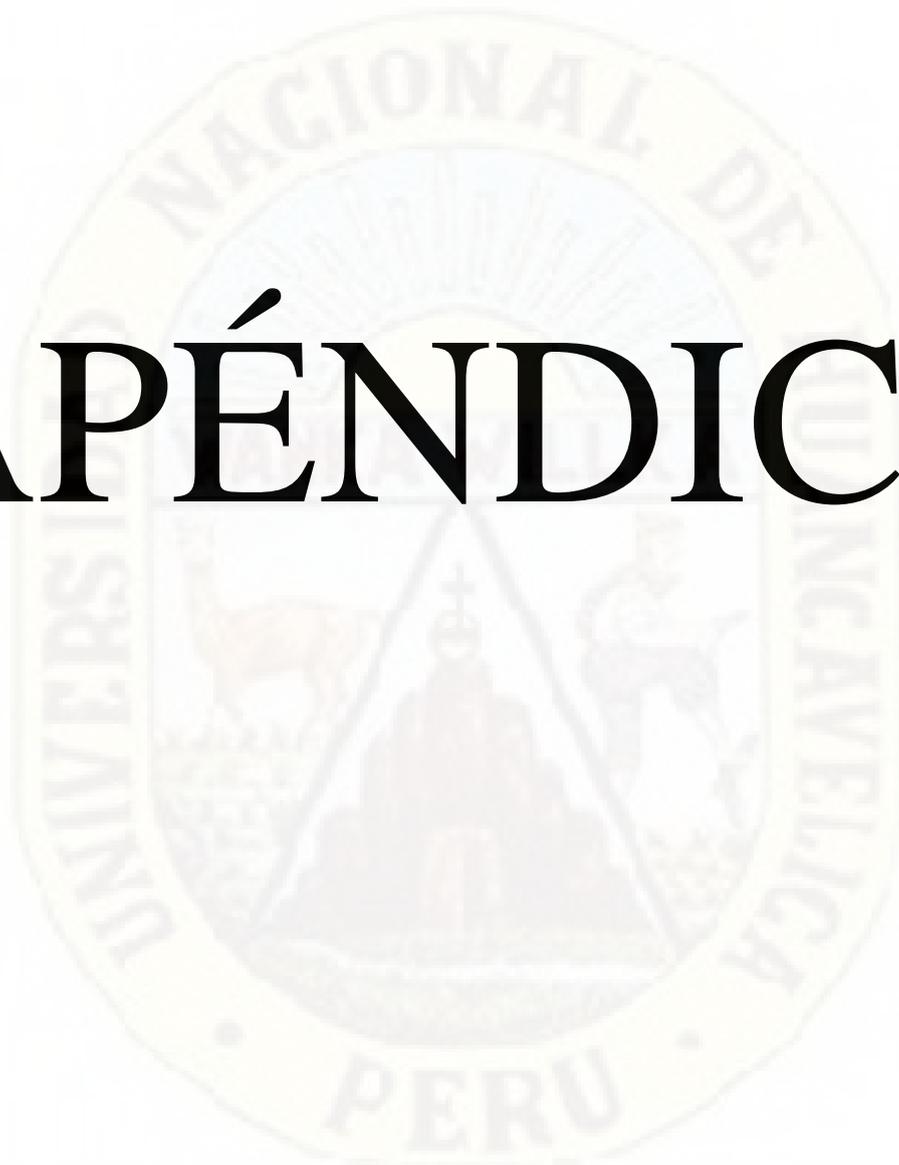
16. Han JH, Roh YS. Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];51:100892. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X20300641>
17. Gibson B, Butler J, Schnock K, Bates D, Classen D. Design of a safety dashboard for patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];103(4):741-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119304781>
18. Tlili MA, Aouicha W, Ben Rejeb M, Sahli J, Ben Dhiab M, Chelbi S, et al. Assessing patient safety culture in 18 Tunisian adult intensive care units and determination of its associated factors: A multi-center study. *J Crit Care* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];56:208-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119316934>
19. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *J Taibah Univ Med Sci*. 1 de junio de 2018;13(3):272-80.
20. Xie J, Ding S, Zhong Z, Zeng S, Qin C, Yi Q, et al. A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Educ Pract*. 1 de noviembre de 2017;27:128-33.
21. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell ML de la. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas / Attitudes towards patient safety culture in a hospital setting and related variables. *Gac Sanit*. 1 de abril de 2017;31(2):145-145-9.
22. Merino Plaza MJ, Carrera Hueso FJ, Castillo Blasco M, Martínez Asensi A, Martínez Capella R, Fikri Benbrahim N. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento / Evolution of patientsafety culture in a medium-stay hospital: monitoring indicators. *An Sist Sanit Navar*. 1 de abril de 2017;40(1):43-43-56.

23. Portela Romero M, Bugarín Gonzales R, Rodríguez Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria* Vol 49 Iss 6 Pp 343-350 2017. 1 de junio de 2017;49(6):343-343-50.
24. Freixas Sala N, Monistrol Ruano O, Espuñes Vendrell J, Sallés Creus M, Gallardo González M, Ramón Cantón C, et al. Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña. *Enferm Clínica*. marzo de 2017;27(2):94-100.
25. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Original: Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist*. 1 de mayo de 2016;31(3):141-141-5.
26. Chambi Gutierrez IN. Seguridad en el cuidado de pacientes relacionados con el grado de satisfacción en el servicio de medicina del Hospital III EsSalud Juliaca, Enero – Abril del 2016. 2016;121.
27. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.
28. Bernal Torres CA, Urdaneta Silva GA, Duitama Ochoa CF. Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4a ed. Colombia: Pearson Educación de Colombia S.A.S.; 2016.
29. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1ra. México: McGrawHill; 2018 [citado 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ebooks7-24.com/?il=6443>
30. Niño Rojas VM. Metodología de la investigación diseño y ejecución. Bogotá (Colombia: Ediciones de la U; 2011.
31. Angel DB, Bertha LM Ana. Metodología de la investigación educativa: Aproximaciones para comprender sus estrategias. Ediciones Díaz de Santos; 2014. 326 p.

32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
33. Henriques Camelo SH, Pedreschi Chaves LD. El trabajo en equipo y la experiencia de las enfermeras en Unidades de Cuidado Intensivo. *Investig Educ En Enferm*. marzo de 2013;31(1):107-15.
34. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ de, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto - Enferm*. marzo de 2015;24:161-9.
35. Famolaro T, LiuH E. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. 2016 [citado 19 de enero de 2022]; Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2016-user-comparative-database-report>
36. Costa DB da, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de seguridad del paciente: Evañluación por profesionales de enfermería. *Texto Contexto - Enferm [Internet]*. 6 de agosto de 2018 [citado 19 de enero de 2022];27. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=pt>
37. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 28 denoviembre de 2017 [citado 19 de enero de 2022];19. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>
38. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 29 de abril de 2019 [citado 19 de enero de 2022];40. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/nWLSXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/?lang=pt>

39. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. febrero de 2007;44(2):175-82.
40. Suresh GK. Measuring Patient Safety in Neonatology. *Am J Perinatol*. enero de 2012;29(1):19-26.
41. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. abril de 2005;10(2):111-7.
42. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S de, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. octubre de 2016;50:756-62.
43. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública*. febrero de 2013;29:283-93.
44. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 28 de septiembre de 2021];28(5):785-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
45. Promedco M. ¿Por qué es importante la seguridad del paciente? | Promedco [Internet]. 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.promedco.com/noticias/seguridad-del-paciente>
46. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
47. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 28 de noviembre de 2017 [citado 19 de enero de 2022];19. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>

APÉNDICE



Apéndice N° 1: Glosario de términos

- **Enfermera:** Es una profesional que realiza funciones de atención, cuidado a enfermos o de personas sanas para ayudarlas en su salud y facilitar su recuperación. Además, busca como meta que la persona pueda lograr su independencia lo más pronto posible.
- **Seguridad del paciente.**
La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas del conocimiento de los recursos disponibles y el contexto.
- **Cultura de seguridad (CS)**
Conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente.

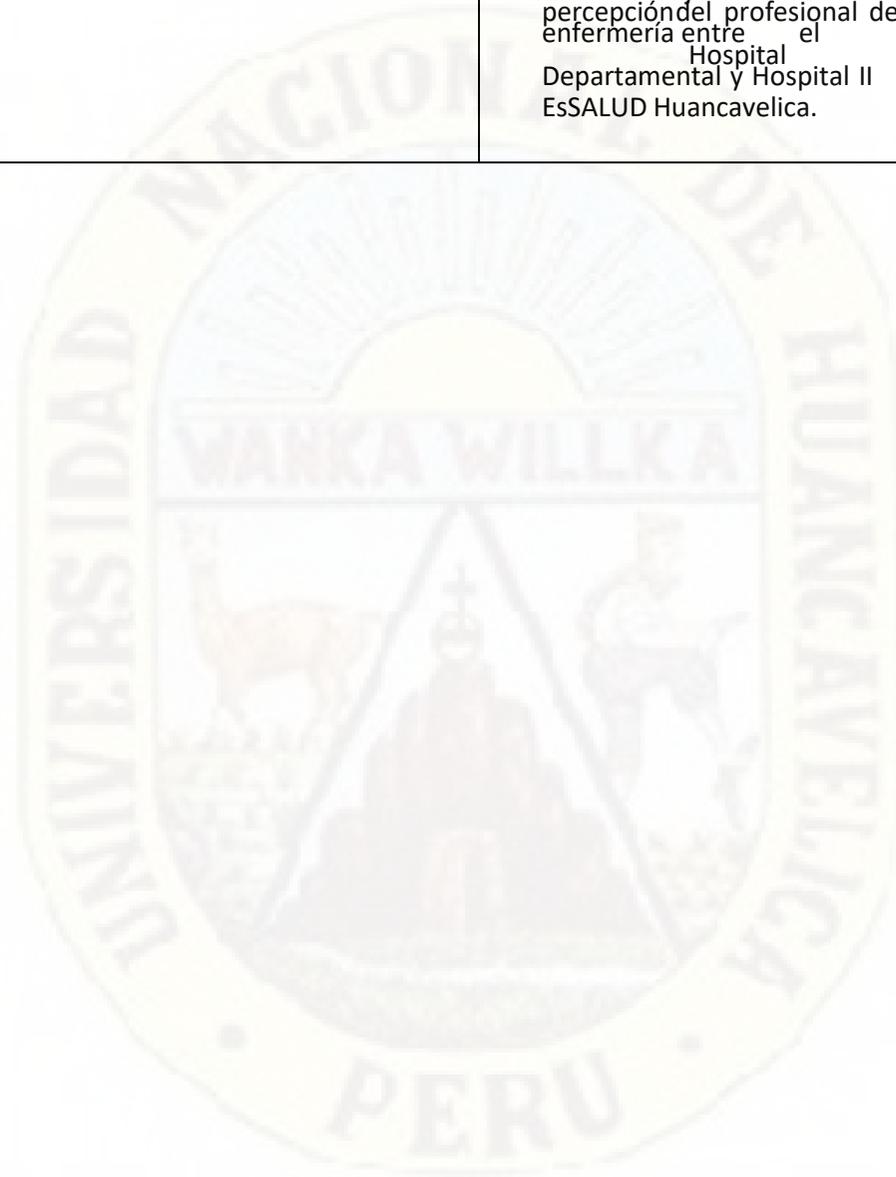
Apéndice N°2: Matriz de consistencia

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DE HUANCVELICA.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Existe diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica?</p> <p>Problemas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Cómo es la seguridad del paciente en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? – ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de supervisión en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? – ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de comunicación en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de 	<p>Objetivo general Determinar la diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital IIEsSALUD Huancavelica.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Describir la seguridad del paciente en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. – Detallar la seguridad del paciente en el aspecto de supervisión en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. – Especificar la seguridad del paciente en el aspecto de comunicación en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. – Describir la seguridad del paciente 	<p>Hipótesis general Existe diferencia significativa sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica. – Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el aspecto de supervisión en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica. – Existe diferencia significativa de la paciente en el aspecto de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de investigación: Descriptiva. 2. Nivel de investigación: Descriptiva. 3. Métodos de investigación Método general: Inductivo-deductivo. Método específico: Descriptiva, estadística y bibliográfica. 4. Diseño de investigación: No experimental, transeccional, descriptivo. 5. Población, muestra y muestreo: N = 182 profesionales de enfermería. n = 105 profesionales de enfermería. Muestreo probabilístico, aleatorio simple

<p style="text-align: center;">Huancavelica?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? - ¿Cuál es el grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? - ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto hospitalario desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? - ¿Cómo es la seguridad del paciente en el aspecto de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica? 	<p>en el aspecto de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. - Describir la seguridad del paciente en el aspecto hospitalario desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. - Identificar la seguridad del paciente en el aspecto de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería en Hospitales de la Región de Huancavelica. 	<p>comunicación en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe diferencia significativa de la seguridad del paciente en el aspecto de frecuencia de incidentes reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica. - Existe diferencia significativa en el grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica. - Existe diferencia significativa de seguridad del paciente en el aspecto hospitalario desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica. - Existe diferencia significativa de seguridad del paciente en el aspecto de incidentes 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Técnicas e instrumentos de estudio: Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario. 7. Técnica de procesamiento y análisis de datos: Uso de la estadística descriptiva e inferencial. 8. Descripción de la prueba de hipótesis: Inicialmente aplicando la prueba de Kolmogorov smirnov para denotar la simetría o asimetría del comportamiento de los datos obtenidos de la realidad objetiva, luego la correlación de "r" de Pearson o Rho de Spearman o ji cuadrada, de independencia para la contrastación de hipótesis a un nivel de confianza de 95%(0.95) y nivel de significancia de 5%(0.05)
---	--	---	---

		<p>reportados en el área/unidad de trabajo desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.</p>	
--	--	--	--



Apéndice N° 3: Datos complementarios
HOSPITAL ESSALUD-SEGURO SOCIAL

Casos	Seguridad del paciente en la unidad/área de trabajo																Supervisor/Director en seguridad del paciente				Comunicación en seguridad del paciente				Frecuencia de incidentes reportados				Grado de seguridad del	Organización del hospital en seguridad del paciente							Numero de																					
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	Punt.	Cat.	Cód.	p19	p20	p21	p22	Punt.	Cat.	Cód.	p23	p24	p25	p26	p27	p28	Punt.	Cat.	Cód.	p29	p30	p31	Punt.	Cat.	Cód.	p32	p33	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40	p41	p42	p43	Punt.	Cat.	Cód.
1	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	2	3	2	3	59	Aceptable	3	3	3	3	12	Aceptable	3	1	5	3	2	5	5	21	Muy bueno	2	5	5	5	15	Siempre	5	5	1	4	5	3	4	1	2	3	5	3	2	33	Aceptable	3	3
2	3	4	2	4	4	2	4	4	2	3	4	2	4	4	4	4	3	3	60	Aceptable	3	2	3	4	13	Muy bueno	2	1	2	3	2	3	4	15	Pobre	4	3	2	2	7	Rara vez	2	3	2	3	2	3	3	4	2	32	Aceptable	3	2				
3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	2	3	4	4	2	4	4	2	4	59	Aceptable	3	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	3	4	3	2	20	Aceptable	3	2	3	2	7	Rara vez	2	3	1	2	3	4	3	2	2	4	3	3	2	29	Aceptable	3	3
4	4	4	3	4	3	4	2	4	4	2	3	3	4	3	4	2	2	4	59	Aceptable	3	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	4	3	4	4	2	20	Aceptable	3	3	4	3	10	La mayoría del tiempo	4	4	3	3	4	4	3	2	3	3	4	1	33	Aceptable	3	2	
5	4	3	3	4	3	4	2	4	3	2	3	4	3	3	4	2	2	4	57	Aceptable	3	3	3	3	12	Aceptable	3	4	4	2	3	2	1	16	Aceptable	3	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	2	2	3	4	2	2	3	4	3	4	2	31	Aceptable	3	2
6	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	3	4	4	3	4	4	2	4	63	Muy bueno	2	4	3	2	11	Aceptable	3	3	2	2	3	3	2	15	Pobre	4	3	4	4	11	La mayoría del tiempo	4	3	1	3	2	3	3	3	4	3	4	2	31	Aceptable	3	3	
7	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	3	3	2	2	4	61	Aceptable	3	3	3	3	12	Aceptable	3	4	4	3	4	4	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	4	2	3	3	4	3	2	2	4	3	4	2	32	Aceptable	3	4
8	4	3	2	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	3	4	4	2	3	60	Aceptable	3	3	4	3	12	Aceptable	3	4	5	4	4	4	3	24	Muy bueno	2	3	4	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	3	2	3	4	2	2	4	3	3	2	30	Aceptable	3	2	
9	4	2	3	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	4	4	2	4	62	Aceptable	3	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	3	3	4	4	3	20	Aceptable	3	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	3	3	3	3	2	2	4	4	3	2	31	Aceptable	3	4		
10	5	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	2	4	66	Muy bueno	2	3	4	3	12	Aceptable	3	2	4	3	3	4	2	18	Aceptable	3	3	2	3	8	Alguna vez	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	4	4	3	35	Aceptable	3	2	
11	5	4	3	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	3	4	4	2	4	66	Muy bueno	2	4	4	3	13	Muy bueno	2	2	4	2	4	3	1	16	Aceptable	3	3	2	4	9	Alguna vez	3	3	3	2	4	3	3	2	3	4	4	2	34	Aceptable	3	3	
12	4	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	3	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	3	4	4	13	Muy bueno	2	3	3	3	3	3	2	17	Aceptable	3	3	2	3	8	Alguna vez	3	2	2	3	4	4	3	2	3	4	4	2	35	Aceptable	3	3	
13	4	3	4	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	3	2	4	63	Muy bueno	2	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	3	2	4	4	1	17	Aceptable	3	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	2	2	3	2	2	3	3	4	4	2	29	Aceptable	3	2	
14	4	4	3	4	3	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	2	4	61	Aceptable	3	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	4	3	4	4	1	19	Aceptable	3	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	2	3	2	2	2	3	3	4	4	2	29	Aceptable	3	5	
15	4	3	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	3	4	3	2	4	61	Aceptable	3	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	4	3	3	4	1	18	Aceptable	3	4	3	4	11	La mayoría del tiempo	4	3	2	2	4	2	2	3	3	4	4	2	31	Aceptable	3	3	
16	4	2	4	4	5	4	2	4	3	3	2	3	4	4	4	4	2	4	62	Aceptable	3	4	3	3	12	Aceptable	3	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	2	2	4	2	3	2	4	3	3	2	31	Aceptable	3	4
17	4	2	4	3	4	4	3	4	5	3	3	4	4	4	2	4	2	4	61	Aceptable	3	4	4	3	13	Muy bueno	2	3	4	4	4	4	4	23	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	2	3	4	2	4	3	3	4	2	3	2	32	Aceptable	3	3
18	3	2	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	5	4	4	66	Muy bueno	2	4	3	4	13	Muy bueno	2	3	4	4	3	4	4	22	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	3	2	3	2	4	2	3	2	4	4	3	2	31	Aceptable	3	4
19	4	3	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4	4	2	4	4	2	4	63	Muy bueno	2	4	4	2	12	Aceptable	3	2	4	3	4	3	2	18	Aceptable	3	4	5	5	14	Siempre	5	2	1	2	2	3	3	4	3	4	3	2	30	Aceptable	3	2	
20	5	2	4	4	3	4	4	3	4	2	3	4	4	2	3	4	2	4	61	Aceptable	3	4	4	2	12	Aceptable	3	2	3	3	4	4	4	20	Aceptable	3	3	3	3	9	Alguna vez	3	3	2	2	4	3	3	3	4	3	3	2	31	Aceptable	3	5	
21	4	2	3	4	4	4	3	2	3	2	3	4	4	2	4	4	3	4	59	Aceptable	3	4	3	4	15	Muy bueno	2	1	5	3	2	4	4	19	Aceptable	3	4	5	4	13	Siempre	5	3	1	4	4	3	3	1	2	3	4	3	2	30	Aceptable	3	2
22	3	3	3	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4		2	4	2	4	57	Aceptable	3	4	3	2	11	Aceptable	3	3	5	4	3	3	3	21	Muy bueno	2	4	4	3	11	La mayoría del tiempo	4	3	2	3	3	4	3	2	3	4	4	2	34	Aceptable	3	3	

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCABELICA

Casos	Seguridad del paciente en la unidad/área de trabajo																	Supervisor/Director en seguridad del paciente			Comunicación en seguridad del paciente						Frecuencia de incidentes reportados					Grado de seguridad del paciente	Organización del hospital en seguridad del paciente										Número de incidentes																
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	Punt.	Cat.	Cód.	P19	P20	P21	P22	Punt.	Cat.	Cód.	P23	P24	P25		P26	P27	P28	Punt.	Cat.	Cód.	P29	P30	P31	Punt.		Cat.	Cód.	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	P43	Punt.	Cat.
1	4	4	3	5	3	4	2	2	4	2	3	2	4	3	4	4	2	3	58	Aceptable	3	4	3	3	3	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	2	1	19	Aceptable	3	5	5	5	15	Siempre	5	2	4	2	2	2	1	3	2	5	2	3	2	28	Pobre	2	1
2	3	2	4	3	4	5	2	2	5	2	2	3	4	3	4	2	2	4	56	Aceptable	3	4	2	2	2	10	Aceptable	3	4	4	5	4	3	2	22	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	1	1	2	1	2	1	4	2	3	2	23	Pobre	2	1
3	4	3	2	5	3	4	1	2	4	1	1	3	4	3	4	4	2	4	54	Aceptable	3	5	4	2	2	13	Muy bueno	2	5	4	4	4	3	24	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	1	3	1	3	2	4	2	3	2	28	Pobre	2	1	
4	4	4	4	5	5	5	5	2	3	2	1	5	4	4	4	3	2	4	66	Muy bueno	2	5	3	1	3	12	Aceptable	3	5	3	4	4	4	1	21	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	2	3	1	4	3	3	2	29	Aceptable	4	1		
5	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	58	Aceptable	3	4	4	3	2	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	5	2	23	Muy bueno	2	5	4	4	13	Siempre	5	2	5	2	1	2	1	3	1	4	2	5	1	27	Pobre	2	2
6	4	3	3	5	4	4	4	4	2	4	2	4	2	2	5	5	2	4	63	Muy bueno	2	4	3	2	2	11	Aceptable	3	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	3	3	2	4	1	1	2	4	2	4	1	27	Pobre	2	1
7	4	4	4	4	2	4	2	3	4	2	4	3	4	2	2	2	4	4	58	Aceptable	3	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	3	3	3	9	Alguna vez	3	2	3	2	2	4	2	2	4	3	4	2	30	Aceptable	4	1	
8	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	3	3	2	12	Aceptable	3	4	3	4	4	4	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	2	3	4	2	2	2	4	2	4	2	31	Aceptable	4	1
9	4	4	4	5	2	5	2	3	5	2	4	3	4	3	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	3	3	2	20	Aceptable	3	4	3	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	4	4	4	3	2	3	2	4	3	3	2	34	Aceptable	4	1
10	4	2	4	5	4	4	2	3	4	2	2	4	4	4	4	2	3	60	Aceptable	3	3	3	3	4	13	Muy bueno	2	3	4	4	4	4	4	23	Muy bueno	2	4	3	3	10	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	2	2	2	4	4	4	2	31	Aceptable	4	1			
11	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	2	4	60	Aceptable	3	4	3	3	2	12	Aceptable	3	3	4	4	4	3	3	21	Muy bueno	2	3	4	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	4	3	3	2	4	4	4	4	3	40	Muy bueno	4	1		
12	4	4	3	5	3	4	2	2	4	2	3	2	4	3	4	4	2	3	58	Aceptable	3	4	3	3	3	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	2	1	19	Aceptable	3	5	5	5	15	Siempre	5	2	4	2	2	2	1	3	2	5	2	3	2	28	Pobre	2	1
13	3	2	4	3	4	5	2	2	5	2	2	3	4	3	4	2	2	4	56	Aceptable	3	4	2	2	2	10	Aceptable	3	4	4	5	4	3	2	22	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	1	1	2	1	2	1	4	2	3	2	23	Pobre	2	1
14	4	3	2	5	3	4	1	2	4	1	1	3	4	3	4	4	2	4	54	Aceptable	3	5	4	2	2	13	Muy bueno	2	5	4	4	4	3	24	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	1	3	1	3	2	4	2	3	2	28	Pobre	2	1	
15	4	4	4	5	5	5	5	2	3	2	1	5	4	4	4	3	2	4	66	Muy bueno	2	5	3	1	3	12	Aceptable	3	5	3	4	4	4	1	21	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	2	3	1	3	1	4	3	3	2	29	Aceptable	4	1
16	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	58	Aceptable	3	4	4	3	2	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	5	2	23	Muy bueno	2	5	4	4	13	Siempre	5	2	5	2	1	2	1	3	1	4	2	5	1	27	Pobre	2	2
17	4	3	3	5	4	4	4	4	2	4	2	4	2	2	5	5	2	4	63	Muy bueno	2	4	3	2	2	11	Aceptable	3	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	3	3	2	4	1	1	2	4	2	4	1	27	Pobre	2	1
18	4	4	4	4	2	4	2	3	4	2	4	3	4	3	4	2	2	4	58	Aceptable	3	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	3	3	3	9	Alguna vez	3	2	3	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	30	Aceptable	4	1
19	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	3	3	2	12	Aceptable	3	4	3	4	4	4	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	2	3	4	2	2	4	2	4	2	31	Aceptable	4	1	
20	4	4	4	5	2	5	2	3	5	2	4	4	3	4	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	3	3	2	20	Aceptable	3	4	3	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	4	4	4	3	2	3	2	4	3	3	2	34	Aceptable	4	1
21	4	2	4	5	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	3	60	Aceptable	3	3	3	3	4	13	Muy bueno	2	3	4	4	4	4	4	23	Muy bueno	2	4	3	3	10	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	2	2	2	2	2	4	4	4	2	31	Aceptable	4	1
22	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	2	4	60	Aceptable	3	4	3	3	2	12	Aceptable	3	3	4	4	4	3	3	21	Muy bueno	2	3	4	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	40	Muy bueno	4	1	
23	4	4	3	5	3	4	2	2	4	2	3	2	4	3	4	4	2	3	58	Aceptable	3	4	3	3	3	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	2	1	19	Aceptable	3	5	5	5	15	Siempre	5	2	4	2	2	2	1	3	2	5	2	3	2	28	Pobre	2	1
24	3	2	4	3	4	5	2	2	5	2	2	3	4	3	4	2	2	4	56	Aceptable	3	4	2	2	2	10	Aceptable	3	4	4	5	4	3	2	22	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	1	1	2	1	2	1	4	2	3	2	23	Pobre	2	1
25	4	3	2	5	3	4	1	2	4	1	1	3	4	3	4	4	2	4	54	Aceptable	3	5	4	2	2	13	Muy bueno	2	5	4	4	4	3	24	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	1	3	1	3	2	4	2	3	2	28	Pobre	2	1	
26	4	4	4	5	5	5	2	3	2	1	5	4	4	4	3	2	4	66	Muy bueno	2	5	3	1	3	12	Aceptable	3	5	3	4	4	4	1	21	Muy bueno	2	5	4	3	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	3	2	3	1	4	3	3	2	29	Aceptable	4	1			
27	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	58	Aceptable	3	4	4	3	2	13	Muy bueno	2	4	4	4	4	5	2	23	Muy bueno	2	5	4	4	13	Siempre	5	2	5	2	1	2	1	3	1	4	2	5	1	27	Pobre	2	2
28	4	3	3	5	4	4	4	4	2	4	2	4	2	2	5	5	2	4	63	Muy bueno	2	4	3	2	2	11	Aceptable	3	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	3	3	2	4	1	1	2	4	2	4	1	27	Pobre	2	1
29	4	4	4	4	2	4	2	3	4	2	4	3	4	2	2	2	4	4	58	Aceptable	3	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	4	3	2	21	Muy bueno	2	3	3	3	9	Alguna vez	3	2	3	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	30	Aceptable	4	1
30	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	3	3	2	12	Aceptable	3	4	3	4	4	4	2	21	Muy bueno	2	4	4	4	12	La mayoría del tiempo	4	2	4	2	3	4	2	2	2	4	2	4	2	31	Aceptable	4	1
31	4	4	4	5	2	5	2	3	5	2	4	3	4	3	4	4	2	4	64	Muy bueno	2	4	4	4	4	16	Muy bueno	2	4	4	4	3	3	2	20	Aceptable	3	4	3	3	10	La mayoría del tiempo	4	3	4	4	4	3	2	3	2	4	3	3	2	34	Aceptable	4	1
32	4	2	4	5	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	3	60	Aceptable	3	3	3	3																																			

Tabulación.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Hospital	Cadena	8	0	Hospital	{1, EsSALU...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
2	seguridad_u...	Cadena	8	0	Seguridad del p...	{1, Excelent...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
3	supervisor_...	Cadena	8	0	Participación d...	{1, Excelent...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
4	comunicaci...	Cadena	8	0	Comunicación ...	{1, Excelent...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
5	frecuencia_i...	Cadena	8	0	Frecuencia de i...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
6	grado_segur...	Cadena	8	0	Grado de segur...	{1, Excelent...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
7	organizació...	Cadena	8	0	Organización d...	{1, Excelent...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
8	número_inci...	Numérico	8	0	Número de inci...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
9	años_trab_h...	Numérico	8	0	Años de trabajo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	años_trab_u...	Numérico	8	0	Años de trabajo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	horas_sema...	Numérico	8	0	Horas de trabaj...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	años_trab_e...	Numérico	8	0	Años de trabajo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:13 29/09/21

Tabulación.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 12 de 12 variables

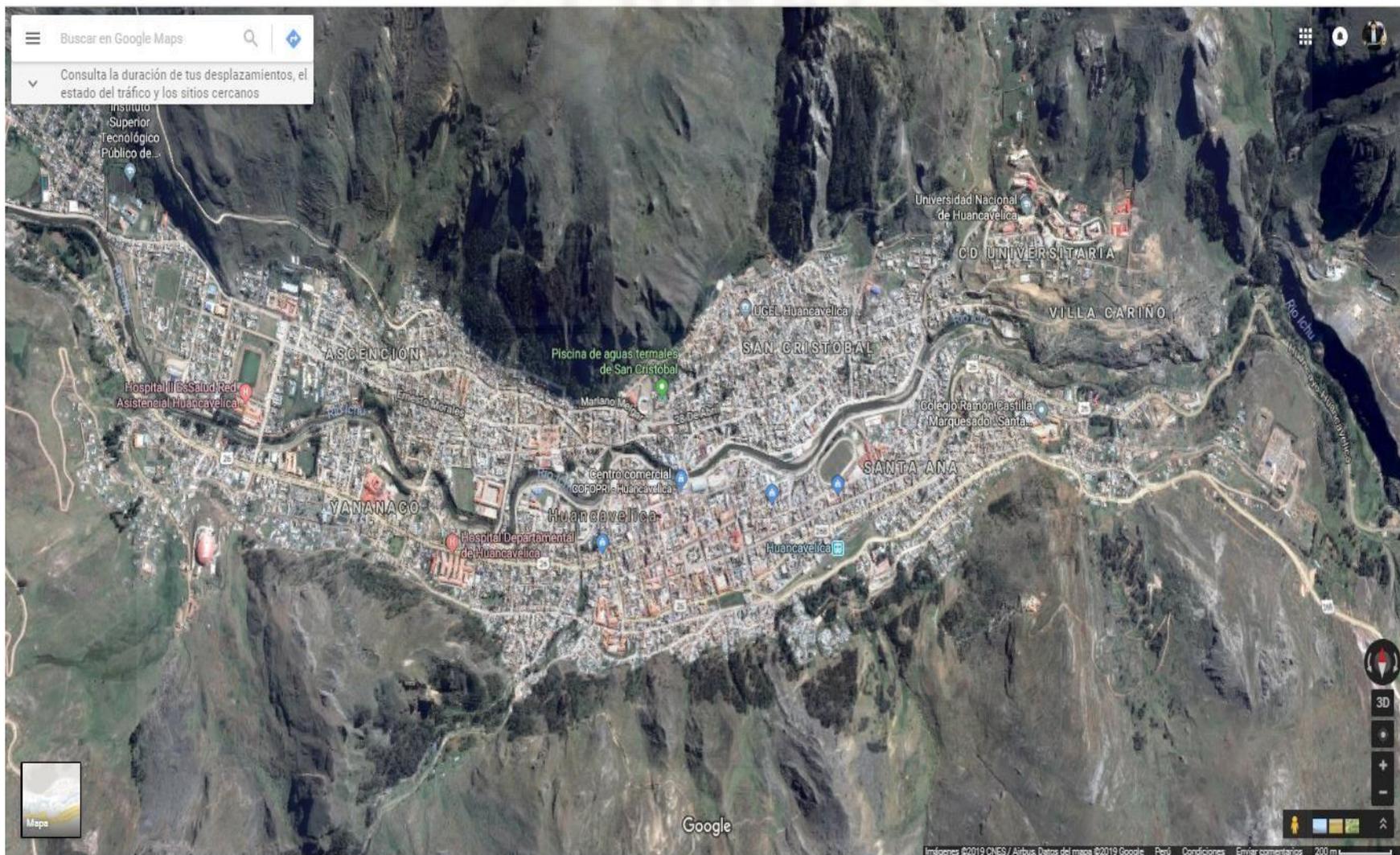
	Hospital	seguridad_unidad_servicio	superviso_a_director_seg_paci.	comunica_ción_seg_paciente	frecuenc_a_inciden_tes_report	grado_se_guridad_paciente	organizac_ión_hospital_seg.p.	número_i ncidentes	años_trab_ _hosp	años_trab_ _unidad	horas_se mana	años_trab_ _especiali dad	var	var	var	var
28	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	6	2	3	6				
29	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	Alguna vez	Muy bueno	Pobre	1	3	2	3	3				
30	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	1	1	3	2				
31	Hospital MI...	Muy bueno	Muy bueno	Aceptable	La mayoría...	Aceptable	Pobre	1	3	4	3	4				
32	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	3	1	2	4				
33	Hospital MI...	Aceptable	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Aceptable	Pobre	1	1	1	2	2				
34	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Aceptable	Siempre	Muy bueno	Muy bueno	1	3	2	3	4				
35	Hospital MI...	Aceptable	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	5	2	3	4				
36	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	4	2	3	5				
37	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	3	2	3	4				
38	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	Siempre	Muy bueno	Muy bueno	2	4	1	2	5				
39	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	6	2	3	6				
40	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	Alguna vez	Muy bueno	Pobre	1	3	2	3	3				
41	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	1	1	3	2				
42	Hospital MI...	Muy bueno	Muy bueno	Aceptable	La mayoría...	Aceptable	Pobre	1	3	4	3	4				
43	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	3	1	2	4				
44	Hospital MI...	Aceptable	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Aceptable	Pobre	1	1	1	2	2				
45	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Aceptable	Siempre	Muy bueno	Muy bueno	1	3	2	3	4				
46	Hospital MI...	Aceptable	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	5	2	3	4				
47	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Muy bueno	1	4	2	3	5				
48	Hospital MI...	Muy bueno	Aceptable	Muy bueno	La mayoría...	Muy bueno	Pobre	1	3	2	3	4				
49	Hospital MI...	Aceptable	Muy bueno	Muy bueno	Siempre	Muy bueno	Muy bueno	2	4	1	2	5				

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:14 29/09/21

Apéndice N° 4: Plano de ubicación de la institución





Formato de Consentimiento Informado
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**CARACTERIZACIÓN DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DESDE LA PERCEPCIÓN
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN HOSPITALES DE LA REGIÓN DE HUANCABELICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado(a) con DNI
N°....., declaro haber sido informado de la actividad en la cual participaré
como parte del estudio realizado por los profesionales de enfermería.

He comprendido que la recolección de datos será confidencial, para lo cual se aplicarán cuestionarios de
riesgos ocupacionales y capacidad de autocuidado, en el que participaré activamente y con la veracidad del
caso; toda información proporcionada será utilizada solo para fines académicos y que mi participación en este
trabajo no implica ningún tipo de riesgo para mi persona.

Como constancia de aceptación firmo a los ... días del mes de del 202...

Ap. y nombres.....

DNI N°.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LA DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Sección A: Su área/unidad de trabajo

En este cuestionario, piense en su **“unidad”** como el **área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.**

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Departamento de emergencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otro, por favor, especifique:

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipocrisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son					

efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Sección B: Su supervisor/director

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. El personal se siente libre de cuestionarlas					

decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E

Sección F: Su hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección F: Su hospital, continuado

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección G: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado? Marque UNA respuesta.

- a. Ningún reporte de incidentes d. De 6 a 10 reporte de incidentes
 b. De 1 a 2 reportes de incidentes e. De 11 a 20 reportes de incidentes
 c. De 3 a 5 reportes de incidentes f. 21 reportes de incidentes o más

Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

- ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?
 - a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 - b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 - c. De 6 a 10 años f. 21 años o más
- ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?
 - a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 - b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años

- c. De 6 a 10 años f. 21 años o más
3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?
- a. Menos de 20 horas a la semana d. De 60 a 79 horas a la semana
- b. De 20 a 39 horas a la semana e. De 80 a 99 horas a la semana
- c. De 40 a 59 horas a la semana f. 100 horas a la semana o más
4. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.
- a. Enfermera registrada
- b. Asistente Médico/Enfermera Profesional
- c. Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia(LVN/LPN)
- d. Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados
- e. Médico (con entrenamiento completado)
- f. Médico Residente/Médico en Entrenamiento
- g. Farmacéutico
- h. Dietético
- i. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
- j. Terapeuta Respiratorio
- k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
- m. Administración/Dirección
- n. Otro, por favor especifique:
5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?
- SÍ, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.
6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual especialidad o profesión?
- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
- b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
- c. De 6 a 10 años f. 21 años o más

Sección I: Sus comentarios

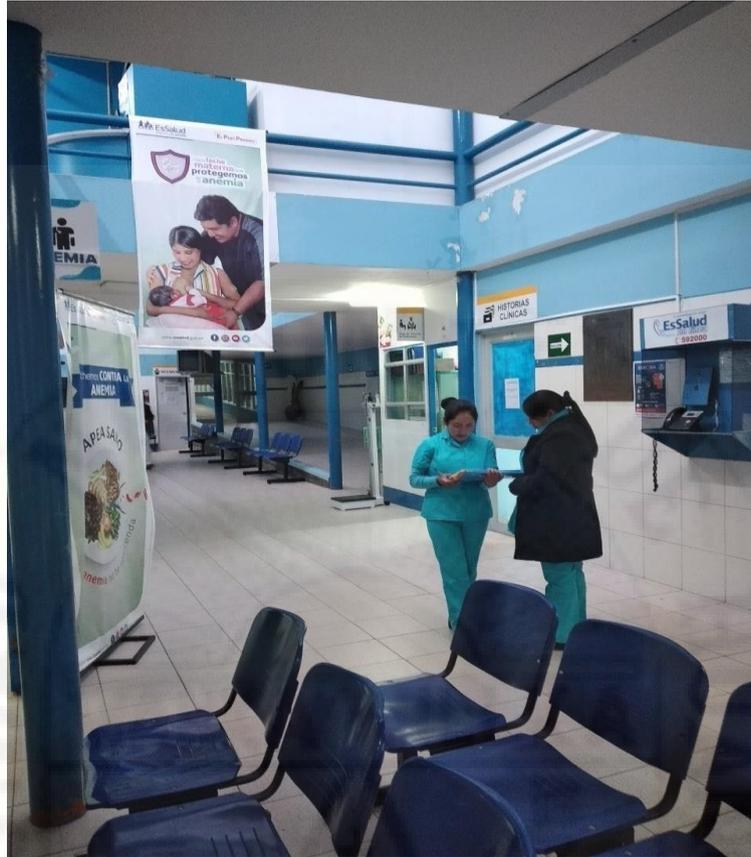
Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, errores o incidentes reportados en su hospital.

Gracias por completar este cuestionario.

Apéndice N° 7: Fotografías

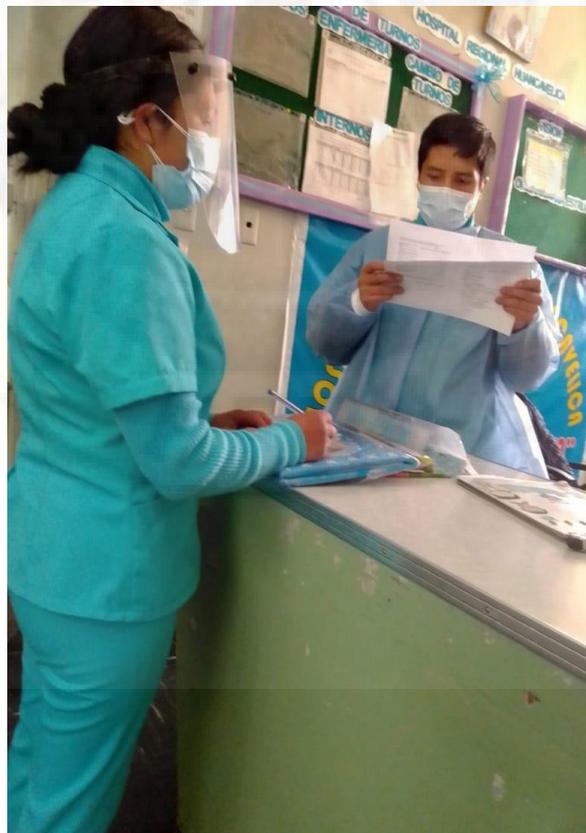














Caracterización de seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería

Characterization of safety in patient care from the perception of the nursing professional

Yuriel Karina Cardenas Condor¹

¹Bachiller en Enfermería – Universidad Nacional de Huancavelica

 <https://orcid.org/0000-0001-9803-8987>

Olga Vicentina Pacovilca Alejo

 <https://orcid.org/0000-0002-7219-9907>

Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica

Elsy Sara Carhuachuco rojas

 <https://orcid.org/0000-0002-6562-1305>

Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica

Marisol Susana Tapia Camargo

 <https://orcid.org/0000-0002-6797-3421>

Docente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica

Raúl Ureta Jurado

Docente en la Universidad Nacional de Huancavelica, Perú

 <https://orcid.org/0000-0002-0739-5178>

RESUMEN

Objetivo. Se pretendió determinar la diferencia sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería entre el Hospital Departamental y Hospital II EsSALUD Huancavelica.

Método. El estudio fue de tipo descriptivo, no experimental y con diseño transversal. Los participantes de la investigación incluyen a profesionales de enfermería (n = 55) considerando los criterios de elección. Los datos fueron recolectados mediante la encuesta con propiedades métricas adecuadas.

Resultados. Se encontró que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social en términos generales consideran muy buena la seguridad del paciente en el hospital; asimismo, el 50,0%; y 18,2%; perciben que son aceptables las actividades desplegadas en el marco de seguridad del paciente y 9,1% y 4,5%; de EsSALUD-Seguro Social percibe que es pobre y malo la seguridad del paciente.

Conclusión. Se concluyó que el personal de enfermería percibe de forma aceptable el despliegue de actividades en el marco de seguridad del paciente en las unidades productoras de servicios asistenciales de los hospitales antes referidos.

Palabras claves: Seguridad del paciente; cuidado enfermero; enfermería; atención hospitalaria.

ABSTRACT

Objective. The aim was to determine the difference between the Departmental Hospital and Hospital II EsSALUD Huancavelica in terms of the nursing professional's perception of safety in patient care.

Method. The study was descriptive, non-experimental and with a cross-sectional design. The research participants included nursing professionals (n = 55) considering the election criteria. Data were collected through the survey with appropriate metric properties.

Results. It was found that 81.8% of nursing professionals of the public Hospital-MINSA and 36.4%;

those of EsSALUD-Seguro Social in general terms consider that patient safety in the hospital is very good; likewise, 50.0%; and 18.2%; perceive that the activities deployed in the framework of patient safety are acceptable and 9.1% and 4.5%; of EsSALUD-Seguro Social perceive that patient safety is poor and bad.

Conclusion. It was concluded that the nursing staff perceives the deployment of activities in the framework of patient safety in the units producing care services in the hospitals referred to above as acceptable.

Keywords: Patient safety; nursing care; Nursing; hospital care.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal^[1].

Una de cada 10 personas hospitalizadas sufre algún tipo de efecto adverso durante su estancia en el hospital, según datos de la Organización Mundial de la Salud, que considera la seguridad del paciente como un problema de salud pública en todo el mundo. La OMS reconoce, en este sentido, que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son aspectos fundamentales de la cobertura sanitaria universal^[2].

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones^[3].

Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnología sanitaria que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos^[4].

Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente. Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas^[5].

La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales. La experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados.⁹

Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial. Desde hace décadas las alianzas bilaterales entre hospitales destinadas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención han servido para el intercambio técnico entre el personal sanitario. Tales alianzas ofrecen un canal de aprendizaje bidireccional sobre seguridad del paciente y la posibilidad de encontrar conjuntamente soluciones en unos sistemas de salud mundiales que cambian con rapidez^[6].

Estudios previos revelan sobre la percepción de los pacientes entre los profesionales de salud cuyas expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente, la dotación de personal, la apertura de la comunicación y la percepción general de la seguridad del paciente ($p < 0,05$)^[7,8].

Por otro lado, también se afirma al medir la cultura de seguridad es un medio importante para diseñar e implementar programas de mejora de la seguridad del paciente. El papel del supervisor debe mejorarse aún más proporcionando motivación, educación, consulta, seguimiento y evaluación relacionados con la implementación de programas de seguridad del paciente en los hospitales^[9].¹² Asimismo, los asesores clínicos desempeñan un papel importante a la hora de garantizar la seguridad del paciente al intervenir periódicamente "justo a tiempo" para evitar que se produzcan errores, omisiones o incidentes en el lugar de atención. El rol de entrenador clínico, que educa y apoya al personal para brindar una atención segura y de alta calidad, hace una valiosa contribución a la seguridad del paciente^[10-12].

En la Investigación de Han y Roh, se encontró que Se necesita un programa de capacitación dirigido a enfermeras de emergencia con factores vulnerables para mejorar su competencia en seguridad del paciente. Como se descubrió que el monitoreo de la situación y la seguridad psicológica son factores influyentes para la competencia en seguridad del paciente, se necesita una intervención de varios niveles para mejorar la capacidad de monitoreo de la situación y la seguridad psicológica de las enfermeras.¹⁶ Por su parte, Gibson et al.^[13] y Tlili et al.^[14] han demostrado que el PSC (cultura de seguridad del paciente) en UCI necesita mejora y proporcionó una línea de base de resultados para obtener una visión más clara de los aspectos de seguridad que requieren una atención especial.

La investigación comprende un análisis teórico y empírico sobre el cuidado del paciente. Según Chambi^[15], la seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.

La seguridad del paciente hospitalizado hace referencia a la Seguridad Clínica que es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias^[16].

En el ámbito profesional es del cuidado y la atención a pacientes hospitalizados, donde bajo circunstancias de confusión, estrés, enfermedad, desconocimiento del medio y sensación de amenaza, el paciente se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos. Su capacidad de autoprotección puede estar comprometida por la disminución en la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas.

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo. La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización, y especialmente durante el ingreso en la Unidad de cuidados Intensivos La comunicación (Nanda 00157) responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario/ familia, mejorar la comunicación (NOC) es el propósito que los profesionales de Enfermería perseguimos, apoyados en las estrategias necesarias, a través de la formación para la competencia profesional , y en el diseño y desarrollo de programas de comunicación, teniendo en cuenta las aportaciones de usuarios y familia, integrados en los cuidados de Enfermería al ingreso (NIC), a su vez los criterios, actividades y cronograma, vendrán especificados en el Plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación con el fin de favorecer el seguimiento de pautas comunes y la calidad en el proceso asistencial.

Dentro de los factores extrínsecos se considera a toda la infraestructura y equipos que forman parte del tratamiento y recuperación del paciente en una unidad hospitalaria que es la Unidad donde se mantiene en observación y bajo vigilancia médica y de enfermería al paciente con padecimientos médicos y/o quirúrgicos para su diagnóstico y tratamiento.

La atención de Enfermería es un servicio fundamental en procesos terapéuticos tanto

ambulatorios como de internación en cualquier institución de salud. El contacto del enfermero con las personas que son atendidas en instituciones de salud suele ser permanente y constante. En este sentido, Enfermería realiza procedimientos encaminados a cuidar la salud del usuario y propender por el restablecimiento de la misma cuando una persona se encuentra enferma y posteriormente en la rehabilitación, cuando la enfermedad ha dejado sus secuelas.

En este proceso de salud - enfermedad se suceden intervenciones que revelan la importancia de la Enfermería en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria. Por tanto, es vital evaluar las acciones de Enfermería encaminadas a la seguridad del paciente y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de gestión de riesgo sanitario dentro del proceso de atención asistencial.

Estos resultados contribuyen en conocer aspectos sobre seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en los hospitales de la región de Huancavelica. Las limitaciones en la investigación fueron conocer la caracterización de seguridad del paciente desde la percepción del mismo paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo y nivel descriptivo comparativo, cuyo diseño fue el no experimental y transversal^[17]. Desarrollado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS de segundo nivel de atención, durante los meses de enero 2020 a setiembre 2021. La población objetivo constituida por profesionales de enfermería fueron (N =122), Sin embargo, por los criterios de inclusión como los que se encontraba laborando en los turnos matutinos, vespertino, nocturno, como los que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado. Se enfatizo en 55 la misma que 22 enfermeros pertenecieron al hospital EsSALUD-seguro social y 33 enfermeros al hospital público-MINSA, a quienes se les aplico la encuesta sobre la seguridad del paciente en hospitales el cual conto con validez y confiabilidad. Para el análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

Un 54,5% y el 36,4% de profesionales de enfermería del Hospital EsSALUD-Seguro Social y del hospital público-MINSA consideran buena las actividades en la unidad/área de trabajo con respecto a seguridad del paciente. Un 45,5% y 63,6% perciben que es aceptable la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo hospitalario. Todo esto se evidencia en la Tabla N.º 1.

Tabla 1

Seguridad del paciente en su unidad/área laboral desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.

Seguridad del paciente en su unidad/área laboral	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA		fi	f%
	fi	f%	Fi	f%		
Muy bueno	12	54.5%	12	36.4%	24	43.6%
Aceptable	10	45.5%	21	63.6%	31	56.4%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado.

Los profesionales de enfermería del EsSALUD-Seguro Social y Hospital público-MINSA consideran que el 54,5% es muy buena la participación del supervisor/director en seguridad del paciente. El 45,5% perciben que es aceptable la participación del supervisor/director con respecto a seguridad del paciente, resultados que se aprecian en la Tabla N° 2.

Tabla 2

Participación de supervisor/director en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.

Participación de supervisor/director en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA			
	fi	f%	Fi	f%	fi	f%
Muy bueno	12	54.5%	18	54.5%	30	54.5%
Aceptable	10	45.5%	15	45.5%	25	45.5%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado.

El 59,1%; y 18,2%; de profesionales de enfermería del EsSALUD-Seguro Social y del Hospital público-MINSA perciben que la comunicación es aceptable con respecto a seguridad del paciente y que 81,8% y 31,8% consideran que es muy buena la comunicación referente a seguridad del paciente. El, resultados que se evidencian en la Tabla N° 3.

Tabla 3

Nivel de Capacidad de autocuidado en el profesional de enfermería que labora en las IPRESS de primer nivel de la Microred de Salud de Ascensión, Huancavelica.

Comunicación en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA			
	fi	f%	Fi	f%	fi	f%
Muy bueno	7	31.8%	27	81.8%	34	61.8%
Aceptable	13	59.1%	6	18.2%	19	34.5%
Pobre	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado.

Los profesionales de enfermería refieren que 59,1%; del EsSALUD-Seguro Social y el 72,7% del Hospital público-MINSA consideran que la mayoría del tiempo reportan los incidentes en la unidad/área laboral. Considerando que el 18,2%; y 13,6%; perciben que siempre se reporta los incidentes en el marco de seguridad del paciente, resultados que se evidencian en la Tabla N° 4.

Tabla 4

Frecuencia de incidentes reportados en el marco de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.

Frecuencia de incidentes reportados	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA			
	fi	f%	Fi	f%	fi	f%
Rara vez	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Alguna vez	4	18.2%	3	9.1%	7	12.7%
La mayoría del tiempo	13	59.1%	24	72.7%	37	67.3%
Siempre	3	13.6%	6	18.2%	9	16.4%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado.

Los profesionales de enfermería refieren que 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social y el 81,8% del Hospital público-MINSA en términos generales consideran muy buena la seguridad del paciente en el hospital. El 50,0%; y 18,2%; perciben que es aceptable las actividades desplegadas en el marco de seguridad del paciente y 9,1% y 4,5%; de EsSALUD-Seguro Social percibe que es pobre y malo la seguridad del paciente, resultados que se evidencian en la Tabla N° 5.

Tabla 5

Grado de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.

Grado de seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Muy bueno	8	36.4%	27	81.8%	35	63.6%
Aceptable	11	50.0%	6	18.2%	17	30.9%
Pobre	2	9.1%	0	0.0%	2	3.6%
Malo	1	4.5%	0	0.0%	1	1.8%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado.

Los profesionales de enfermería refieren que el 100,0% de profesionales de enfermería del Hospital EsSALUD-Seguro Social consideran aceptable la capacidad organizativa con respecto a seguridad del paciente. El 54,5%; y 44,5%; perciben que es pobre y muy buena la organización en seguridad del paciente, respectivamente, resultados que se evidencian en la Tabla N° 6.

Tabla 6

Organización del hospital en seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería según hospitales de la Región de Huancavelica.

Organización del hospital en seguridad del paciente	Hospitales				Total	
	EsSALUD-Seguro Social		Hospital Público-MINSA			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Muy bueno	0	0.0%	15	45.5%	15	27.3%
Aceptable	22	100.0%	0	0.0%	22	40.0%
Pobre	0	0.0%	18	54.5%	18	32.7%
Total	22	100.0%	33	100.0%	55	100.0%

Nota: Instrumento aplicado

DISCUSIÓN

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica^[20].

La seguridad del paciente se refiere a la ausencia de riesgos o daños evitables a un paciente durante todo el proceso de la atención sanitaria. Debido a las altas cifras de accidentes y daños que cada año sufren millones de personas, mejorar las políticas de seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad a nivel mundial para organizaciones como la OMS y a nivel nacional para muchos gobiernos alrededor del globo.

La preocupación por las altas cifras de pacientes con daños relacionados a la atención sanitaria incentiva la creación de un Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente en el cual se proponen trece tipos de incidentes o escenarios de riesgo tales como: la falta de recursos y gestión de la organización, las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria, la medicación y líquidos para la administración intravenosa, sangre y productos sanguíneos, nutrición, oxígeno y vapores, accidentes de los pacientes, procesos y procedimientos clínicos, mala documentación, administración clínica insuficiente, dispositivos y equipos médicos poco aptos, infraestructura e instalaciones defectuosas y comportamientos del profesional de salud o del paciente^[21].

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente^[1].

Los hallazgos del estudio consideran que el 81,8% de profesionales de enfermería del Hospital público-MINSA y 36,4%; los de EsSALUD-Seguro Social en términos generales consideran muy buena la seguridad del paciente en el hospital. El 50,0%; y 18,2%; perciben que es aceptable las actividades desplegadas en el marco de seguridad del paciente y 9,1% y 4,5%; de EsSALUD-Seguro Social.

Estos resultados son considerados con lo publicado por Faridah et al.,^[11] donde indican que el entorno laboral hospitalario y las características de las enfermeras están relacionadas con la seguridad del paciente. El estudio recomendó construir un modelo de cultura de seguridad del paciente que incluya todos los aspectos que influyen en la cultura de seguridad de los pacientes.^[22] Así mismo que la administración del hospital debe prestar más atención al tema para mejorar la cultura de seguridad del paciente, que no se encontró en buenos niveles.^[23] Por otro lado, se plantea que es necesario implementar un programa de capacitación dirigido a enfermeras con factores vulnerables para mejorar su competencia en seguridad del paciente. Como se descubrió que el monitoreo de la situación y la seguridad psicológica son factores influyentes para la competencia en seguridad del paciente, se necesita una intervención de varios niveles para mejorar la capacidad de monitoreo de la situación y la seguridad psicológica de las enfermeras^[24].

Por otro lado, los resultados considerados línea basal con el propósito de involucrar a los pacientes en la promoción de la seguridad es novedoso para la mayoría de los pacientes y sus cuidadores: por lo tanto, el encuadre del propósito y el uso apropiado de la herramienta es fundamental para involucrar a los usuarios potenciales y gestionar las expectativas; este mensaje se diseñó cuidadosamente con las aportaciones del paciente^[13].

Los resultados son reafirmados por Tlili et al.,^[14] quien considera que la dimensión menos desarrollada fue la respuesta no punitiva al error (18,6%). Siete dimensiones se desarrollaron significativamente más en las instituciones privadas que en las públicas. Los resultados también muestran que cuando se reduce la carga de trabajo, el PSC se incrementó significativamente. Conclusión: Este estudio ha demostrado que el PSC en UCI necesita mejora y proporcionó una línea de base de resultados para obtener una visión más clara de los aspectos de seguridad que requieren una atención especial.^[25] Y sostenida por Merino Plaza MJ et al.^[26] El grado de seguridad percibida fue similar en ambos estudios. Los aspectos mejor evaluados fueron: “Acciones de los supervisores” y “Trabajo en equipo en la unidad”; los peor evaluados fueron: “Dotación de personal”, “Apoyo de la dirección” y “Trabajo en equipo entre unidades”. Las variables socio-demográficas presentaron escasa significación, mientras que una percepción positiva de algunas dimensiones consideradas, sí que se asociaba a un alto grado de seguridad percibida. Los aspectos más fuertemente asociados fueron: “Acciones de los supervisores”, “Franqueza en la comunicación” y “Problemas en los cambios de turno”. En el estudio comparativo de los resultados, los indicadores basados en las dimensiones individuales detectaron mejor los cambios que el grado de seguridad percibida^[27].

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica^[20].

La seguridad del paciente se refiere a la ausencia de riesgos o daños evitables a un paciente durante todo el proceso de la atención sanitaria. Debido a las altas cifras de accidentes y daños que cada año sufren millones de personas, mejorar las políticas de seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad a nivel mundial para organizaciones como la OMS y a nivel nacional para muchos gobiernos alrededor del globo.

La preocupación por las altas cifras de pacientes con daños relacionados a la atención sanitaria incentivo la creación de un Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente en el cual se proponen trece tipos de incidentes o escenarios de riesgo tales como: la falta de recursos y gestión de la organización, las infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria, la medicación y líquidos para la administración intravenosa, sangre y productos sanguíneos, nutrición, oxígeno y vapores, accidentes de los pacientes, procesos y procedimientos clínicos, mala documentación, administración clínica insuficiente, dispositivos y equipos médicos poco aptos, infraestructura e instalaciones defectuosas y comportamientos del profesional de salud o del paciente^[21].

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente^[1].

Los resultados nos indican posiblemente la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil cultura de seguridad del paciente que se describe en este estudio ^[28].

Y el grado de implementación de los programas de SP es elevado en los hospitales catalanes, aunque la estructura organizativa presenta una gran diversidad. En más de la mitad de los centros el referente en SP es una enfermera, confirmando la implicación de las enfermeras en estos programas ^[29].

En conclusión la caracterización de seguridad en el cuidado del paciente desde la percepción del profesional de enfermería es bueno. Lo cual se debe tomar como modelo para cultivar el tipo de cuidado que se le brinda a los pacientes en diferentes hospitales.

AGRADECIMIENTOS

Al profesional de enfermería por permitirnos el acceso a una información valiosa en el marco de la mejora continua.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSALUD, Colombia. Seguridad del Paciente [Internet]. Acreditación en Salud. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
2. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int › ps_research_brochure_es
3. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008;52. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
4. Martínez Reyes CR, Agudelo Durango J, Areiza Correa SM, Giraldo Palacio DM. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Civilizar [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado 28 de septiembre de 2021];17(33):277-92.

Disponible en:
<http://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/v17n33a17>

5. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. WHO. 2018 [citado 9 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
6. OMS. Seguridad del paciente como problema de salud pública [Internet]. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-declara-la-seguridad-del-paciente-como-problema-de-salud-publica>
7. OMS. Concientiza sobre la seguridad del paciente en los hospitales [Internet]. 2014 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/OMS-concientiza-sobre-la-seguridad-del-paciente-en-los-hospitales+98779>
8. Vera Loyola E. Atención del parto centrada en el paciente. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. enero de 2019 [citado 28 de septiembre de 2021];65(1):51-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322019000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Paneque J, E R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. marzo de 2004 [citado 28 de septiembre de 2021];30(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Saleh Aboufour MA, Subbarayalu AV. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. Inform Med Unlocked. 17 de enero de 2022;100858.
11. Viana KE, Matsuda LM, Ferreira AMD, Reis GAX dos, Souza VS de, Marcon SS. Patient safety culture from the perspective of nursing professional. Texto Contexto - Enferm [Internet]. 9 de julio de 2021 [citado 19 de enero de 2022];30. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/YvjFbbtChffBGv9BHRhgMVm/?lang=en>
12. Guspianto, Ibnu IN, Solida A. Predictors of hospital patient safety culture outcomes in Jambi Province. Enferm Clínica. 1 de diciembre de 2021;31:S722-9.
13. Thompson L, Lin F, Faithfull-Byrne A, Gonzalez J, Naumann A, Geisler K, et al. Clinical coaches and patient safety – Just in time: A descriptive exploratory study. NurseEduc Pract [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];54:103134. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321001700>
14. Arli SK. Evaluation of the attitudes about patient safety in perioperative care. Perioper Care Oper Room Manag [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];22:100145. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405603020300601>

15. Faridah I, Setyowati S, Lestari F, Hariyati RrTS. The correlation between work environment and patient safety in a general hospital in Indonesia. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];31:S220-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113086212030588X>
16. Han JH, Roh YS. Teamwork, psychological safety, and patient safety competency among emergency nurses. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];51:100892. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X20300641>
17. Gibson B, Butler J, Schnock K, Bates D, Classen D. Design of a safety dashboard for patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];103(4):741-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119304781>
18. Tlili MA, Aouicha W, Ben Rejeb M, Sahli J, Ben Dhiab M, Chelbi S, et al. Assessing patient safety culture in 18 Tunisian adult intensive care units and determination of its associated factors: A multi-center study. *J Crit Care* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];56:208-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119316934>
19. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *J Taibah Univ Med Sci*. 1 de junio de 2018;13(3):272-80.
20. Xie J, Ding S, Zhong Z, Zeng S, Qin C, Yi Q, et al. A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Educ Pract*. 1 de noviembre de 2017;27:128-33.
21. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell ML de la. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas / Attitudes towards patient safety culture in a hospital setting and related variables. *Gac Sanit*. 1 de abril de 2017;31(2):145-145-9.
22. Merino Plaza MJ, Carrera Hueso FJ, Castillo Blasco M, Martínez Asensi A, Martínez Capella R, Fikri Benbrahim N. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento / Evolution of patientsafety culture in a medium-stay hospital: monitoring indicators. *An Sist Sanit Navar*. 1 de abril de 2017;40(1):43-43-56.
23. Portela Romero M, Bugarín Gonzales R, Rodríguez Calvo MS. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria Vol 49 Iss 6 Pp 343-350* 2017. 1 de junio de 2017;49(6):343-343-50.
24. Freixas Sala N, Monistrol Ruano O, Espuñes Vendrell J, Sallés Creus M, Gallardo González M, Ramón Cantón C, et al. Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña. *Enferm Clínica*. marzo de 2017;27(2):94-100.

25. Mira JJ, Guilabert M, Vitaller J, Ignacio E. Original: Formación en seguridad del paciente en las escuelas de medicina y enfermería en España. *Rev Calid Asist.* 1 de mayo de 2016;31(3):141-141-5.
26. Chambi Gutierrez IN. Seguridad en el cuidado de pacientes relacionados con el grado de satisfacción en el servicio de medicina del Hospital III EsSalud Juliaca, Enero – Abril del 2016. 2016;121.
27. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.
28. Bernal Torres CA, Urdaneta Silva GA, Duitama Ochoa CF. Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales. 4a ed. Colombia: Pearson Educación de Colombia S.A.S.; 2016.
29. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1ra. México: McGrawHill; 2018 [citado 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.ebooks7-24.com/?il=6443>
30. Niño Rojas VM. Metodología de la investigación diseño y ejecución. Bogotá (Colombia: Ediciones de la U; 2011.
31. Angel DB, Bertha LM Ana. Metodología de la investigación educativa: Aproximaciones para comprender sus estrategias. Ediciones Díaz de Santos; 2014. 326 p.
32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
33. Henriques Camelo SH, Pedreschi Chaves LD. El trabajo en equipo y la experiencia de las enfermeras en Unidades de Cuidado Intensivo. *Investig Educ En Enferm.* marzo de 2013;31(1):107-15.
34. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ de, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto - Enferm.* marzo de 2015;24:161-9.
35. Famolaro T, Liu H E. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. 2016 [citado 19 de enero de 2022]; Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2016-user-comparative-database-report>
36. Costa DB da, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de seguridad del paciente: Evaluación por profesionales de enfermería. *Texto Contexto - Enferm [Internet]*. 6 de agosto de 2018 [citado 19 de enero de 2022];27. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?lang=pt>
37. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 28 de

- noviembre de 2017 [citado 19 de enero de 2022];19. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>
38. Moreira FTL dos S, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 29 de abril de 2019 [citado 19 de enero de 2022];40. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/nWLSXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/?lang=pt>
 39. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. febrero de 2007;44(2):175-82.
 40. Suresh GK. Measuring Patient Safety in Neonatology. *Am J Perinatol*. enero de 2012;29(1):19-26.
 41. Kazanjian A, Green C, Wong J, Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. abril de 2005;10(2):111-7.
 42. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S de, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. octubre de 2016;50:756-62.
 43. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública*. febrero de 2013;29:283-93.
 44. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 28 de septiembre de 2021];28(5):785-95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
 45. Promedco M. ¿Por qué es importante la seguridad del paciente? | Promedco [Internet]. 2020 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.promedco.com/noticias/seguridad-del-paciente>
 46. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2021 [citado 28 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
 47. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 28 de noviembre de 2017 [citado 19 de enero de 2022];19. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/38760>

