



**Universidad  
Norbert Wiener**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Seguridad del paciente y percepción de la calidad del  
cuidado de enfermería en el servicio de emergencia en un  
hospital de Lima**

**Trabajo académico para optar el título de especialista  
en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**

**Presentado por:**

**Autor: Tasayco Quintana, Ruben**

**Código ORCID: <https://orcid.org/000-0002-3535-0735>**

**Asesor: Mg. Palomino Taquire, Rewards**

**Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>**

**Línea de Investigación General  
Salud, Enfermedad y Ambiente**

**Lima – Perú**

**2023**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Tasayco Quintana, Ruben, Egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Seguridad del paciente y percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia en un hospital de Lima", Asesorado por el Docente Mg. Palomino Taquire, Rewards, DNI N° 44694649, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>, tiene un índice de similitud de 20 (Veinte) %, con código oid:14912:241426831, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor(a)  
 Tasayco Quintana, Ruben  
 DNI N° 40472018



.....  
 Firma del Asesor  
 Mg. Palomino Taquire, Rewards  
 DNI N° 44694649

Lima, 16 de Abril de 2023

**DEDICATORIA**

*A mis padres, esposa e hijos.*

**AGRADECIMIENTO**

A mis colegas de la profesión.

**Asesor: Mg. Palomino Taquire, Rewards**

**Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>**

## **JURADO**

**Presidente** : Dra. Uturunco Vera, Milagros Lizbeth

**Secretario** : Mg. Fernandez Rengifo, Werther Fernando

**Vocal** : Mg. Cabrera Espezua, Jeannelly Paola

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de contenido</b>	<b>v</b>
<b>Resumen</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract</b>	<b>viii</b>
<b>1. El Problema</b>	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema General	
1.2.2 Problema Específicos	
1.3 Objetivos de la Investigación	
1.3.1 Objetivo General	
1.3.2 Objetivo Específicos	
1.4 Justificación de la Investigación	
1.4.1 Teórica	
1.4.2 Metodológica	
1.4.3 Práctica	
1.5 Delimitación de la Investigación	
1.5.1 Temporal	
1.5.2 Espacial	
1.5.3 Población o unidad de análisis	
<b>2. MARCO TEORICO</b>	
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes internacionales	
2.1.2 Antecedentes nacionales	
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1 Seguridad del paciente	
2.2.2 Calidad del cuidado	
2.3 Formulación de Hipótesis	
2.3.1 Hipótesis General	
2.3.2 Hipótesis Específicos	
<b>3. METODOLOGÍA</b>	
3.1 Método de la Investigación	

- 3.2 Enfoque de la Investigación
- 3.3 Tipo de la investigación
- 3.4 Diseño de la investigación
- 3.5 Población, muestra y muestreo
- 3.6 Variables y operacionalización
- 3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos
  - 3.7.1 Técnica
  - 3.7.2 Descripción de instrumentos
  - 3.7.3 Validación
  - 3.7.4 Confiabilidad
- 3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos
- 3.9 Aspectos éticos

#### **4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

- 4.1 Cronograma de actividades
- 4.2 Presupuesto

#### **5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Anexos

Anexo 1 Matriz de Consistencia

Anexo 2 Instrumento de Investigación

Anexo 3 Consentimiento Informado



## RESUMEN

**Introducción:** La seguridad de los usuarios viene a ser un indicativo de calidad en las instituciones de salud, indispensable en el servicio de emergencia. Las estrategias de mejora implementadas por las autoridades de salud varían de institución a institución, pero todas buscan mejorar la calidad del cuidado que brinda el profesional enfermero columna vertebral de los cuidados que se brinda al paciente y su familia en los servicios de urgencia. **Objetivo:** Determinar la relación entre la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana. **Métodos:** estudio de enfoque cuantitativo, hipotético correlacional, no experimental. La muestra estará conformada por 108 licenciados enfermeros que trabajan en el área de emergencia de un Hospital de Lima. Para recoger los datos usaremos como técnica una encuesta y como instrumento el cuestionario modificado y adaptado por Alvarado que medirá la seguridad del paciente y el segundo elaborado por Laura y Astete; ambos instrumentos validados y con confiabilidad para medir las variables en estudio. Los datos recolectados serán procesados utilizando SPSS 26 y para contrastar las hipótesis se usará es coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

**Palabras clave:** Cuidado de enfermería, seguridad del paciente, calidad, emergencia.

## ABSTRACT

**Introduction:** The safety of users becomes an indicator of quality in health institutions, essential in the emergency service. The improvement strategies implemented by health authorities vary from institution to institution; however, all search to improve the quality of care provided by the nursing professional, the backbone of the care offered to the patient and this family in emergency services. **Objective:** To determine the relationship between patient safety and the perception of care quality in the emergency service of a public hospital in Lima - Metropolitana. **Methods:** a study with a quantitative approach, hypothetical correlational, non-experimental. The sample will be made up of 108 nursing graduates who work in the emergency area of a Hospital in Lima. Data collect it will use a survey as a technique and the questionnaire modified and adapted by Alvarado that will measure patient safety and the second prepared by Laura and Astete as an instrument; both instruments are validated and with reliability to measure the variables under study. The collected data will be processed using SPSS 26 and Spearman's Rho correlation coefficient will be used to test the hypotheses.

**Keywords:** Nursing care, patient safety, quality, emergency

# **1. PROBLEMA**

## **1.1 Planteamiento del problema**

La seguridad del paciente (SP) en el contexto global según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la no presencia de una lesión real o potencial asociado a la atención médica a su vez se describe como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y una recolección de datos basadas en evidencias científicamente probadas que permiten minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso a ellos se agrega que la SP implica la evaluación constante de los riesgos que permitirá diseñar barreras de seguridad necesaria para reducir los daños. La OMS indica que 04 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño, no necesariamente físico mecánico si no también psicológico como el olvido “abandono” por parte de la familia. Pero, la SP está inmersa en todo ámbito de atención directa e indirecta, por ejemplo: el adulto mayor que debe generar su atención debe de tener fácil accesibilidad al ingreso para evitar riesgos como las caídas, a los pacientes que se encuentran hospitalizados en el bloque quirúrgico se les realiza una lista de chequeo que analiza en tres tiempos la SP y su entorno (1).

La cultura de SP en las instituciones de salud está en relación a las de prácticas y ambientes seguros, por lo tanto, es decisiva y estratégica para avalar los estándares de calidad, frente a ello los directivos la vienen incluyendo en la planificación de las acciones de seguridad. En Portugal estudios de análisis de cada una de las dimensiones de la

seguridad consideran fortaleza a las respuestas positivas son mayores al 75,0%, mientras que sin son menores del 50% son debilidades neutras (2).

Los directivos de las entidades sanitarias se preocupan día a día por mejorar la calidad de la atención en los servicios que brinda a sus usuarios, por lo que han incorporado estrategias de mejora en las que involucran a todo el personal de las instituciones; en países europeos, se viene incorporando estrategias de mejora orientadas al intercambio de creencias, valores y actitudes relacionadas con la cultura de SP. Estudios realizados en cinco países de esos continentes en el año 2022, evalúan las dimensiones de la SP reportan para el trabajo en equipo respuestas positivas entre 0,0% y 91,4%; para el clima de seguridad del 0,0% al 94,3%; para satisfacción laboral de 0,0% a 84,0%; para reconocimiento del estrés 78.0%- 100% ; sobre la percepción de la gestión del 14,1 al 100% y sobre condiciones de trabajo del 21,8 al 79,8% (3).

En la India, como en todos los países del mundo, la SP es una preocupación de las autoridades sanitarias, por lo que, en el año 2022, realizan un estudio con el afán de mejorar las herramientas que permitan evaluar objetivamente la percepción de las prácticas de la SP durante la atención que brindan los trabajadores asistenciales, en el año 2022, evaluaron siete dimensiones obteniendo en el que resalta 47,6% en lo relacionado a la comunicación médico-paciente, entorno saludable y procedimientos, en relación a la prevención y control de infecciones intra hospitalarias 10,9% (4).

En Argentina, en la 2020 hacen referencia al principio “Primum Nom Noceres” es implícito a las actividades que realizan todos los profesionales asistenciales y

fundamentado en la no maleficencia, estudios de la materia identifican como fortalezas de la SP el trabajo en equipo en 63%; aprendizaje organizacional 54%, respuestas punitivas 66,67%; perciben deficiencias manifiestan que la seguridad por parte de la dirección 73%, deficiencias comunicacionales en 77% , 93,3% dotación de personal deficiente, 77% trabajo con sobre carga (5).

En Brasil, estudios realizados en el año 2020 refieren que el clima de seguridad de los usuarios internos se encuentra estrechamente ligada a la cultura de seguridad, pues esta viene a ser la percepción de los cuidados, de la atención y por ende de la calidad de organización de los trabajadores asistenciales que brindan esta asistencia. Los resultados del estudio revelan que los cuidados y atención en los servicios de emergencia/urgencias afecta la seguridad de los usuarios en casi todas sus dimensiones (6).

En el año 2007, en América Latina, se llevó a cabo el estudio sobre la aparición de efectos adversos en hospitales de la región que incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, el Proyecto fue desarrollado entre la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) los resultados fueron: eventos adversos reportados 10,5%, de los cuales el 60% lo analizaron y concluyeron que eran evitables, así como un 6% de las muertes. El impacto de gravedad de los eventos adversos se determinó que ocurrían con mayor frecuencia en las especialidades quirúrgicas y unidad de cuidados críticos, se estima que 1, 4 millones de personas están sufriendo en el mundo alguna infección contraída en el entorno sanitario, en algunos países uno de cada 10 ingresos en el hospital es debido a reacciones adversa medicamentosas, lo que es más delicado es que alrededor de la mitad de los incidentes reportados que producen daño o

lesión podrían haberse evitado con los altos estándares actuales de atención a la salud. Por todo ello la falta de seguridad de la atención no sólo es responsabilidad del personal sanitario, sino también de las personas que dirigen la organización que son los responsables de la gestión sanitaria y finalmente los pacientes que son adecuadamente informados pueden ser parte de la mejora continua en su seguridad (7).

Cabe señalar que la Joint Commission International con sus siglas (JCI) es una acreditación de reconocimiento internacional que tiene como objetivo vigilar que la atención sanitaria que se le brinda al paciente cumpla con los objetivos de seguridad y estándares de calidad internacionales y el Perú no es ajeno a ello porque realiza gestión de la calidad para la SP desde el año 2011 constituyendo un reto para el sistema de salud optimizando los recursos en base al documento técnico, Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009/MINSA (8).

Desde el año 1996, la Joint Commission International organización experimentada en la acreditación de instituciones de salud, proporciona seguridad a los pacientes internacionales y garantizando la calidad de las instituciones hospitalarias y una seguridad de clase mundial. En el Perú se encuentran acreditados la Clínica Anglo Americana, la Clínica Internacional, Clínica Ricardo Palma, Complejo Hospitalario San Pablo y en la asociación público privada Complejos de Atención Primaria y Unidad Domiciliaria de los Complejos Hospitalarios Guillermo Kaelin y Alberto Barton (9).

La calidad de servicio de una institución de salud esta cimentada en la calidad de los servicios que se brindan, los mismos que deben ser superiores a las expectativas de los usuarios. En el Perú la salud es un problema para sus gobernantes, se piensa que esta es

un gasto excesivo, corrupción en todas sus esferas, etc. Todos esos factores afectan al ofrecimiento de un servicio de calidad y que se hace necesaria una reforma o cambio de modelo. Estudios realizados en Chiclayo Perú en el 2021 reportan en relación a la seguridad nivel malo con un 39.6% y 32.8% en la variable satisfacción del usuario, 37,3% regular, fiabilidad 40.2% nivel regular, elementos tangibles 37,0% malo, y respecto a la satisfacción del usuario 38% regular (10).

En la entidad de salud, donde desarrollaremos este estudio, existe documentos normativos orientados a la SP y con ello a la calidad del servicio; sin embargo, la no existe del seguimiento de la aplicación de esta normativa, aunque se ha identificado que el personal conoce de ellas, son el punto de quiebre de esta seguridad, existen factores internos y externos que interfieren en su aplicación y por ende repercuten en la calidad del cuidado vienen a ser la falta de cultura de seguridad del personal, y el trabajo rutinario, por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre la Seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima - Metropolitana?

### **1.2.2 Problema Específico**

PE.1 ¿Cuál es la relación entre el trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.2 ¿Cuál es la relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.3 ¿Cuál es la relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.4 ¿Cuál es la relación entre el apoyo de los administradores (gestión y Dirección) para la SP y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.5 ¿Cuál es la relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.6 ¿Cuál es la relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.7 ¿Cuál es la relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.8 ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.9 ¿Cuál es la relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.10 ¿Cuál es la relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.11 ¿Cuál es la relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?

PE.12 ¿Cuál es la relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?



## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana.

### **1.3.2 Objetivos específicos.**

OE.1 Identificar la relación del trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.2 Identificar la relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.3 Identificar la relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.4 Describir la relación del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.5 Identificar la relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.6 Evaluar la relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.7 Evaluar la relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.8 Identificar la relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.9 Evaluar la relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.10 Establecer la relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.11 Establecer la relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

OE.12 Evaluar la relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

## **1.4 Justificación de la Investigación**

### **1.4.1 Justificación Teórica:**

Los resultados de la presente investigación permitirán rediscutir, cuestionar, reflexionar, replantear los conceptos de SP y calidad de atención con el objetivo de cerrar las brechas del conocimiento, como lo sostiene la teoría de enfermería de Joyce Travelbee que detalla la relación persona a persona, sobre el proceso comunicativo en la relación enfermera – paciente y la relación terapéutica de enfermería.

Gracias a este importante aporte se desarrollarán planes de mejora continua, entre los profesionales dentro del servicio y entre servicios.

### **1.4.2 Justificación Metodológica:**

La presente investigación cuantitativa aporta resultados obtenidos de instrumentos validados y a la vez sirve como referencia para otras investigaciones que decidan aportar en la SP y en la calidad de atención. De igual forma tiene un enfoque que le permite al

investigador innovar, establecer y desarrollar diferentes temas que guarden relación con la SP

#### **1.4.3 Justificación Práctica:**

Los resultados de este estudio servirán como instrumento de información para los directores de los hospitales a la unidad de investigación y docencia, para el departamento de enfermería, para los jefes de servicio de enfermería con la finalidad de elaborar procesos de mejora continua.

### **1.5 Delimitaciones de la investigación**

#### **1.5.1 Temporal:**

El desarrollo se llevará a cabo durante los meses de marzo a junio del año 2022.

#### **1.5.2 Espacial:**

La ejecución será en un hospital público de Lima Metropolitana específicamente en el Servicio de Emergencia.

#### **1.5.3 Recursos:**

Se empleará recursos económicos propios del autor. El grupo humano está conformado por tesista, asesor, encuestados. Así mismo se contará con equipos informáticos como calculadora, computadora y el software SPSS para el procesamiento de datos.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Gil- Aucejo et al. (11), en España en el 2021, realizan esta investigación para valorar la percepción de SP en nuestra unidad al terminar la tercera ola de la pandemia de COVID-19, pesquisa observacional, transversal y descriptiva, se contó con la participación de 62 enfermeras, a quienes se les aplicó un cuestionario. Ellos identifican 27,57% de debilidades en las dimensiones Dotación de personal, 17,64% en el Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad, mientras que considero fortalezas dimensiones fueron 85,29%, expectativa de acciones de directivos, 95,58% trabajo en equipo. Concluyen que la percepción de SP en la UCI de nuestro hospital es adecuada.

Lima da Silva et al. (12), en Brasil en el 2020, investigaron con el objetivo de “Evaluar las dimensiones de la cultura de SP desde la perspectiva del equipo de enfermería en un hospital público de maternidad”. estudio transversal, realizado en 69 enfermeras, recogen los datos usando un cuestionario, se obtuvo un promedio de puntajes positivo entre el 33.0% a 69.6%, en las dimensiones aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, entre unidades y respuestas no punitivas al error, siendo las más inconsistentes las transferencias internas y la entrega de turno, así como la frecuencia de los eventos informados. Concluyen que la seguridad débil en todas las áreas.

Pacheco y Moreno (13), en Colombia en el 2020, plantean una investigación con el objetivo de Evaluar la percepción de la cultura de SP del personal de enfermería de las clínicas Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS, La Misericordia Clínica

Internacional, y E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira. Estudio de metodología descriptivo de corte transversal, la muestra la integran 117 unidades muestrales, de quienes quienes se obtuvo la información a través de un cuestionario, encuentra que el 45% siempre realiza los reportes, 35% refiere que sus jefes reciben siempre comentarios, 50% percibe buena seguridad al paciente. Concluyen que el tiempo de servicio del personal de enfermería, está relacionado con los eventos adversos y por ende con la cultura de SP.

Meléndez et al. (14), en Ecuador, en el 2020 realiza la investigación para Describir la cultura de SP en los estudiantes durante la formación técnica en enfermería. Estudio transversal, descriptivo, realizado con la participación de 113 alumnas de enfermería a quienes se les administro un cuestionario y una guía de observación. Encuentran respecto al conocimiento en SP el 80,53 % tenía una percepción positiva sobre el error, el 57,52 % no definió la importancia de informar los errores, el 71,68 % refieren que los errores se dan por el factor humano y el 66,37 % consideró importante el involucramiento de los usuarios externos, 85,84 % no identifica al paciente, y 100 % no perciben una respuesta punitiva ante errores en la evaluación de su práctica simulada, en conclusión consideran que la cultura de seguridad es un conocimiento teórico que debe fortalecerse desde el pre grado.

Flores-González et al. (15), en México en el año 2019, realizan un estudio con el objetivo de determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de SP en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tabasco, México. Métodos: estudio descriptivo transversal con personal sanitario y no sanitario de una unidad de medicina familiar. Para evaluar la cultura de SP, se utilizó el cuestionario “Medical Office Survey on Patient Safety Culture”

(MOSPSC), para su uso por los equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud de España. Para el análisis, se estimaron puntuaciones positivas y negativas por cada dimensión con el uso de estadística descriptiva. Resultados: las dimensiones con mayor puntuación fueron Trabajo en equipo (65%) y Seguimiento del cuidado del paciente (63%), no así Presión y ritmo de trabajo (29%), Comunicación y receptividad (30%) y Apoyo de la dirección para la SP (30%). Conclusiones: el estudio permitió identificar áreas de fortalecimiento para la cultura de seguridad del usuario interno y externo.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Ordinola(16), en Lima en el 2021, realizan la investigación titulada “Gestión de calidad del cuidado y cultura de SP en personal de enfermería de un Instituto Nacional Lima – 2021” estudio de tipo básico, cuantitativa, no experimental, descriptiva, correlacional, la muestra la conformo 50 profesionales de enfermería, los datos se recogieron con un cuestionario. Encuentran calidad del cuidado 54% de nivel regular, y cultura de seguridad de 96% nivel de cultura medio. Concluyendo que existe una relación significativa entre las variables del estudio

Laura y Astete (17), en el Callo durante el 2021, investigan la “Gestión de SP y la calidad del cuidado en profesionales de enfermería en área unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-2019”. Estudio cuantitativo, descriptivo observacional, corte transversal, no experimental de corte transversal. Fue realizado en 52 licenciados, a quienes se les aplicó una encuesta además de una lista de chequeo. Como resultados obtuvieron en relación a la gestión de seguridad 42.3% de nivel

mediano y respecto a la, calidad de cuidado 40.4% bajo, concluyendo que se da una relación entre la gestión de seguridad y la calidad de atención de enfermería.

Abanto (18), en Trujillo en el 2021, investigan para determinar si existe relación entre la calidad del cuidado de enfermería y la cultura de SP en la UPSS de Emergencia y Hospitalización del Hospital II-E de Cajamarca 2021. Estudio aplicado descriptivo correlacional, la muestra fue integrada por 35 profesionales enfermeros los datos los obtuvieron usando una guía de observación y cuestionario obtuvieron que, la calidad del cuidado es 51.4% bueno, respecto a la cultura de SP. 71,4% de sucesos notificados atención primaria 45.7%, dirección 62,9% y comunicación 65.7%. Se concluye que, ambas variables están relacionadas.

Quispe (19) en Lima en el 2021, investigan con el objetivo de determinar la relación que existe entre la gestión de SP y la calidad del cuidado enfermero durante la pandemia por COVID-19 en el INEN, 2020. Investigación no experimental transversal, básica descriptiva correlacional, realizada en 50 usuarios como instrumento usaron un cuestionario, encuentran 58 % de nivel de gestión de SP, con 88% de nivel de calidad del cuidado. Concluyen en una correlación positiva entre la gestión de seguridad y la calidad del cuidado.

Cieza (20) en Lima en el 2020, realiza el estudio “Cultura de SP en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un Hospital Público, 2019”, estudio deductivo, cuantitativo, básico de nivel descriptivo, no experimental, corte transversal, en el participan 167 enfermeras de quienes se obtuvo la información a través de un cuestionario, encontrando en relación a la cultura de seguridad 57.9% de respuestas positivas para las fortalezas, trabajo en equipo dentro del área de servicio” 85% y

“aprendizaje organizacional para la mejora continua” 82%; se observa debilidades “Dotación de personal” con 50%, Falta protocolos de seguridad y Capacitaciones” 30.4% . concluyen en continúa siendo débil la cultura de SP.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Seguridad del paciente:**

Según la Organización Mundial de la Salud, la SP, viene a ser una normativa producto del ritmo de las enfermedades que se vienen modificando a través del tiempo, lo que trae como consecuencia la complejidad de la atención en los establecimientos de salud cualquiera sea su tipo. La seguridad en la atención pretende identificar y reducir los riesgos, errores o daños que pudieran presentarse en la atención de los usuarios, durante su estancia, en ese sentido se constituye en la piedra angular de la mejora continua, que debe darse a partir de la identificación de los errores y/o eventos adversos de la atención; por lo que se le considera fundamental en los servicios eficientes y eficaces, efectivos y centrados en los individuos (1).

Otros autores consideran la SP, es la tentativa sensata de prevenir lesiones a los usuarios producto de los, viene a ser pieza clave de la Calidad que prestan los asistenciales durante la atención y cuidados que realizan durante la hospitalización del usuario, en la actualidad, las autoridades vienen prestando mayor atención a esta temática por lo que están incorporando como parte de su gestión estratégica herramientas para fortalecer la acciones de seguridad en la atención de los pacientes(21).



Por otro lado, la medicina actual considera la SP un tema de importancia, en la actualidad día a día se incrementan las denuncias de errores u omisiones médicos, incidentes como caídas de usuarios hospitalizados, identificación o resultados de estudios complementarios erróneos. Se requiere que el profesional de enfermería mejore el rol que cumple en los servicios de salud que consideren liderazgo adecuado, reforzar el trabajo en equipo dentro de los servicios y fuera de estos comunique de manera escrita los incidentes identificados durante los cuidados que presta por las implicancias que estas generan(22).

#### 2.2.1.1 Comunicación

La comunicación viene a ser un instrumento, esencial para transferir información, utilizada tanto en la formación de conocimientos como para ser artífice de los cambios de conducta de los seres humanos, la familia y la comunidad; por tanto, es elemental en la profesión de enfermería que influye en la calidad de los cuidados que este brinda. Es necesario considerar que la comunicación con los usuarios puede considerarse como una de las destrezas básica que debe contar estos profesionales para fortalecer las acciones de SP, durante la asistencia de su salud, que va a disminuir el riesgo de complicaciones(23).

De acuerdo con lo explicado, la vida de las personas, esta manifestada a través de las relaciones interpersonales y se efectivizan dentro de las organizaciones, en este contexto el hombre como ente que forma parte de la sociedad, recibe la influencia directa de los miembros de la sociedad de la que forma parte. En relación a la comunicación que utiliza el profesional enfermero con el usuario y su familia favorece los procesos de resolución de problemas, toma de decisiones, planificación y establecimiento de objetivos asimismo fomentar una responsabilidad compartida en la atención al paciente, una comunicación sólida es una característica principal de una cultura positiva dentro de las

instituciones la relación terapéutica, así como va a influir directamente en la satisfacción de sus necesidades básicas(24).

#### 2.2.1.2 Gestión y Dirección

Se resume en la formación organizacional hacia el avance continuo en la seguridad, la cual se origina en el seno de la organización mediante las personas que lo componen y grupos a la cual pertenecen, la gestión está orientada al desarrollo y generación de competencias los cuales va a permitir a la organización estar en un proceso de mejora continua y aumentar su rendimiento. Permite la elaboración de un modelo práctico e importante planificado de manera estratégica amplia de manera extensa que persigue la consolidación de acciones de seguridad de los usuarios hospitalizados, estudiosos de la materia indican que, a mayor compromiso, mejor desempeño de los trabajadores y menor caso de adversos(25).

#### 2.2.1.3 Trabajo en equipo

El objetivo de toda institución sanitaria es la promoción de la salud y el auto cuidado, la prevención de la enfermedad, el mejoramiento de los estilos y calidad de vida, a través del cumplimiento de expectativas de los pacientes y sus familias, satisfacer sus necesidades básicas, para alcanzar las metas trazadas en relación a la recuperación de la salud del enfermo en el menor plazo, de ahí la importancia del trabajo en equipo con todo el equipo multidisciplinario responsable de los cuidados(26).

En este marco de ideas, el trabajar en equipo es un componente transcendental en la calidad de la atención y cuidados que sin duda aportan al mejoramiento de la seguridad de

de los usuarios, hecho dificultoso por las opiniones vertidas desde el punto de vista de cada especialista, que permiten la mejora de los procesos de internamiento, y de mejora de las intervenciones del equipo multidisciplinario(27).

#### 2.2.1.4 Frecuencia de Notificación de eventos

Los riesgos de seguridad durante la atención y cuidados de las personas en las instituciones de salud pueden prevenirse, aunque debe tenerse presente que estos son inevitables, sin embargo, es necesario tener presente que la notificación oportuna de los incidentes, favorecen las intervenciones oportunas, que deben incluir el fortalecimiento del aprendizaje a partir de estos hechos, de ahí la importancia del sistema de notificación, pues sirven para identificar las amenazas que están afectando a la institución, sirven además para el monitoreo de los avances en la gestión además de la prevención de errores; es necesario también tener en cuenta que este sistema proporciona facilidades para recoger los datos para el análisis comunicación y toma de decisiones de manera responsable (28).

#### 2.2.1.5 Expectativas del supervisor y acciones que promueven la seguridad

Por otra parte, los profesionales enfermeros, en su día a día tienen el reto de satisfacer las necesidades de los usuarios hospitalizados, mejora que debe mejorarse, para lo cual requieren de la evaluación continua de sus intervenciones, teniendo como eje fundamental la comunicación terapéutica, así como la facultad de resolución de los problemas del profesional; sin embargo se requiere de contar con infraestructura, orientación clara de la gestión en el abordaje de las necesidades de los clientes internos y externos, de tal manera que se ofrezca ambientes agradables, materiales y equipos de

última generación además de profesionales capacitados y actualizados en última tecnología, de tal manera que se garantice la calidad de los cuidados(29).

#### 2.2.1.6 Aprendizaje organizacional – mejora continua

Sobre las bases de las ideas expuestas, el aprendizaje organizacional que pretende la mejora continua, viene a ser la implementación de todas las diligencias de perfeccionamiento que adopta e implementa la gestión de abordaje de la problemática expuesta durante la atención y cuidados que se ofrece a los usuarios, para prevenir su reincidencia; estas acciones buscan por una parte evaluar la eficiencia eficacia y efectividad de los procesos implementados, es decir procesos orientados a la mejora continua de la seguridad, y por otra fomentar el trabajo en pares que permita la transferencia de conocimientos de acuerdo a cada especialidad. Investigaciones realizadas en otros países resaltan que tanto el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo, se constituyen en fortalezas de la gestión que deben aprovecharse para una seguridad efectiva(30).

#### 2.2.1.7 Trabajo en equipo dentro de las unidades hospitalarias

En las instituciones hospitalarias, consideran la necesidad de realizar un trabajo concordante e ininterrumpido entre los diferentes Servicios/ Departamentos que participan de diferentes maneras en los procedimientos de atención y cuidados programados para alcanzar los objetivos de recuperación de la salud del paciente, mejorando así su calidad de vida, compromiso que debe efectuarse con responsabilidad, demostrando compañerismo, fundamentos de todo trabajo en equipo, estrategia de mejora sencilla de

aceptación y fácil aplicación entre los diferentes trabajadores asistenciales, que sirve además para la evaluación de la calidad de atención de los servicios prestados(31).

Sin duda, el trabajar en equipo implica engloba la suma de fuerza, actitudinales, aptitudinales y conceptuales los profesionales y asistenciales en general responsables de la atención de los usuarios, el trabajo en equipo además facilita el establecimiento de responsabilidades, de esta manera se potencian las acciones para favorecer con eficiencia y efectividad los resultados de las organizaciones; por ello se requiere desarrollar un trabajo empático, armonioso, colaborativo para la toma de decisiones; sin embargo, existen desventajas como el descuido, la omisión o desorden de ejecución de las labores asignadas, o el enfrentamiento por diferencias de personalidad entre los líderes(32).

#### 2.2.1.8 Apertura de la comunicación

La apertura de la comunicación viene a ser las facilidades con la que los individuos se expresan, puede ser verbal y no verbal, transparente con libertad, atención, dignidad y soporte, además del recepcionar escuchar y enviar los mensajes. El cuidado y tratamiento del paciente requiere de la atención del equipo multidisciplinario, en donde la comunicación entre sus colaboradores y los usuarios debe ser ininterrumpidamente para el logro de objetivos institucionales (33).

En este contexto, en la comunicación efectiva destaca el comportamiento de sus participantes ya sea para enviar o recepcionar los mensajes, el más destacado es aquel que está que permite una atención segura y la disminución de los riesgos en la atención, cuando todo los responsables de la atención y cuidado de los pacientes tienen las mismas responsabilidades así como la capacidad y preparación profesional que lo faculte para

opinar libremente, el fortalecimiento de la comunicación permite informar de manera libre y oportuna los errores u omisiones cometidos por personal asistencial encargado de estos cuidados, permite disminuir los riesgos y el trabajo en equipo (34).

#### 2.2.1.9 Retroalimentación y comunicación acerca del error.

Por su lado Benn et al(35), refieren que la retroalimentación efectiva de los sistemas de notificación de incidentes médicos es esencial si las organizaciones quieren aprender de los EV, prácticas inseguras. Aunque el informe de incidentes está ampliamente desarrollado e implementado, investigaciones en Reino Unido sugieren que la información sobre las vulnerabilidades del sistema se puede utilizar para mejorar la seguridad de la organización.

De la misma manera, Altmiller (36), señala que la retroalimentación constructiva es esencial para el crecimiento personal y profesional. Es una parte integral de la mejora continua de la calidad y es esencial para mantener la SP en el entorno hospitalario. La percepción de la retroalimentación puede interferir con los profesionales que dan y reciben retroalimentación, lo que puede tener consecuencias negativas en los resultados del paciente. Entregar y recibir retroalimentación de manera efectiva son habilidades aprendidas que deben estar presentes en las organizaciones de salud. Los líderes de enfermería tienen la oportunidad de influir en la percepción de la retroalimentación para que se vea como una oportunidad para los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con los pacientes de aprender a apreciar su valor para mantener la SP y la atención de alta calidad en la práctica clínica.

Según, Hernan et al.(37), la retroalimentación de los pacientes sobre los procesos, los sistemas y las estructuras que conducen a incidentes de seguridad son piezas importantes del "rompecabezas". Los pacientes demostraron comprensión y conocimiento de condiciones que afectan la SP: acceso a atención médica, sistema de comunicación, información y planificación de cuidados.

#### 2.2.1.10 Respuesta no punitiva al error

Con relación a las respuestas no punitiva, las definiciones señalan que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad ética de admitir errores, incluidos los propios, para mejorar los sistemas y prevenir nuevos errores. Un entorno de trabajo no punitivo es aquel que reconoce que muchos errores individuales son predecibles y evitables cuando las personas, incluidas las de mucha experiencia, interactúan entre sus pares(38).

De la misma manera, Gutiérrez, et, al.(39), señalan que los profesionales de enfermería en ambientes de trabajo con una cultura de culpa son responsables de todos los errores que involucran al equipo de trabajo que lideran o de los usuarios bajo su cuidado, independientemente de la fuente del error. Aunque usted dice que "los errores ocurren de vez en cuando", la respuesta y el proceso formal cuando ocurren las fallas dejan claro que las fallas nunca deben ocurrir. En un ambiente de trabajo con una cultura de culpa, cuando un empleado comete un error, la respuesta es "recapacitar" en el profesional de la salud. Este enfoque conduce a un ambiente de trabajo donde los profesionales de enfermería tienen miedo de admitir errores. Esta cultura conduce a una baja moral de los empleados,

altos costos de empleados por acción disciplinaria y control de la rotación de empleados, sofocando la creatividad y mejorando la calidad.

#### 2.2.1.11 Dotación de personal

Respecto a la dotación de personal, la asociación estadounidense de enfermeras desde el año 1999 impulsó la iniciativa de seguridad y calidad de enfermería, desarrollando indicadores de calidad hospitalaria y métodos para implementarlos. La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (JCAHO) ha agregado un nuevo estándar para la acreditación, requiere que las organizaciones utilicen "datos sobre indicadores de evaluación clínica/servicio en combinación con indicadores de evaluación de recursos humanos para evaluar la eficacia del personal". En su informe titulado *"In Our Hands: How Hospital Leaders Can Build a Thriving Workforce"* (En nuestras manos: cómo los líderes de hospitales pueden crear una fuerza laboral próspera), la asociación estadounidense de hospitales pide cambios para lograr un mejor equilibrio entre las cargas de trabajo, la dotación de personal y para asegurar que el personal pase más tiempo con los pacientes (40).

En contraste, a lo sostenido, Magalhães et al(41), sostienen que la dotación de personal es importante para la práctica segura de enfermería, pero los administradores de enfermería tienen dificultades para hacer coincidir el número de profesionales con las necesidades de los hospitales, principalmente debido a las asignaciones presupuestarias. A pesar de la creciente evidencia de la relación entre la carga de trabajo de las enfermeras y la SP, todavía existen lagunas de conocimiento sobre este vínculo y sus implicaciones. En este sentido, estudios recientes han demostrado que la alta carga de trabajo de las



enfermeras perjudica el cuidado de los usuarios. La planificación, la dotación de personal y la organización de los procesos de trabajo implica estimar el número de especialistas necesarios para atender a un paciente o un grupo específico en una sala general. Las herramientas de medición de la dependencia del cuidado o la complejidad del cuidado calcularán el tiempo de atención necesario por paciente y determinarán el número de pacientes asignados a cada turno de enfermería, brindando la orientación necesaria para apoyar la calidad y seguridad.

#### 2.2.1.12 Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente

En las instituciones de salud, los enfermeros actúan como facilitadores en la identificación del riesgo de EA, son un elemento clave en este proceso, dado el rol de enfermería. Cuando las enfermeras asumen el papel de liderazgo en el equipo, hay evidencia de mejora en la atención, por lo que necesitan informarse, comparar y medir la evidencia y los resultados. Además, las enfermeras son técnicamente responsables del personal de enfermería y responderán a todas las quejas relacionadas con la ocurrencia de prácticas inseguras (42).

Sobre la base de las ideas expuestas, se entiende que líderes de atención médica tienen la obligación legal y moral de brindar atención de calidad al paciente y esforzarse por mejorar la atención. Los gerentes se encuentran en una posición privilegiada para implementar las políticas, los sistemas, los procedimientos y el clima de la organización de salud. Por lo tanto, muchos creen que es evidente que la administración del cuidado juega un papel importante en la calidad de la atención y la SP(43).

#### 2.2.1.13 Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias

Vinculado al trabajo en equipo entre las unidades de las organizaciones hospitalarias esta fundamentado en la obtención metas u objetivos comunes y desempeñan funciones o tareas específicas. Los equipos pueden tener miembros permanentes, pero los equipos con miembros rotativos son más comunes en los hospitales. El trabajo interinstitucional, se desarrolla a través de la cooperación mutua, comunicación abierta y la toma de decisiones compartidas. Los miembros del equipo deben realizar tanto el trabajo en equipo para lograr sus objetivos comunes. Los equipos hospitalarios son monos profesionales, la mayoría de las formas de trabajo en equipo involucran a más de una profesión. Un equipo efectivo es aquel en el que los miembros del equipo se comunican entre sí y combinan sus observaciones, experiencias y habilidades de toma de decisiones para optimizar el desempeño del equipo (44).

Sin duda, los patrones cambiantes de la enfermedad y la creciente complejidad de la atención ahora requieren que los equipos de atención participen en comportamientos colectivos (comunicación, coordinación, colaboración) para reducir los errores evitables y mejorar los resultados de seguridad. De hecho, la evidencia empírica reciente sugiere que las percepciones positivas de los empleados sobre el trabajo en equipo están asociadas con mejores resultados de SP, menor probabilidad de malos resultados quirúrgicos, menores eventos adversos hospitalarios y menores tasas de reingreso hospitalario(45).

#### 2.2.1.14 Entregas y transiciones

Shojania, & Dixon (46), sostienen que aproximadamente la mitad de los errores de comunicación ocurren durante los traslados de pacientes, que son comunes en los sistemas

de atención médica actuales. Los estudios en hospitales universitarios han documentado mil traslados de pacientes por día. Los profesionales de la salud de todas las disciplinas participan regularmente en algún tipo de transferencia o traspaso de pacientes. Los procesos estructurados de transferencia de pacientes pueden mejorar la confiabilidad de la comunicación. Estudios anteriores han demostrado que capacitar a los profesionales de la salud en transferencias estructuradas de pacientes disminuye los eventos adversos. Además, las transiciones están llenas de inconsistencias y, en ocasiones, información incorrecta. Se ha demostrado que la estandarización de las transferencias, cuando se usa de manera responsable, reduce los errores de comunicación y mejora la SP.

El sistema I-PASS está diseñado como un marco verbal y escrito para comunicar sistemáticamente información clave del paciente al proveedor de atención médica que lo remite durante la transición de la atención(47). A pesar de estas herramientas de traspaso estructuradas que indican al médico las transiciones de la atención, para Skaret et al.(48), sostiene que estos pueden sufrir como resultado de un error humano si se transmite información defectuosa. Es posible que se produzcan errores de este tipo cuando los documentos de transferencia escritos complementan la comunicación verbal durante las transiciones de la atención porque los usuarios que participan en la transferencia de pacientes pueden pasarlos por alto fácilmente. Una posible solución es la automatización parcial durante la producción de estos documentos de transferencia, lo que puede disminuir la carga cognitiva de la atención a los detalles necesarios para ingresar manualmente la información correcta de manera confiable. Esta función puede permitir que los profesionales de la salud se concentren más en una planificación de contingencia elaborada y una comunicación precisa durante las transiciones de la atención.

#### 2.2.1.15 Percepciones generales de la seguridad del paciente.

Elsous et al. (49), señalan que las enfermeras consideraron la satisfacción laboral, el liderazgo y el trabajo en equipo como los factores más importantes que influyen en la SP. Por lo tanto, la gerencia del hospital debe hacer grandes esfuerzos para incrementar la satisfacción laboral de las enfermeras, lo que incluye brindar incentivos financieros y de aprendizaje tales como reconocimiento, promoción, reducción de la carga de trabajo y un entorno laboral favorable. Además, se observaron diferentes percepciones según el puesto de la enfermera, los años de experiencia, el horario de trabajo y la edad.

Por otra parte, Nygren et al. (50), atribuyeron los niveles actuales de SP a factores a su vez plantean que algunas soluciones podrían ayudar a mejorar la SP en el futuro. Además, las percepciones aún presentan lagunas que requieren más trabajo de investigación y desarrollo: cómo participación del paciente en su seguridad, datos de los sistemas de notificación de incidentes traducido en acción y aprendizaje y evaluación de la cultura de SP y su vinculación con estrategias y mejoras. También se requieren investigación para examinar las percepciones de los profesionales de la salud relacionada a los factores que contribuyen con mejorar la SP.

#### 2.2.1.16 Aprendizaje organizacional

Pertuz, & Pérez. (51), refieren que el aprendizaje organizacional corresponde a un elemento esencial de la organización, proceso que contribuye con la generación de ideas, la identificación de nuevas oportunidades de mercado y el desarrollo de innovaciones. Por lo tanto, es importante analizar las condiciones organizacionales que hacen posible el aprendizaje entre los miembros de la organización. No existe un consenso en la

literatura de las condiciones para el aprendizaje organizacional, sin embargo, pueden maximizarse si se brindan las condiciones organizacionales adecuadas. La revisión de la literatura destaca varias condiciones que promueven el aprendizaje organizacional, tales como: cultura de aprendizaje organizacional, capacitación, claridad estratégica y apoyo organizacional.

Por otra parte, Torrejón, et.al (52) afirman que la capacidad de aprendizaje organizacional (CAO) se enfoca en los factores que contribuyen con el aprendizaje organizacional (AO), que se refiere a las organizaciones que promueven el aprendizaje para afectar positivamente la satisfacción de los colaboradores. El OA brinda la oportunidad de crear, difundir y utilizar el conocimiento en una organización para hacerla más competitiva. Este proceso se lleva a cabo en diferentes niveles, con individuos, grupos y organizaciones tratando de facilitarla.

Alquwez et al. (53), indican que las nuevas condiciones económicas producto del proceso de globalización, ocasionan que las empresas innoven y para obtener una ventaja competitiva están creando nuevos procesos en los sectores público y privado, a este respecto economistas e investigadores han adoptado los términos "economía del conocimiento" y "gestión del conocimiento" por la necesidad de utilizar la información como principio que obliga a las empresas a garantizar la sostenibilidad de sus actividades innovadoras, de adquisición de nuevos conocimientos transformadores. A esta idea se le denomina "aprendizaje organizacional", de ahí el inicio de la utilización de nuevos conocimientos habilidades y tecnología para desarrollar nuevos productos tecnológicos de almacenamiento, que puedan contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Ideas y reflexiones del aprendizaje organizacional dan a conocer que es un proceso mediante el cual las entidades, cualquiera sea su razón social, adquieren e innovan sus conocimientos, a través del desarrollo cognitivo, procedimental y actitudinal de sus colaboradores, convirtiéndolo en conocimiento institucional, de tal manera que las organizaciones se adaptan a las condiciones cambiantes de su entorno. Al respecto el aprendizaje organizacional puede darse a través de los individuos a la propia organización en este caso el conocimiento clave que está en los colaboradores se identifica, se hace explícito, se documenta e institucionaliza y cuando se da de la organización a los individuos se facilita el conocimiento organizacional existente y puede ser interiorizado por todo el personal de la institución (54).

### **2.2.2 Calidad del Cuidado**

La calidad es definida como el logro del mayor beneficio posible de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, a su vez señalan que se puede interpretar en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes, la atención hace referencia a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que generen un alto beneficio para la salud del paciente. Esta definición incluye a la promoción, prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de atención es el grado en que los servicios de salud prestan servicios a las personas y a los grupos de población (55).

Respecto a esta temática la OMS(56), define la calidad de la atención como el grado en que las actividades de salud otorgadas a los individuos, la familia y comunidad, acciones que incrementan la posibilidad alcanzar resultados de salud esperados, esta se

sustenta en el conocimiento Se basa en conocimientos las evidencias, la investigación. Ahora bien, se requiere el compromiso de todas las naciones para alcanzar la salud de sus habitantes, y en este contexto se requiere tener presente de manera imperiosa la calidad de de atención y cuidados en sus instituciones de salud, aunque la definición de calidad es definida utilizando diferentes definiciones, sin embargo, deben tenerse en cuenta que esta debe ser eficaz, segura y debe estar centrada en los pacientes.

Entre las dimensiones de la calidad del cuidado en relación a la profesión de la enfermería esta debe ser: humana, segura y oportuna básicamente.

#### 2.2.2.1 Calidad del cuidado humano

En el mundo, en la actualidad existen diferentes instituciones, o grupos benefactores que se pugna para lograr cuidado humanizado, pero persiste contextos, ambientes o entornos protagonistas de situaciones dolorosas, por ello se requiere continuar en la construcción de una sociedad que se comprometa con la evolución de ciudadanos hacia una sociedad sean más afectivos, hasta podríamos decir piadosos, de tal manera que sus habitantes gocen de calidad de vida física, social y espiritual; en este contexto por ser el cuidado la razón de ser de la profesión enfermera, este debe brindarse de manera humanizada y considerando los aspectos bio psico social emocional del ser humano, es decir holístico (57).

Esta práctica de Enfermería humanizada implica la trascendencia filosófica en relación con el contexto histórico social corrientes que se desarrollan de acuerdo con el crecimiento de la ciencia, tecnología y al crecimiento científico de la profesión por ello se asevera que va más allá de la simple relación interpersonal. Exige la figura de un cuidador

profesional con formación científica y el individuo a quien se cuida o recibe estos, ahora bien cuidar significa ver, escuchar tocar y sentir, además de empatía elemental en este proceso, que brinda el profesional de enfermería, pues le permite comprender y fortalecer sus cuidados; para lo cual, necesita reconocer su propia existencia (58).

El cuidado humano del profesional enfermero está en relación a la calidad subjetiva del servicio de enfermería, en todas las variables un mayor porcentaje de pacientes indicaron que la calidad de la atención fue mejor de lo que se esperaban, este dato es congruente con lo encontrado por otros autores. Lo que significa que en la actualidad tanto los integrantes de los sistemas administrativos institucionales como los gestores del cuidado conocen la importancia de disponer de áreas centradas en las necesidades de los usuarios, sobre todo en el otorgamiento del cuidado más humano Ruiz (59).

Es decir, el cuidado humano tiene que ver con la actitud, la táctica o el estilo con el que los profesionales atiende al paciente, donde las estrategias comunicacionales, que va a facilitar el abordaje de la necesidad de estos, lo que implica comprensión, familiarizarse con sus datos personales, sus gustos, necesidades inclusive las espirituales, o necesidades comunes, como la subsistencia, conservación de la salud además de respeto, afecto, principios y valores(60).

#### 2.2.2.2 Calidad del cuidado oportuno

El gestionar el cuidado enfermero, implica ejercer la profesión con fundamento científico, con juicio crítico, profesionalmente, se requiere para ello liderazgo que le permita planificar, organizar, motivar y controlar los cuidados holísticos que se brinda a



los pacientes, estas actividades deben encontrarse inmersos en el plan de trabajo de la institución, para que los cuidados sean oportunos se requiere que se realice una valoración exhaustiva del paciente, que le permita conocer los patrones de interacción de las cinco áreas de tal manera que le permita la identificación de las capacidades así como sus limitaciones, documentos de gestión de enfermería (guías, protocolos entre otros) actualizados y al alcance de todos, brindar cuidados individualizados y según las necesidades de los usuarios, ejecutados para que estos recupere su salud (61).

Considerando que el cuidado enfermero debe ser otorgado a los pacientes es la razón de ser de la profesión, pues este se realiza dentro de un marco filosófico, con afecto; sin embargo, en la actualidad se encuentra descuidado, por las diferencias en la aplicación de estándares teórico- práctico, pues se está utilizando la tecnología en los cuidados directos descuidando la humanización sustento de nuestro quehacer (62).

#### 2.2.2.3 Calidad del cuidado continuo

La atención de enfermería continua, viene a ser la atención que se brinda a los usuarios con necesidades de salud, proporcionándole un soporte necesario para la satisfacción de las necesidades de salud evaluadas multidisciplinariamente, que incluye atención personal. La profesión enfermera, destaca por los cuidados, brindados sustentados en la evidencia científica utilizando un proceso lógico cambiante pero sistemático conocido como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Estos cuidados para el logro de objetivos proyectados durante las 24 horas del día y los 365 días del año. La valoración general desde las dificultades básicas del paciente con daños, identificar urgencia de ayuda; en este individuo de urgencia es interesante que el enfermero tenga

muchos conocimientos integrales que puedan dar respuesta a este requerimiento para aprobación sostener un acorde fisiológico y emocional(63).

### **2.2.3 Teoría de enfermería**

Las teorías de enfermería que sustentan este estudio son la teoría de Margarete Sandelowski quien sostiene que el licenciado enfermero, permanece al cuidado del paciente de manera constante, por tanto son mayores sus oportunidades para relacionarse con sus problemas médicos, otro aspecto fundamental es la observación meticulosa que suelen desarrollar que le permite la identificación de signos y síntomas, enfermedades concomitantes, su estilo de vida y contexto familiar en el que desenvuelve, considera cuida a los pacientes tendiendo puentes entre la ciencia - tecnología y la salud humana, fuerzas incompatibles y diferentes, pero que la enfermera logra unificar en los cuidados(64).

De la misma manera Patricia Benner, asevera en relación a las averiguaciones y expedientes indicadores de modificaciones en el estado de salud del usuario, manifiesta que en mayor porcentaje los enfermeros son los primeros en manifestar y dejar constancia de las modificaciones que ocurren en el estado de salud del paciente, modificaciones verificables sustentadas en la observación, pues las experiencias van a fortalecer cuando los profesionales interiorizan su rol cuidador, su experticia, pues sustentan sus cuidados en el conocimiento general del caso, además de la sutileza y percepción le permite la identificación, comprensión e interpretación de las necesidades del usuario (65).

## **2.3 Formulación de las hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis General**

Hi: Existe relación entre la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana.

Ho: No existe relación entre la seguridad del paciente y percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana.

### **2.3.2 Hipótesis Específicas**

HE.1 Existe relación significativa del trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.1 No existe relación significativa del trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.2 Existe relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.2 No existe relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.3 Existe relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.3 No existe relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.4 Existe relación entre del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.4 No existe relación entre del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.5 Existe relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.5 No existe relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería .

HE.6 Existe relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.6 No existe relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.7 Existe relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.7 No existe relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.8 Existe relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.8 No existe relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.9 Existe relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.9 No existe relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.10 Existe relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.10 No existe relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.11 Existe relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.11 No existe relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

HE.12 Existe relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

Ho.12 No existe relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.

### **3. MÉTODOLÓGIA**

#### **3.1. Método de investigación**

La pesquisa estará enfocada en el de método deductivo pues partiremos de una problemática frecuente y existente, para inmediatamente después del razonamiento de la literatura proveniente de fuentes principales y secundarias de la temática, se plasmaran los resultados, así como plantearemos a manera de sugerencias las soluciones (66).

#### **3.2. Enfoque de Investigación**

Esta pesquisa será desarrollada bajo de enfoque cuantitativo, pues de la información de cada una de las variables, serán analizados las cualidades cuantitativa, posteriormente realizaremos el tratamiento estadístico respectivo de tal manera que nos ayude a podremos aceptar o negar las hipótesis alternas planteadas (67).

#### **3.3. Tipo de investigación**

Las investigaciones según su utilidad pueden ser básicas y aplicadas, esta investigación de tipo aplicada porque tiene como propósito actualizar la información del problema en estudio. Además se trata de una estudio no experimental (observacional) transversal pues garantizamos que los investigadores no manipularan los datos, además que estos serán recogidos en un solo instante(68).

#### **3.4. Diseño de la investigación**

El estudio será planteado de manera descriptivo-correlacional, porque pretendemos evidenciar la relación de las variables Seguridad del paciente y Calidad de la percepción del cuidado (66), diseño que se gráfica de la siguiente manera

$$M_o = O_x r O_y$$

### 3.5. Población y muestra

**Población:** La población que integrara el estudio la conforman las enfermeras que trabajan en emergencia que son un numero de 150 de un hospital público de Lima – Metropolitana.

**Muestra:** Considerando que la muestra es parte integrante de la población, en el estudio la muestra será obtenida aplicando la fórmula para poblaciones finitas (69).

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Dónde:

**N** = tamaño de la población. (150)

**Z** = nivel de confianza. (1.96)

**p** = probabilidad de éxito. (0,5)

**q** = probabilidad de fracaso. (0,5)

**n** = tamaño de la muestra.

**E** = Error estándar (0.05)

$$n = 108$$

**Muestreo:** Se utilizará un muestreo probabilístico al azar simple.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Enfermeros asistenciales con experiencia mínima de 6 meses en el servicio de emergencia.
- Enfermeros que laboren en los diferentes turnos programados y que se encuentren en el rol de emergencia.

- Personal que desee ser parte de la investigación y lo confirme al depositar su rúbrica en el formato de consentimiento informado.

**Criterios de Exclusión:**

- Enfermeros que no deseen participar o no firman el consentimiento informado.
- Enfermeras que no se encuentren en la institución cuando se realice la recolección de datos por vacaciones, faltas, licencias, entre otros
- Personal nuevo o con menos de 6 meses de trabajo en el servicio.
- Licenciados que no se encuentre en el rol de trabajo de enfermería del servicio de emergencia.



### 3.6 Variables y su operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Seguridad del paciente	La SP involucra acciones destinadas a mejorar la calidad de los cuidados favoreciendo a los usuarios, es pues la ausencia de accidentes o lesiones que pueden ser prevenidas con la implementación y uso de barreras (70).	Su operacionalización se realizará a través de la medición de sus dimensiones e indicadores utilizando un instrumento previamente validado y aplicado a poblaciones similares a este estudio.	Trabajo en equipo multidisciplinario	Apoyo mutuo Colaboración y compañerismo Trato a compañeros	Categórica	Seguridad del paciente  Alta: 174 a 210 puntos.
			Expectativas y acciones del supervisor para promover la SP	Reconocimiento del trabajo Respeto a sugerencias Exigencia		
			Aprendizaje organizacional mejora continua	Indiferencia frente problemas SP Actividades de mejora de la SP Utiliza errores para realizar cambios		
			Apoyo de los administradores para la SP	Evaluación resultados después de ejecutar cambios	Ordinal	Seguridad del paciente  Media 108 a 173 puntos
			Percepciones generales de la SP	Ambiente Prioriza la SP Intereses en la SP Omisión de la SP por otros trabajos. Procedimientos y procesos para prevenir errores.		
			Comunicación e información sobre errores	Errores casuales		
			La comunicación es abierta	Problemas con SP en servicio Información de cambios consecuente del reporte de eventos. Informe de errores		

			Frecuencia de incidentes reportados	Estrategias de prevención de errores repetitivos Comunicación de errores del cuidado del paciente.		Seguridad del paciente Baja: 42 a 107 puntos
			Trabajando en equipo a través de las unidades	Personal expresa su disconformidad frente a las decisiones Personal con temor a preguntar Frecuencia de reporte de errores		
			Dotación de personal	Frecuencia de reportes de errores sin daños Frecuencia de reporte de errores que pueden ocasionar daños Cooperación y coordinación entre áreas		
			Transferencias y transiciones	Desagrado del trabajo entre áreas Sobre dotación de personal Trabajo bajo presión		
			Respuesta no punitiva a error	Pérdidas de documentos y pertenencia del paciente al ser transferido Pérdida de registros de enfermería Problemas de información en transferencia de áreas		
Calidad del Cuidado	Calidad del cuidado de enfermería viene a ser una percepción subjetiva que tiene el paciente	Se realizará teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas de la medición de la calidad del cuidado dimensiones,	Humano	Al ingresar saluda se identifica y llama por su nombre al Paciente. Protege la intimidad y/o pudor del paciente al atenderlo Atención con trato amable y comprensivo Le brinda apoyo emocional al paciente	Categorica  Ordinal	Buen cuidado: 56 a 74 puntos

	de los cuidados que recibe implica acciones como La naturaleza de los cuidados, aplicación de conocimientos, utilización de tecnología de última generación y recursos humanos especialistas y competentes programado según la necesidad de la especialidad(71).	utilizando un instrumento validado previamente y aplicado en estudios similares.	Oportuno	Identifica al paciente por su nombre Identifica las necesidades y/o problemas del paciente Administra el tratamiento según horario. Brinda información a familiares sobre los cuidados otorgados y normas de la institución. Realiza el registro de enfermería de las intervenciones Mantiene actualizada y ordenada la historia clínica con estudios complementarios al día.	Cuidado regular: 40 a 55 puntos  Cuidado deficiente: 24 a 39 puntos
			Continuo	advierte atención continua, -Informa a familiares sobre el tratamiento -Educa a paciente y familia sobre la importancia del lavado de manos -Utiliza lenguaje claro y preciso sobre importancia de tratamiento terapéutico, indicándole además las posibles reacciones a estos	

## **3.7 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

### **3.7.1. Técnica**

La técnica de recolección de datos será la encuesta, técnica utilizada para el recojo de los datos directamente de cada unidad de análisis que conforman este estudio(72).

### **3.7.2. Descripción del Instrumento**

#### **Instrumento 1**

Se usará para medir la variable seguridad del paciente el cuestionario modificado y adaptado, por Alvarado (73), en el 2014 en Lima, consta de 42 ítems, y 12 dimensiones, que se agrupan en cinco secciones: seguridad en el área de trabajo, seguridad brindada por la Dirección; seguridad desde la comunicación; frecuencia de sucesos notificados; seguridad desde la atención primaria.

Teniendo en consideración la siguiente escala de valoración:

- Seguridad del Paciente Alta: 174 – 210 puntos
- Seguridad del Paciente Media: 108-173 puntos
- Seguridad del Paciente Baja: 42-107 puntos

#### **Instrumento 2**

Para medir la Calidad del Cuidado, se utilizara el cuestionario elaborado por Laura y Astete (17) en el año 2021 en el Callao , instrumento de 18 ítems, 3 dimensiones: Humano, oportuno y continuo.

Los valores finales se especifican según:

- Buen cuidado: 56-74 puntos
- Cuidado Regular: 40-55 puntos
- Cuidado deficiente: 24-39 puntos

### **3.7.3. Validación del Instrumento**

#### **Instrumento 1**

El instrumento para medir la seguridad del paciente fue validado por Alvarado (73), en el 2014 en Lima utilizando la medida de adecuación del muestreo de Kaiser Meyer-Olkin obteniendo 0.72, lo que indica que es válido.

#### **Instrumento 2**

El instrumento para medir la Calidad del Cuidado, fue validado por Laura y Astete (17) en el año 2021 en el Callao utilizando el coeficiente de confiabilidad de KR 20 de 0.9521.

### **3.7.4. Confiabilidad del Instrumento**

#### **Instrumento 1**

El instrumento para medir la seguridad del paciente cuenta con confiabilidad estadística realizada por Alvarado (73), en el 2014 en Lima utilizando el estadístico Alfa de Cronbach , obteniendo como resultado 0.83, es decir instrumento confiable

#### **Instrumento 2**

El instrumento para medir la Calidad del Cuidado, cuenta con confiabilidad estadística realizada por Laura y Astete (17) en el año 2021 en el Callao utilizando el estadístico KR 20 de 0.9521, es decir es un instrumento confiable.

### **3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos**

Al finalizar la recolección de la información aplicando los instrumentos, procederemos a su procesamiento y análisis; comenzaremos, elaborando una base de datos en el software Microsoft Excel con el fin de ordenar y codificar datos recolectados, lo que nos permitirá verificar la calidad de la información, a continuación exportaremos los datos al paquete estadístico SPSS versión 26, con el que se realizará el análisis descriptivo, y con la presentación de los resultados en las tablas y gráficas estadísticas y concluiremos nos con el análisis inferencial que nos permitirá realizar la prueba de hipótesis.

### **3.9 Aspectos Éticos**

**Autonomía:** Los estudiosos nos comprometemos a respetar las decisiones de las personas participantes del estudio de pertenecer o no a la muestra, utilizaremos el consentimiento informado para que los que deseen participar firmen antes de iniciar con la recolección de datos (74).

**Beneficencia:** Los resultados que obtendremos de la información buscarán favorecer la seguridad de los pacientes así como la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería, lo que facilitará el desarrollo de estrategias que permitan mejorar la calidad de atención , segura y humana (75).

**Principio de No Maleficencia:** Garantizamos que esta investigación no representa ningún riesgo ni ocasionará daño a las unidades muestrales, debido a que el objetivo del mismo es mejorar las condiciones de salud del paciente y la calidad del cuidado que se le brinda (76).

Principio de Justicia: Los investigadores garantizamos que todos los licenciados enfermeros y que decidan pertenecer a la muestra tendrán un trato digno, justo y equitativo (52).





## 4.2 Presupuesto

MATERIALES	2022- 2023						
	Oct.	Nov	Dic.	Ene	Feb.	Mar	TOTA L, S/.
<b>Equipos</b>							
Laptop	S/.1000	--	--	S/.3000	--	--	S/.4000
Memoria portátil	S/.45	--	--	--	--	--	S/.45
<b>Economato</b>							
Lapiceros	--	--	--	--	--	S/.120	S/.120
Lápiz	--	--	--	--	--	S/.10	S/.10
Tableros	--	--	--	--	--	S/.150	S/.150
Hojas bond A4	--	--	--	--	120	--	S/.120
<b>Material Bibliográfico</b>							
Libros	S/.35	S/.68					S/.103
Copias fotostáticas	S/.20	S/.10	S/.25	S/.15		S/.20	S/.130
Impresiones	S/.10	S/.10	S/.10	S/.10		S/.20	S/.140
Anillados						S/.30	S/.90
<b>Otros</b>							
Flete						S/.50	S/.50
Refrigerios	S/.68	S/.68	S/.68	S/.68	S/.68	S/.68	S/.544
Comunicaciones	S/.40	S/.40	S/.40	S/.40	S/.60	S/.60	S/.400
<b>Recursos Humanos</b>							
Secretaria							S/.500
<b>Fortuitos *</b>		S/.100					S/.200

<b>TOTAL</b>							<b>S/.6602</b>
--------------	--	--	--	--	--	--	----------------

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Seguridad del paciente [Internet]. OMS. 2019. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La OMS ha facilitado la,un riesgo importante y significativo.>
2. Ribeiro M, Pereira A, Pinto C, Ribeiro O. Cultura de Seguridad del Paciente: Percepción de las Enfermeras de Urgencias. Med Cienc Foro [Internet]. 2022;17(1):1. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-9992/17/1/8>
3. Kosydar-Bochenek J, Krupa S, Religa D, Friganović A, Oomen B. The Perception of the Patient Safety Climate by Health Professionals during the COVID-19 Pandemic—International Research. Int J Environ Res Public Heal [Internet]. 2022;19(9712):1–15. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9712/pdf>
4. Krishnamoorthy Y, Samuel G, Elangovan V, Kanth K, Krishnan M, Sinha I. Desarrollo y validación de un cuestionario que evalúa la percepción de las prácticas de seguridad del paciente hospitalario en los establecimientos de salud pública de la India. Rev Int para la Calid en la atención la salud [Internet]. 2022;34(4):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac087>
5. Melnechenko Y. ercepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal del Servicio de Emergencias de un Hospital de adultos de la ciudad de Corrientes, año 2020. Rev Fac Med UNNE [Internet]. 2022;XL(3):51-55,. Disponible en: <http://revista.med.unne.edu.ar/index.php/med/article/view/138/160>

6. Carvalho D, Bauer A, Escobar F, de Lima Silva R, Andrade A, Alves C. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias. Rev Latino-Am Enferm e3273 [Internet]. 2020;28(e3273):1–11. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zk4HFHkPD8nfRhsHytjqFVk/?format=pdf&lang=es>
7. Rodríguez-Herrera R, Losardo R. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Rev Asoc Med Argent [Internet]. 2018;131(4):25–30. Disponible en: [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)
8. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud [Internet]. MINSA. 2009. p. 36. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
9. Clínica Anglo Americana. Acreditación Joint Commission International [Internet]. CAA. 2013. p. 1. Disponible en: <https://clinicaangloamericana.pe/joint-commission-international/>
10. Reaño R. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en la unidad de gestión del paciente del hospital regional Lambayeque, Chiclayo, 2019. [Internet]. Universidad Señor de Sipán; Disponible en: [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7896/Reaño Villalobos Ricardo Salvador.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7896/Reaño_Villalobos_Ricardo_Salvador.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. Gil- Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UC I de un hospital de segundo nivel

- al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2022;33(2022):185–96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239921001176>
12. Lima da Silva P, Teles M, Limade Brito R, Vieira B, Cardoso R, Melo T. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Glob* [Internet]. 2020;19(60):427–38. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-427.pdf>
  13. Pacheco D, Jessica M. Evaluación de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en la Clínica Iberoamericana Barranquilla, OISAMED SAS la Misericordia Clínica Internacional, y E.S.E Hospital San José de Maicao Guajira. [Internet]. Universidad Simón Bolívar; 2020. Disponible en: [https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6863/Macroproyecto\\_Evaluación\\_Percepción\\_Cultura\\_Seguridad\\_Paciente\\_Resumen4.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6863/Macroproyecto_Evaluación_Percepción_Cultura_Seguridad_Paciente_Resumen4.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
  14. Meléndez I, Macías M, Álvarez A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020;36(2):1. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239/585>
  15. Flores-González M, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2019;27(1):14–22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191c.pdf>
  16. Ordinola M. Gestión de Calidad del Cuidado y Cultura de Seguridad del Paciente

en Personal de Enfermería de un Instituto Nacional Lima - 2021 [Internet].

Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/64827>

17. Laura F, Astete P. Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos De Mayo Lima [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2021. Disponible en:  
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5638>
18. Abanto A. Calidad del cuidado de enfermería y cultura de seguridad del paciente del Hospital II-E de Cajamarca, 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92640/Abanto\\_ZAZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/92640/Abanto_ZAZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Quispe S. Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado enfermero durante la pandemia por COVID-19 en el INEN, 2020 [Internet]. Universidad César vallejo; 2021. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55150/Quispe\\_CSZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/55150/Quispe_CSZ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Cieza M. Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de los servicios de hospitalización de un hospital público, 2019 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2020. Disponible en:  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47035#:~:text=Se concluyó que la cultura,de brindar atención de calidad.>

21. Rocco C, Garridob A. Seguridad del paciente y Cultura de Seguridad, Cultura de Seguridad y Seguridad del paciente. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268#aep-article-footnote-id1>
22. Febriansyah, Kusumapradja R, Ahmad H. The Role of Teamwork in Improving Patient Safety Culture. J Medicoeticolegal dan Manaj Rumah Sakit) [Internet]. 2020;9(1):41–52. Disponible en:  
[https://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/8433/pdf\\_119](https://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/view/8433/pdf_119)
23. Cuñat Y, Massó E, Sánchez G. La comunicación en la seguridad del paciente. Rev Cuba Enfermer [Internet]. 2011;27(4):255–6. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf02411.pdf>
24. Mastrapa Y, Gibert M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cuba Enfermería [Internet]. 2016;32(4):1. Disponible en:  
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
25. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente [Internet]. 1era. Ed. Editorial Modus Laborandi SL, editor. España; 2016. 271 p. Disponible en:  
[https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)
26. Paravic T, Lago M. Trabajo en Equipo y Calidad de atención en Salud. Cienc y enfermería [Internet]. 2021;27(1):27:41. Disponible en:  
<https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717->

95532021000100402&script=sci\_arttext

27. Dinio J, Philipp R, Ernstmann N, Heier L, Goritz A, Pfisterer-Heise S, et al. Trabajo en equipo interprofesional y su asociación con la seguridad del paciente en hospitales alemanes: un estudio transversal. A cross Sect study PLoS ONE [Internet]. 2020;21(5):1–15. Disponible en:  
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0233766&type=printable>
28. Almeida V, Santos R, Souza ngela de, Rabelo A, Sant'Anna M, Nascimento M. Notificación de incidentes relacionados con la atención a la salud en un hospital docente. Enferm glob [Internet]. 2021;20(63):180–93. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000300007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300007)
29. Daniels J. Rondas de enfermería útiles y oportunas: un proyecto de implementación de mejores prácticas. Sist base datos JBI Rev Implementar Rep [Internet]. 2016;14(1):248-267. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26878929/>
30. Navarro-Rodríguez D, Pérez-González J, Ruiz-Espinosa C, Cruz-Ruiz M, Flores-Murillo E, Torres-Rodríguez H. Cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2020;28(3):222–31. Disponible en:  
[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/1088/1120](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1088/1120)
31. Rando A. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a



- partir de profesionales expertos? Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2016;32(1):59–67. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000100008](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008)
32. Rodríguez F, Secín R, Ramírez J. El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. Acta Med GA [Internet]. 2021;19(4):477–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2021/am214a.pdf>
33. Mira J. La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. UNEDENSISCIH. 2013. p. 39. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8\\_Comunicaci\\_\\_n\\_Interna\\_Hospital.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicaci__n_Interna_Hospital.pdf)
34. Wing G, Kwok J, Hang E, Wai W, Siu A. Cultura de hablar en voz alta en una unidad de cuidados intensivos en Hong Kong. BMJ Open [Internet]. 2017;7(8):e015721. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724079/>
35. Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon, Rejman M, Healey U, et al. Retroalimentación del reporte de incidentes: información y acción para mejorar la seguridad del paciente. BMJ Calid y Segur [Internet]. 2009;18(1):11–21. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/18/1/11>
36. Altmiller G. El papel de la retroalimentación constructiva en la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad. Nurs Clin North Am [Internet]. 2012;47(3):365–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22920427/>
37. Hernán A, Giles S, Beks H, McNamara K, Kloot K, Marley C, et al. Comentarios

de los pacientes para la mejora de la seguridad en la atención primaria. *BMJ Open* first Publ as [Internet]. 2020;10(6). Disponible en:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/6/e037887.full.pdf>

38. Hefner J, Feldman O. Why we don't always punish: Preferences for non-punitive responses to moral violations. *Sci Rep* [Internet]. 2019;9(13219):1–13. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-49680-2>
39. Gutiérrez M, Noreña I, Gómez D. Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura. *Hallazgos 21* [Internet]. 2021;6(2):236–59. Disponible en: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/526>
40. Needleman J, Buerhaus P. Personal de enfermería y seguridad del paciente: conocimiento actual e implicaciones para la acción. *Atención médica Calid Int J* [Internet]. 2003;15(4):275-277. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12930041/>
41. Müller AM, Ghignatti D, Oliveira C de, Mergen T, Silveira A da, Schebella G. Asociación entre carga de trabajo del equipo de enfermería y resultados de seguridad del paciente. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51(e03255.):1–7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/fwwPH78zv38rKPTqBNWhBcs/>
42. Françolin L, Gabriel C, Bernardes A, Bauer A, Paiva M de F, Pereira J. Gestión de la seguridad del paciente bajo el punto de vista de los enfermeros. *Rev esc enferm*. 2015;49(2):275–81.
43. Kizer K. Seguridad del paciente: un llamado a la acción. *MedGenMed* [Internet]. 2001;3(2):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11549959/>
44. Lajes M, Aúcar J, Martínez A, Aguilar Y. El trabajo colaborativo interprofesional

- en el proceso de formación profesional en salud. Rev Hum Med [Internet]. 2021;21(3):951–66. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v21n3/1727-8120-hmc-21-03-951.pdf>
45. Li J, Talari P, Kelly A, Latham B, Dotson S, Manning K, et al. Modelo de Innovación del Trabajo en Equipo Interprofesional (ITIM) para promover la comunicación y la atención coordinada y centrada en el paciente. Seguridad BMJ [Internet]. 2018;27(79):700–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29444853/>
46. Shojania K, Dixonwoods M. Estimación de muertes por error médico: la controversia actual y por qué es importante. BMJ Qual Saf first Publ as [Internet]. 2016;26(10):423–428. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006144>
47. Abraham J, Kannampalil T, Almoosa K, Patel B, Patel V. Evaluación comparativa del contenido y la estructura de la comunicación utilizando dos herramientas de transferencia: implicaciones para la seguridad del paciente. Epub [Internet]. 2014;29(2):311.e1-7. Disponible en: 10.1016/j.jcrc.2013.11.014.
48. Skaret M, Weaver T, Humes R, Carbone T, Grasso I, Kumar H. Automatización de la herramienta I-PASS para mejorar las transiciones de atención. PubL.gov [Internet]. 2019;41(5):274–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31483392/>
49. Elsous U, Akbari U sari, Jeesh Y Al, Radwan M. Percepciones de enfermería sobre el clima de seguridad del paciente en la Franja de Gaza, Palestina. PubL.gov [Internet]. 2017;64(3):446–54. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28102544/>

50. Nygren M, Roback K, Ohrn A, Rutberg H, Rahmqvist M, Nilsen P. Factores que influyen en la seguridad del paciente en Suecia: percepciones de los responsables de la seguridad del paciente en los consejos provinciales. *BMC Heal Serv* [Internet]. 2013;13(52):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-52>
51. Pertuz V, Pérez A. Condiciones para el aprendizaje organizacional y prácticas de gestión de innovación: un análisis en medianas empresas. *Inf tecnológica* [Internet]. 2020;31(3):209–18. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07642020000300209&lang=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642020000300209&lang=pt)
52. Torrejón-Gallo B, Molina C, Serrano-Malebrán J. La capacidad de aprendizaje organizativo como mediador de la relación entre liderazgo transformacional y satisfacción laboral. *Inf tecnológica* [Internet]. 2022;33(5):1–10. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642022000500001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642022000500001&script=sci_arttext)
53. Alquwez N, Preposi J, Mohamed A, Al-Otaibi S, Obaid K, Alicante J, et al. Percepciones de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente en tres hospitales de Arabia Saudita. *PubL.gov* [Internet]. 2018;50(4):422–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29758128/>
54. del Río Cortina, Jorge Santisteban D. Perspectivas del aprendizaje organizacional como catalizador de escenarios competitivos. *Rev Ciencias Estratégica* [Internet]. 2011;19(26):247–66. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/1513/151322415008.pdf>

55. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. servicios Sanitarios de Calidad [Internet]. OMS. 2020. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
56. Organización Mundial de la Salud. O [Internet]. Calidad de la atención [Internet]. OMS. 2021. p. 1. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
57. Guevara B, Evies A, Rengifo J, Salas B, Manrique D, Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Glob* [Internet]. 2014;1(33):318–27. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>
58. Expósito M, Villarreal E, Palmet M, Borja J, Segura I, Sánchez F. La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. *Rev Cuba Enfermería* [Internet]. 2019;35(1):1. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2333/433>
59. Ruiz-Cerino J, Tamariz-López M, Méndez-González L, Torres-Hernández L, Duran-Badillo T. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *SANUS* [Internet]. 2020;14(1–9):1–9. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sanus/v5n14/2448-6094-sanus-14-00003.pdf>
60. Lagoueyte M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2015;47(2):209–13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-)

08072015000200013

61. Jaime-Pincay K, Tumbaco-Quimis, Yanina Tumbaco-Quimiz M, Jaime-Villafuerte M. Gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia. Rev Interdiscip Humanidades, Educ Cienc y Tecnol [Internet]. 2021;VII(12):341–52. Disponible en: DOI 10.35381/cm.v7i12.432
62. Clavo-Pérez DC-DV. Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. Fac Salud [Internet]. 2021;4(7):11–22. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1217/1152>
63. Miranda-Limachi KE, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enfermería Univ [Internet]. 2019;16(4):374–89. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-continuing-healthcare/>
64. Arredondo-González C, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de Enfermería [Internet]. 2009;18(1):1. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000100007#:~:text=Como se\u00f1alan Barnard y Sandelowski,distintas%2C la humanidad y la](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007#:~:text=Como se\u00f1alan Barnard y Sandelowski,distintas%2C la humanidad y la)
65. Mejía ME. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Index de Enfermería [Internet]. 2008;17(3):197–200. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es&nrm=iso%3E. ISSN 1699-5988.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es&nrm=iso%3E. ISSN 1699-5988.)

66. Arispe C, Yanghali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La Investigación Científica. 1era. Ed. Departamento de Investigación y Posgrados Universidad Internacional del Ecuador, editor. Ecuador; 2020. 131 p.
67. Bonilla E, Rodríguez P. Mas alla del dilema de los métodos. 3er. Ed. Grupo editorial Norma, editor. Colombia; 2005. 334 p.
68. Fonseca A, Martel S, Rojas V, Flores V, Vela S. Investigación Científica en Salud con Enfoque Cuantitativo. Primera. E.I.R.L GD, editor. 2013. 218 p.
69. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. 5ta. Edici. Ediciones de la U, editor. Bogotá; 2018. 520 p.
70. Agustín C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cuba Enfermer [Internet]. 2006;22(3):1–7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007)
71. Juárez-Rodríguez P, García-Campos M. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2009;17(2):109–11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
72. Fonseca A, Martel S, Rojas V, Flores V, Vela S. Investigación Científica en Salud con Enfoque Cuantitativo. Lima: E.I.R.L, Gráficas D&S; 2013. 218 p.
73. Alvarado C. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/323346874.pdf>

74. García Pérez MA. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Rev Adm Sani* [revista en Internet] 2006 [acceso 20 de mayo 2022]. ELSEVIER. 4(2):341–56.
75. López L, Zuleta G. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. *Franciscanum. Revista de las Ciencias del Espíritu* [revista en Internet] 2021 [acceso 20 de octubre 2022]. 62(2020):1–30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/frcn/v62n174/0120-1468-frcn-62-174-7.pdf>
76. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Revista Veritas* [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de mayo 2022]. 22:121–57. Disponible en: [dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006](https://doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006)



# **ANEXOS**

## Anexo 1 Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación entre la Seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima - Metropolitana?</p> <p><b>Problemas Específicos</b> PE1. ¿Cuál es la relación entre el trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería? PE2. ¿Cuál es la relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación entre la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima-Metropolitana.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> OE1. Identificar la relación del trabajo en equipo entre áreas y la percepción y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería. OE2. Identificar la relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería</p>	<p><b>Hipótesis General</b> Hi: Existe relación entre la seguridad del paciente y percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana. Ho: No existe relación entre la seguridad del paciente y percepción de la calidad del cuidado en el servicio de emergencia de un hospital público de Lima – Metropolitana.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> HE.1 Existe relación significativa del trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería. Ho.1 No existe relación significativa del trabajo en equipo entre áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería. HE.2 Existe relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería. Ho.2 No existe relación entre las acciones de promoción de la seguridad del supervisor y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p>	<p><b>Variable X:</b> <b>Seguridad del paciente</b> <i>Dimensiones</i> Trabajo en equipo multidisciplinario Seguridad Expectativas y acciones del supervisor para promover la SP Aprendizaje organizacional mejora continua. Apoyo de los administradores para la SP. Percepciones generales de la SP. Comunicación e información sobre errores. La comunicación es abierta.</p>	<p><b>Método:</b> Deductivo <b>Enfoque:</b> Cuantitativo <b>Tipo:</b> No experimental Diseño: correlacional.</p> <p><b>Población:</b> 150 enfermeros</p> <p><b>Muestra:</b> 108 enfermeros</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b> Dos cuestionarios.</p>

<p>PE3. ¿Cuál es la relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p> <p>PE.4 ¿Cuál es la relación entre el apoyo de los administradores (gestión y Dirección) para la SP y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p> <p>PE.5 ¿Cuál es la relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p> <p>PE.6 ¿Cuál es la relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p> <p>PE.7 ¿Cuál es la relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p> <p>PE.8 ¿Cuál es la relación entre la incidencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad</p>	<p>OE3 Identificar la relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>OE.4 Describir la relación del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>OE.5 Identificar la relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>OE.6 Evaluar la relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>OE.7 Evaluar la relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>OE.8 Identificar la relación entre la incidencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p>	<p>HE.3 Existe relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>Ho.3 No existe relación entre el aprendizaje organizacional de mejora continua y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>HE.4 Existe relación entre del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>Ho.4 No existe relación entre del apoyo de los administradores para la seguridad del paciente y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>HE.5 Existe relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>Ho.5 No existe relación entre las percepciones generales de seguridad y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>HE.6 Existe relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>Ho.6 No existe relación entre la comunicación e información de errores y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>HE.7 Existe relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p> <p>Ho.7 No existe relación entre el grado comunicación abierta y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p>	<p>Frecuencia de incidentes reportados</p> <p>Trabajando en equipo a través de las unidades.</p> <p>Dotación de personal.</p> <p>Transferencias y Transiciones.</p> <p>Respuesta no punitiva a error.</p> <p><b>Variable Y: Calidad del Cuidado enfermero</b></p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Humana</li> <li>▪ Oportuno</li> <li>▪ Continuo</li> </ul>	
--	---	--	--	--

<p>del cuidado de enfermería?  PE.9 ¿Cuál es la relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?  PE.10 ¿Cuál es la relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?  PE.11 ¿Cuál es la relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?  PE.12 ¿Cuál es la relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería?</p>	<p>OE.9 Evaluar la relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  OE.10 Establecer la relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  OE.11 Establecer la relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  OE.12 Evaluar la relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p>	<p>HE.8 Existe relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  Ho.8 No existe relación entre la frecuencia de incidentes reportados y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  HE.9 Existe relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  Ho.9 No existe relación entre trabajo en equipo con las otras áreas y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  HE.10 Existe relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  Ho.10 No existe relación entre dotación de personal y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  HE.11 Existe relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  Ho.11 No existe relación entre las transferencias y transiciones y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  HE.12 Existe relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.  Ho.12 No existe relación entre la respuesta no punitiva y la percepción de la calidad del cuidado de enfermería.</p>		
--	--	--	--	--

## Anexo 2 Instrumentos de Investigación

### Cuestionario para medir la seguridad del paciente

Buenos días colegas

Reciban mis saludos afectuosos, le saluda el Lic. Tasayco Quintana, Rubén, enfermero del servicio de emergencia, para manifestarle que estamos realizando un trabajo relacionado a la seguridad del paciente y la calidad del cuidado, por tal motivo les solicito respondan con la mayor veracidad posible de tal manera que los resultados sirvan para implementar estrategias de mejora en nuestro servicio.

Marque Ud. con una “x” según creas conveniente

#### I. DATOS GENERALES

Edad:----- Sexo:----- Tiempo de servicio:-----

Jornada laboral:-----horas

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Seguridad en el área de trabajo

1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad.

1 2 3 4 5 2.

2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.

1 2 3 4 5 3

3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.

1 2 3 4 5 4.

4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.

1 2 3 4 5 5.

5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.

1 2 3 4 5 6.

6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

1 2 3 4 5 7.

7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.

1 2 3 4 5 8.

8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.

1 2 3 4 5

9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

1 2 3 4 5

9. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

1 2 3 4 5

10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.

1 2 3 4 5

11. 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.

1 2 3 4 5

12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.

1 2 3 4 5

13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.

1 2 3 4 5

14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.

1 2 3 4 5

15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo

1 2 3 4 5

16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.

1 2 3 4 5

17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.

1 2 3 4 5

18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.

1 2 3 4 5

### **Seguridad brindada por la Dirección**

19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.

1 2 3 4 5

20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.

1 2 3 4 5

21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.

1 2 3 4 5

22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.

1 2 3 4 5

### **Seguridad desde la comunicación**

23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.

1 2 3 4 5 24.

24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.

1 2 3 4 5 25.

25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

1 2 3 4 5 26.

26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.

1 2 3 4 5 27.

27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

1 2 3 4 5 28.

28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.

1 2 3 4 5

### **Frecuencia de sucesos notificados**

29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

1 2 3 4 5

30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?

1 2 3 4 5

31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado?

1 2 3 4 5

### **Seguridad desde la atención primaria**

32. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

1 2 3 4 5

33. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.

1 2 3 4 5

34. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.

1 2 3 4 5

35. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.

1 2 3 4 5

36. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.



1 2 3 4 5

37. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.

1 2 3 4 5

38. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.

1 2 3 4 5

39. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.

1 2 3 4 5

40. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.

1 2 3 4 5

41. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.

1 2 3 4 5

42. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.

1 2 3 4 5

## Cuestionario para medir la calidad del cuidado

<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

N°		1	2	3	4	5
<b>CUIDADO HUMANO</b>						
<b>1</b>	Al ingresar saluda te identificas y llama por su nombre al paciente					
<b>2</b>	Protege la intimidad y/o pudor del paciente, cubriéndolo al atender					
<b>3</b>	Le atiende al paciente con un trato amable y comprensivo					
<b>4</b>	Le brinda apoyo emocional al paciente					
<b>CUIDADO OPORTUNO</b>						
<b>5</b>	Identifica al paciente por su nombre					
<b>6</b>	Identifica las necesidades y/o problemas del paciente					
<b>7</b>	Administra el tratamiento a la hora programada					
<b>8</b>	Da información a los familiares sobre los cuidados brindados					
<b>9</b>	Brinda información a los familiares sobre normas hospitalarias					
<b>10</b>	Realiza anotaciones de enfermería posterior a cada intervención					
<b>11</b>	Mantiene actualizada y ordenada la historia clínica con análisis del día					
<b>12</b>	Realiza coordinaciones con el equipo multidisciplinario u otros					

<b>13</b>	Participa en la satisfacción de las necesidades nutricionales del paciente
<b>CUIDADO CONTINUO</b>	
<b>14</b>	Observa la atención es continua, aun en el reporte de enfermería
<b>15</b>	Informa a los familiares sobre el tratamiento
<b>16</b>	Educa a los pacientes y/o familiares sobre la importancia del lavado de manos
<b>17</b>	Usa lenguaje claro y preciso sobre el beneficio de los medicamentos
<b>18</b>	Informa sobre las reacciones medicamentosas

### **Anexo 3 Consentimiento Informado**

Mediante la firma de esta acta doy fe de que, por voluntad propia, estoy aceptando ser parte de la población que va a intervenir en el estudio de investigación titulado “Seguridad del paciente y calidad del cuidado en el servicio de emergencia en un Hospital de Lima”; de la misma manera dejo claro que comprendo el objetivo de dicho estudio, así mismo comprendo que por decisión propia puedo desistir de continuar siendo parte o no de la muestra, por lo que puedo retirarme de la investigación en el momento que considere pertinente. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre del Participante:.....

DNI N°.....

Firma:-----

