



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN
EN GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tesis

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de
Enfermería

Presentado por:

Autora: Andia Aguilar, Ana María

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8766-8058>

Autora: Condori Manzano, Nelly Yudith


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6642-9190>

Asesor: Mg. Millones Gómez, Segundo German

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140>

Lima – Perú

2025

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

Yo, **Ana María Andía Aguilar y Nelly Yudith Condori Manzano**, Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis **“Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025”** Asesorado por el docente: Segundo German Millones Gomez Con DNI 10690269 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140> tiene un índice de similitud de (18) (DIECIOCHO)% con código oid:14912:524851016 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.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:



Firma de autor 1

Ana María Andía Aguilar

DNI: 29550074



Firma de autor 2

Nelly Yudith Condori Manzano

DNI: 01316725



Firma

Segundo German Millones Gomez

DNI: 10690269

Lima, 7 de noviembre de 2025

Dedicatoria

A mi familia con gran cariño por su paciencia, fortaleza, apoyo y por su comprensión infinita.

A mi esposo, a mis queridas hijas por incentivarme a culminar esta labor que engrandece y fortalece nuestros lazos.

Agradecimiento

A nuestro asesor, Magister Segundo

Millones, por su guía permanente, por compartir conocimientos y experiencias, para lograr la realización y elaboración de la investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas específicos:	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos:	5
1.4. Justificación de la investigación.....	6
1.4.1 Teórica	6
1.4.2 Metodológica	7
1.4.3 Práctica	7
1.5 Limitaciones de la investigación	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedente de la investigación	9
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Formulación de la hipótesis.....	34

2.3.1 Hipótesis general	34
2.3.2 Hipótesis específicas	35
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	37
3.1. Método de la investigación	37
3.2. Enfoque de la investigación	37
3.3. Tipo de investigación	37
3.4. Diseño de la investigación	38
3.5. Población, muestra y muestreo	38
3.6. Variables y operacionalización	40
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.7.1. Técnica	42
3.7.2. Descripción del instrumento	42
3.7.3 Validación	44
3.7.4 Confiabilidad	44
3.8. Procesamiento y análisis de datos	44
3.9. Aspectos éticos	44
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	46
4.1 Resultados	46
4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados	46
4.1.2 Prueba de hipótesis	57
4.1.3 Discusión de los resultados	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69

5.1. Conclusiones	69
5.2. Recomendaciones	70
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS	77
Anexo 1: Matriz de consistencia	78
Anexo 2: instrumentos.....	81
Anexo: 3 Aprobación del comité de ética.....	83
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	84
Anexo: 5 Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	86
Anexo 6: Programa de intervención.....	87
Anexo 7. Reporte de similitud de Turnitin	99

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERIZACION DE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL.....	47
TABLA 2 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS”, SEGÚN DIMENSIONES PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025	48
TABLA 3 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN: SEGURIDAD EN EL AREA DE TRABAJO PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025	50
TABLA 4 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN: SEGURIDAD BRINDAD POR LA DIRECCIÓN PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025	52
TABLA 5 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA ATENCION PRIMARIA PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025.....	53
TABLA 6 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025	54
TABLA 7 EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN: FRECUENCIA DE	

SUCESOS NOTIFICADOS PRETEST/POST TEST EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025.....	55
<i>TABLA 8</i> PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES.....	56
TABLA 9 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” PARA MEJORAR LA CULTURA.....	57
TABLA 10 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN SEGURIDAD.....	58
TABLA 11 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN SEGURIDAD.....	59
TABLA 12 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN SEGURIDAD.....	60
TABLA 13 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN SEGURIDAD.....	61
TABLA 14 PRUEBA DE HIPÓTESIS DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” EN LA DIMENSIÓN FRECUENCIA.....	62

RESUMEN

El estudio planteó el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente. El método aplicado fue hipotético-deductivo con enfoque de tipo cuantitativo y aplicada, de diseño preexperimental, utilizando muestra censal, conformada por 80 enfermeras, se aplicó la técnica de la encuesta mediante el cuestionario de cultura de seguridad en el paciente cuestionario HSOPSC por AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality y para el segundo instrumento es la aplicación del plan educativo, que se empleó posterior al cuestionario inicial, es decir, al pretest, accediendo al programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”, terminadas las sesiones del programa educativo se aplicó el post test. Los resultados evidenciaron que existe una significancia estadística entre la cultura de la seguridad y la aplicación del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”, donde el valor de significancia (sig. = 0,000) es menor al valor de la significancia teórica ($\alpha=0,05$), donde el programa educativo es eficaz para mejorar la cultura de la seguridad. Se concluye que el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”, es efectivo para modificar favorablemente la cultura de la seguridad. Es fundamental continuar con el mantenimiento y la sostenibilidad del programa educativo para lograr una cultura de la seguridad fuerte y continua.

Palabras claves: Programa educativo, cultura de seguridad, paciente

ABSTRACT

The study aimed to determine the effectiveness of the educational program “Care and Safety in Nurses” in improving the patient safety culture. A hypothetical-deductive method was applied, with a quantitative, applied approach and a pre-experimental design. A census sample of 80 nurses was used. Data collection was carried out through a survey using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The second instrument involved the implementation of the educational plan, which was applied after the initial questionnaire (pretest) through participation in the educational program “Care and Safety in Nurses.” Upon completion of the program sessions, a post-test was administered. The results showed a statistically significant difference in patient safety culture before and after the implementation of the educational program, with a significance value ($p = 0.000$) lower than the theoretical significance level ($\alpha = 0.05$). This indicates that the educational program is effective in improving the safety culture.

In conclusion, the educational program “Care and Safety in Nurses” is effective in positively modifying the patient safety culture. It is essential to ensure the maintenance and sustainability of the educational program in order to achieve a strong and continuous safety culture.

Keywords: Educational program, safety culture, patient.

INTRODUCCIÓN

La cultura de la seguridad ha encontrado gran auge en los últimos tiempos ya que representa un indicador clave e importante en la calidad de atención, para subsanar o mejorar estrategias que corrijan debilidades brindadas en la atención de salud. Engloba una serie de valores, conocimiento, competencias y actitudes que evidencien el compromiso individual y del equipo de trabajo en la cultura de la seguridad.

El equipo multidisciplinario de salud, lo conforman varios profesionales, siendo el de mayor porcentaje el grupo correspondiente al de las enfermeras, las mismas que permanecen las 24 horas del día con el paciente.

Fortalecer la cultura de la seguridad permite poder determinar las debilidades que presenta la organización y facilita al mismo tiempo la implementación de intervenciones correctivas, el presente trabajo tuvo el propósito de determinar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025.

En este sentido se ha desarrollado el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para medir la cultura de seguridad del paciente, tomando dos cuestionarios antes y después de la intervención y evaluar la efectividad del programa.

El presente estudio se ha organizado en cinco capítulos. El capítulo I considera lo relacionado al problema de investigación, el capítulo II hace referencia al marco teórico, el III capítulo incluye la descripción de la metodología considerada, en el IV capítulo incluye los resultados y la discusión; y por último el V capítulo muestra las conclusiones y recomendaciones, terminando con las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad la seguridad del paciente es muy estudiada por la magnitud del problema. Investigadores resaltan la importancia de crear estrategias con el fin de corregir debilidades. Las enfermeras son profesionales del área de la salud que están en primera línea de atención a los pacientes. Su experiencia y conocimiento les permiten identificar y prevenir los riesgos que pueden dañar la seguridad en el paciente. Por ello desempeñan un papel primordial en la promoción para la seguridad del paciente (1).

Al 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS), indicó que los eventos adversos fueron los que se posicionaron entre las 10 primeras causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial por una atención poco segura. Además, el daño causado por el evento adverso en el 50% se pueden prevenir. También, indica que anualmente ocurren 134 millones de casos de eventos adversos frecuentemente en hospitales de los países bajos y medios, causando un desenlace fatal a 2,6 millones en muerte de personas todo esto atribuido a la poca seguridad en la atención (2). Por ello es importante fortalecer la cultura de la seguridad del paciente para poder reducir las complicaciones en la recuperación de la salud (3).

En el Hospital Universitario de España, en el año 2020, se ejecutó una investigación con los estudiantes de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente donde se identificó que 80,53 % de estudiantes tienen percepción positiva de la prevención de error, el 71,68 % incluyen el factor humano en el error, el 66,37% creen que deben involucrar al paciente en la evolución de la práctica, evidenciaron que el 85,84% no identifica al paciente (4).

El Instituto de Medicina de EE. UU. en 1999 publicó un artículo donde encontró que el 3,7% presentó eventos adversos, de los cuales el 58% fue prevenible y provocó la muerte en el 13,6%. Los autores extrapolaron los 33,6 millones de ingresos hospitalarios anuales para el año del estudio y concluyeron que los eventos adversos relacionados con la atención médica podrían provocar entre 44 000 y 98 000 muertes anuales valorizado entre \$17 a \$28 billones por año, en la actualidad estos datos persisten y no se observa avances significativos (5).

En un hospital de México, en el 2022, se publicó un artículo sobre percepción de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente, identificó la poca fortaleza que tienen las dimensiones acerca de la cultura, pero presentan oportunidades de mejora en comunicación sobre errores (58,9%), acciones y expectativas de la dirección (60,8%), aprendizaje organizacional (68,1%), trabajo en equipo (76,3%), comunicación directa (42,4%), apoyo a la gerencia (42,7%), dotación de personal (37,8) y la respuesta no punitiva para los errores (35,9%) (5).

En Colombia, en el 2020, se analizaron la seguridad del paciente en seis centros hospitalarios. Donde se pudo identificar que el promedio de seguridad es de 8%, el 62% presentan una seguridad positiva acerca de la cultura de seguridad, el 82,9% del personal aprendizaje organizacional/mejora continua y trabajo en equipo dentro del servicio 82,94% (6).

En un hospital de Brasil, en el 2020, realizaron el estudio “Cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en un hospital acreditado”, donde identificaron el

77% representó al aprendizaje y mejora continua, adecuación del personal en 47%, turno y transferencia en 47% y el 25% tuvieron una respuesta no punitiva respecto al error (7).

En el Hospital Hermilio Valdizán, en Lima, se reportó durante el año 2021, en relación a los eventos adversos notificados, la siguiente distribución, que en relación a los cuidados de la medicación presentó el 44,44% y a los cuidados propiamente dicho el 55,56% (8).

A nivel local no existen trabajos de investigación con respecto a programas educativos de empoderamiento referente a la cultura de seguridad del paciente, sin embargo, se encontró que en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron en Puno, en el 2019, la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de enfermería tuvo como fortalezas “el aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” con 79,3%, “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” con 76,1% y “transferencia de pacientes o cambio de turno” con 75,4%; como debilidades la “comunicación e información al personal sobre errores en la unidad” con 53,5%, seguido de la “frecuencia de eventos notificados con 52%, “percepción de seguridad” con 51,5% y “respuesta no punitiva a los errores”, “percepción del personal” con 51% (9).

Asimismo, las enfermeras son el grupo ocupacional más grande de la fuerza laboral del sector salud. Grafican un porcentaje significativo de los costos operativos de los hospitales. Están en relación directa con los pacientes las 24 horas del día, lo que les permite desempeñar un papel clave en la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la reducción de los eventos adversos. Crear una cultura para la seguridad positiva permitió el reportaje de eventos adversos y conseguir la retroalimentación correspondiente (10).

EsSalud ha implementado políticas respecto a la seguridad del paciente, pero en la práctica no se observa cambios relevantes, este tipo de situaciones son las que motivan a investigar y analizar este trabajo de investigación titulado: “Efectividad del programa educativo cuidado y seguridad en enfermeras para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el hospital de Puno 2025”.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025 a través de la aplicación del pretest?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025 a través de la aplicación del postest?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

1.3.2. Objetivos específicos:

Identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente antes de la aplicación del programa educativo.

Identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente después de la aplicación del programa educativo.

Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en la atención sanitaria de calidad. Se basa en dos ideas principales: La teoría del error de Reason plantea que, los errores humanos son inevitables, por lo que es importante diseñar sistemas que los hagan menos probables. La cultura de seguridad permite un entorno en el que los errores se consideran una oportunidad de aprendizaje, no una razón para culpabilizar. Vincent modificó la teoría de Reason con el modelo del queso suizo. Este modelo representa los sistemas de seguridad como un bloque de queso suizo, con múltiples capas de protección. Los agujeros en el queso representan las oportunidades de error. Para evitar que se produzca un daño, es necesario cerrar todos los agujeros o al menos reducir su tamaño. En este modelo, la cultura de seguridad es fundamental para que las personas se sientan seguras de informar de los errores. Por lo tanto, la seguridad del paciente se logra mediante la combinación de dos enfoques: sistemas seguros y una cultura de seguridad positiva (11).

Donabedian (12), considera como indicador de la seguridad del paciente a la Tríada Estructura, Proceso y Resultado. Estos pilares son analizados desde la perspectiva de los gerentes, funcionarios y operadores del sistema de salud, considerados a su vez como los actores involucrados y responsables de la Seguridad Hospitalaria. “La calidad en la seguridad del paciente es proporcionar mayores beneficios con el menor riesgo y a un costo razonable, teniendo en cuenta los recursos disponibles para prestarle la atención”. Provee que la atención sanitaria sea lo más beneficiosa, segura y asequible, teniendo en cuenta los recursos disponibles (económicas, de organización, de cultura, etc.).

Se ha tomado como referente la publicación realizada por Amiri et al. (13), donde evalúa la cultura de la seguridad del paciente, el mismo que identifica como cultura positiva el trabajo en equipo en el 45,65%, dicha revisión bibliográfica permitió establecer un

conocimiento previo sobre la cultura de seguridad, el mismo que formuló un antecedente importante para establecer el nivel de cultura de seguridad, para la realidad regional y local dado que no existen trabajos de investigación en base a las variables de la cultura de la seguridad.

El presente trabajo implementó sesiones educativas mediante el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”, para mejorar la cultura de la seguridad, en las enfermeras del hospital.

1.4.2 Metodológica

Se determinó realizar esta investigación de tipo cuantitativa, aplicando el método científico y utilizando instrumentos validados. Al ser un trabajo preexperimental, permitirá establecer un análisis base de la cultura de la seguridad que mediante las sesiones educativas se planteó mejorar y lograr una cultura de seguridad adecuada por parte del personal de enfermería del hospital de EsSalud Puno.

El instrumento utilizado es el cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales (HSOPSC), elaborado por la Agencia para la investigación y la calidad de la atención médica (AHRQ) como parte de su objetivo de optimizar el nivel de seguridad del paciente y por ende la calidad en el proceso de la atención médica en los EE. UU. Desde su inicio en 2004, el cuestionario se ha traducido a varios idiomas y se ha implementado en diferentes países. El HSOPSC ha mostrado sólidas propiedades psicométricas cuando se aplica en los EE. UU. y otros países. Para efecto de nuestro trabajo se utilizó 5 dimensiones, distribuidas en 42 preguntas de la cultura de seguridad del paciente.

1.4.3 Práctica

Al realizar este programa para mejorar la cultura de seguridad del paciente buscó optimizar los procesos de seguridad en la atención y evaluar el cumplimiento de los estándares de atención del paciente con calidad, este trabajo es explicable ya que evidencia y describe la

realidad sobre la cultura de la seguridad del paciente que tiene el personal de enfermería del Hospital EsSalud Puno.

El personal de enfermería logró un empoderamiento mediante esta investigación y permitió mejorar sus actitudes y decisiones en relación con el cuidado del paciente velando por la seguridad.

La encuesta HSOPSC admitió establecer las bases para determinar la cultura de la seguridad, establecer planes de mejora y aplicar el instrumento de la encuesta para evaluar la mejora.

1.5 Limitaciones de la investigación

El trabajo de investigación presentó algunas limitaciones en el desarrollo y aplicación de los instrumentos de investigación, la secuencia de trabajo del personal de enfermería es específicamente en turnos, lo que dificulta tener un único momento en la que se encuentran reunidas todas las integrantes de la muestra censal, sin embargo el uso de la tecnología en la comunicación mediante la plataforma de Google Meet, permitieron superar barreras y denotaron efectividad en escenarios sanitarios.

La búsqueda de literatura científica muestra escasez en relación con estudios preexperimentales o cuasi experimentales que analicen las variables de efectividad de técnicas educativas para la cultura de la seguridad del paciente, tanto en los antecedentes de tipo nacional, como en los internacionales. Sin embargo, se logró trabajar con algunas investigaciones con enfoques y metodología similares.

Resulta importante considerar el tiempo de asesoría que la casa de estudios brinda a todos los trabajos independientemente del tipo y diseño de investigación, subsanar esta etapa es una propuesta que debe ser considerada por la universidad, para futuros trabajos experimentales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente de la investigación

Internacionales

Gutiérrez (14), en el 2023, en Colombia en su estudio tuvo como objetivo “Desarrollar estrategias educativas sobre seguridad del paciente mediante experiencias basadas en prácticas y tecnologías para la información, niveles de comunicación en relación a la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente en los trabajadores de la ESE ISABU 2023”. Emplearon la matriz FODA para identificar las necesidades, para priorizar se emplea una matriz de logro cruzado y para llevar el plan de mejora emplearon las teorías de calidad del autor Deming, aprendizaje significativo de Ausubel y consecución de objetivos de la teoría de Imogene King. Se logró el cumplimiento del plan de mejora en tres necesidades que se identificaron en el programa, se elaboró el documento técnico siendo una evidencia científica con diseños estratégicos para la educación sobre la seguridad del paciente completando el 100% de las metas. Se concluye que la encuesta de la cultura de la seguridad permite determinar distintas estrategias que son establecidas en la institución, el diseño de estrategias de educación

resultó ser efectivas para la cultura de seguridad y mantener actualizado el documento educativo fomenta que el personal se mantenga informado.

Tello et al. (15), en el 2023, en México, desarrollaron una investigación cuyo Objetivo fue “Determinar la cultura de seguridad del paciente en relación a las horas por semana laboradas y los incidentes que presento el personal de enfermería del hospital público de la ciudad de Saltillo, Coahuila”. Es una investigación descriptiva correlacional, la población lo conformaron 113 enfermeras y se aplicó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Resultado: acciones y expectativas por parte de la dirección con 60,8%, aprendizaje organizacional con 68,1%, comunicación sobre errores con el 58,9% y fortaleza sobre trabajo en equipo con 76,3%, comunicación con la verdad con 42,4%, apoyo a la gerencia con 42,7%, dotación del personal con 37,8% y la respuesta no punitiva sobre los errores con 35,9%. Concluye que se debe tomar en cuenta estos resultados para desarrollar estrategias y poder ofrecer una atención segura al paciente.

Bezerril et al. (16), en el 2022, en Brasil, ejecutaron la investigación con el objetivo de “Analizar la cultura de seguridad en el paciente de Atención Primaria de Salud”. Es un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, la población estuvo conformado por 403 trabajadores del área de la salud, para la reelección de datos se utilizó la encuesta. Resultados: trabajo en equipo con el 65,23%, seguimiento de la atención del paciente con el 52,59%, trabajo bajo presión con el 49,14%, organización de equipo con el 33,33%, respuestas nulas sobre seguridad y problemas de calidad con el 56,55% e intercambio de información interinstitucionales con el 51,72%. Conclusión: No se encontraron datos relevantes para la seguridad del paciente por lo cual es incipiente la seguridad en los servicios de salud.

Hernández et al. (17), en el 2021, en México, realizaron la investigación, teniendo como objetivo, “Identificar la percepción que los estudiantes de enfermería en relación a la seguridad del paciente”. Es una investigación descriptiva, transversal. La muestra estuvo constituida por 516 estudiantes de la carrera de enfermería, se empleó como instrumento el cuestionario APQS-III valido y confiable. La mayoría era del sexo femenino con una edad de 20 años, el 50% del alumnado no tienen noción sobre la seguridad del paciente, en la dimensión entrenamiento recibido el 63,5% refiere que formación de pregrado los capacita para comprender los peligros de un evento adverso, los capacitan para reducir errores y ejecutar de manera adecuada la definición de seguridad y comprender, el 50,3 % tiene confianza en realizar reportes de errores y las horas de trabajo se asemeja como un riesgo para poder causar errores. Concluye que los estudiantes muestran actitudes positivas en el entrenamiento sobre la seguridad del paciente el cual es benefactoría para poder entender y reducir las causas de los errores en la seguridad.

Chávez (18), en el 2019, en Ecuador, desarrollo un estudio cuyo objetivo fue ” Evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Axxis” Estudio analítico y observacional, el grupo de estudio lo conformaron 140 trabajadores de diferentes áreas del hospital que cumplieron con los criterios de inclusión, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta elaborada. Determinó que el 58,6% indicaron que trabajan entre 40 a 59 horas semanal, el 30,7% trabaja entre 20 a 39 horas durante la semana , el 4,3% trabaja semanalmente entre 60 a 79 horas y el 5% tiene una carga laboral de por debajo de 20 horas a la semana ; en lo que respecta a la seguridad del paciente el área de pediatría obtuvo un alto nivel de cultura de seguridad con 61,80%; los puntos de debilidad fueron con el tema de personal con el 25%, apoyo por parte de la administración 0%, incidentes reportados 0%, acciones y expectativas del supervisor

para promover la seguridad 100%, aprendizaje y mejora continua 100%, comunicación abierta 100%, respuesta no punitiva al error 100%. Conclusiones se evidenció las fortalezas como el trabajo en equipo con el 76,40%, el aprendizaje organizacional y la mejora continua con el 65,7%, expectativas del supervisor y las acciones para promover la seguridad del paciente con el 63,90%, y el punto de intervención es la creación de un departamento responsable para el manejo de reportes de eventos adversos que se encargara de socializar, no responsabilizar a las personas y aprender de lo que sucede, los involucrados y los no involucrados, para crear una cultura de seguridad adecuada.

Amiri et al. (13), en el 2018, en Irán, su investigación cuyo fin fue “Determinar el objeto del empoderamiento de enfermeras y supervisores a través de un planteamiento educativo sobre cultura de seguridad del paciente en UCI de adultos, es un ensayo aleatorio experimental y control donde participaron 60 enfermeras y 20 supervisores. Como resultados se encontraron valores significativamente muy altos que en el grupo control ($2,84 \pm 0,37$, $p < 0,001$). También fue superior a la del pretest ($2,91 \pm 0,4$, $p < 0,001$). Además, se observaron mejoras significativas en 5 de las 12 dimensiones en el grupo experimental. Sin embargo, dimensiones como la solución no punitiva a los errores y los imprevistos informados no mejoraron significativamente. Conclusiones: Empoderar a las enfermeras y supervisores podría mejorar la cultura general de seguridad del paciente. No obstante, se requieren acciones adicionales para acrecentar áreas como el reporte de eventos y la respuesta no punitiva a los errores.

Ortiz et al. (19), en el 2021, en México, tuvieron el objetivo de “Evaluar la efectividad de una intervención educativa como herramienta para mejorar los conocimientos de enfermería en la prevención y tratamiento de UPP”. Fue un estudio preexperimental. Determinaron que en la variable prevención obtuvo de 74 ± 15 incrementando a 91 ± 9 . En la variable tratamiento obtuvo de 57 ± 16 incrementando

a 76 +/- 9. Concluyendo que la aplicación de la intervención educativa permitió mejorar el conocimiento sobre prevención y tratamiento de las UPP.

Nacional

Fuentes et al. (20), realizaron la investigación con el propósito de evaluar la efectividad del programa educativo “Manos limpias salvan vidas” en conocimientos, en actitudes y en prácticas de higiene de manos en enfermería de una clínica en Chiclayo, en el año 2023. El método aplicado fue el hipotético deductivo con una metodología cuantitativa aplicada con un diseño de tipo pre experimental se trabajó con una muestra censal se conformó por 114 unidades, se aplicó la técnica de la observación y los instrumentos fueron cuestionarios y listas de chequeo los resultados abordaron que existe relación significativa entre el conocimiento y programa educativo con un valor de significancia ($\text{sig.} = 0,000$) es menor al valor de la significancia teórica ($\alpha=0,05$), donde concluyen que el programa educativo aplicado fue efectivo al modificar favorablemente el conocimiento y práctica de higiene de manos, no logro modificar actitudes del personal. estudiado ya que se requiere de seguimiento continuo y educación permanente en colaboradores asistenciales para crear una cultura de higiene de manos.

Palomino (21), en el 2023, en Perú, desarrollo su investigación cuya finalidad fue “Determinar la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales de nivel público”. Metodología que fue empleada es la cuantitativa, descriptivo, de corte de tipo transversal, la población la conformaron 231 enfermeras, los datos fueron derivados mediante la aplicación del cuestionario. Resultados: cultura de la seguridad 56,5% - 43,5% nada adecuada, el 64,5% - 35,5% trabajo en equipo es adecuado, dirección y gestión con 64,9% - 35,1% es adecuada, el

61,7% - 38,3% supervisión nada adecuada, 59,5% - 40,5% apertura a la comunicación nada adecuada. Conclusión: la cultura de la seguridad es deficiente.

Huerto (22), en el 2021, su investigación tuvo como objetivo “Identificar el nivel de Cultura de la seguridad en el paciente que presenta el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco”. La investigación emplea una metodología cuantitativa, aplicada, descriptiva; la investigación tuvo como participantes a 20 enfermeras del servicio de emergencia, la recolección de datos se realizó a través de encuesta. Resultado: El personal de enfermería tiene un valor fuerte en cuanto a la seguridad del paciente con el 55%, es débil en la dimensión de supervisión de los datos obtenidos sobre la cultura de la seguridad con el 35 a 40% y como fortalezas se evidencio el trabajo en equipo con 60%, también en la dimensión de gestión donde se evidenció que el conocimiento sobre la cultura del paciente es fuerte con el 65% en las enfermeras. Conclusiones: Nivel del conocimiento que tienen el personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad es baja.

Alegre (23), realizó una investigación cuantitativa, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo “Me relevo” para el nivel de conocimiento y la práctica en el reporte oral del personal de enfermería en el servicio de Medicina en el hospital III EsSalud Chimbote para el año 2020, con un diseño cuasi experimental la población muestral la conformaron 25 Enfermeras del servicio de Medicina de hospitalización a quienes se les aplicó instrumentos validados sobre el reporte del personal de enfermería, se aplicó el programa educativo “Me relevo” los resultados dieron muestra que antes del programa tuvieron un conocimiento regular y después del programa tuvieron un conocimiento bueno en el 100% de los casos, con una significancia para el nivel de conocimiento [$Z=-4,339b$; $p=0.000$] y para la práctica

sobre el reporte oral [$Z=-4,431b$; $p=0.000$] en el personal de enfermería, concluyendo que el programa educativo “Me relevo” es efectivo para las variables estudiadas.

Rivera et al. (24), en el 2020, en Perú, desarrolló un estudio cuyo objetivo es “Evaluar el efecto de estrategias de supervisión de los eventos adversos en la seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud, La Libertad, Trujillo”. La investigación fue cuantitativa y explicativa, esta investigación tuvo a 47 enfermeras a las cuales se les aplicó un cuestionario que mide la seguridad del paciente el cual fue validado y es confiable. Resultado se identificó que las enfermeras tienen una percepción de la seguridad del paciente en nivel medio con 66% al igual que a las estrategias de supervisión de los eventos adversos 87,2%. Se concluye demostrando la correlación moderada que existe entre las estrategias de supervisión con la seguridad del paciente ($RS=0,525$; $P<0.01$), estos resultados contribuyen en la satisfacción de los pacientes y familiares mejorando la seguridad y disminuyendo en casos de eventos adversos.

Núñez (25), en el 2020, en Perú, cuyo objetivo fundamental fue “Determinar el nivel de la cultura de la seguridad, el tipo de fortalezas y oportunidades de mejora en la cultura de la seguridad en la unidad del hospital”. Metodología: La presente investigación es cuantitativa de diseño descriptivo el grupo población estuvo conformada por 121 enfermeras, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta. Resultado: la cultura de la seguridad del paciente es considerada como debilidad con 44,1%, frecuencia de eventos adversos con 51,24% trabajo en equipo con 68,8%, mejora continua con 61,43%, expectativas y acciones por parte de la dirección o supervisión con 53,31%, comunicación de los errores con 51,79%, como debilidad las respuestas no punitivas sobre los errores con 40,77%, comunicación franca con 39,12%, el apoyo por parte de gerencia 34,44%, y dotación de personal con 29,96%, trabajo en equipo entre unidades con 36,57%, conflicto en el cambio de turno y

transmisión entre los áreas con 34,09%. Conclusión: La cultura es considerada como una debilidad, por lo que es necesario mejorar las estrategias en la gestión para poder mejorar el grado de la seguridad del paciente.

Molina (26), en el 2019, en Perú, su objetivo es “Describir las intervenciones del personal de enfermería para definir la seguridad del paciente en el servicio de emergencia”. Realizó una investigación analítica de artículos y literaturas científicas con un diseño documental retrospectiva, se tomó en cuenta 21 artículos de REDALYC, ELSEVIER, PUBMED, GOOGLE ACADEMICO – SCIELO, que hablan sobre la seguridad del paciente. Concluye logrando identificar las intervenciones de enfermería en distintos artículos, donde resalta el cuidado es responsabilidad del enfermero(a) por la preparación y la capacidad de brindar cuidados de calidad, lo que garantiza al paciente un buen cuidado brindando seguridad.

Arrieta et al. (27), en el 2018, en Perú, su fin fue “Evaluar la cultura de la seguridad del paciente en Perú tanto en el sector público como privado”, la investigación fue transversal, la participación fue de 1679 profesionales del sector salud de Lima y Callao, a la cual se les realizó la encuesta; demostrando que el 18% del personal valoró como excelente o bueno la seguridad de la persona hospitalizada, mientras que en el sector público el personal entre el 13-15% valora como bueno, y el sector privado en el 37% valora como bueno la seguridad. El sector privado demostró tener más resultados favorables sobre la cultura de la seguridad que el sector público resaltando más las dimensiones apoyo del administrador, informar y comunicación de errores. Concluyendo que la seguridad del paciente en Perú es baja.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Programa educativo

Definición

Un programa educativo en salud es una iniciativa diseñada para proporcionar información y promover el conocimiento sobre temas relacionados con la salud y el bienestar. Estos programas suelen incluir actividades de enseñanza y aprendizaje que abordan una amplia variedad de temáticas, dentro de las que destacan la prevención de enfermedades y la promoción sobre los estilos de vida saludables, la educación sexual, la nutrición, la higiene personal y otros aspectos importantes para mantener una buena salud (28).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define al programa educativo como un conjunto que es estructurado por estrategias para lograr los objetivos y metas que son cuantificables; este programa es un instrumento que permite a la persona educadora cumplir con las funciones (29).

Su objetivo principal es capacitar a las personas para la toma de decisiones previamente de la actividad física y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol (30), informadas y logren presentar comportamientos que sean saludables en su vida cotidiana. Algunos ejemplos de programas educativos en salud incluyen talleres de prevención de enfermedades, charlas sobre nutrición y alimentación saludable, campañas de concientización sobre el VIH/SIDA, programas de educación sexual y actividades de promoción

Campos de Actuación

La necesidad de ejecución de los programas educativos abarca distintos grupos sociales, así como también individuo, por lo que la educación tiene un amplio eje de ejecución en los que se debe tener en cuenta el cumplimiento de los objetivos en los campos que se ejecuten estos programas educativos y debe desarrollarse según la población escogida. Estos programas educativos son diseñados para la población en general o puede ser para un grupo específico como niños, mujeres, adolescentes y adultos mayores; además estos programas se pueden

desarrollar en centros de laborales, hospitales, centro de primer nivel de atención, centros educativos (31).

Planificación del programa educativo

Para poder ejecutar un programa educativo se debe tener tres cosas en cuenta: Querer, saber cómo vamos a desarrollar y la planificación para lograr el objetivo propuesto. Antes de desarrollar la planificación se debe tener ya identificado la situación o el campo donde desarrollar el programa. Una vez identificado se procede a diseñar los objetivos, a quien va dirigido, los recursos, que estrategia utilizar, que actividades se desarrollaran y en qué tiempo (cronograma) (31).

Formulación de los objetivos: Los objetivos deben ser claros y concisos para lograr que el participante logre obtener el aprendizaje o destreza.

Identificación de la población: Identificar a la población a la que va dirigido el programa considerando el número de participantes, el sexo, edad, actividad que realizan, etc.

Recursos: El recurso es vital para ejecutar el programa siendo el recurso humano importante, materiales que se utilizaran etc.

Internet: como son a través de una computadora o celulares móviles, entre otras. Es una herramienta que facilita el acceso a la información, promueve la comunicación y colaboración entre estudiantes y docentes, mejorar la presentación de contenidos educativos.

Expositivas: La persona explica de manera oral el porqué, para que, del tema que se eligió se puede apoyar en papelotes.

Participativa: Es una herramienta que enriquece la comunicación entre el expositor y los participantes haciendo un intercambio de experiencias.

Demostrativas: El educador enseña el procedimiento o manipulación de algo específico para que los participantes la repitan hasta lograr el conocimiento y la destreza.

La estrategia: En esta etapa se debe realizar el análisis de como abarcar el problema y realizarnos las preguntas ¿quién va a dirigir y a quienes?, ¿Cómo lo hacemos?, ¿dónde lo vamos a realizar?, a partir del análisis, establecemos estrategias de abordaje.

Actividades: Son un conjunto de tareas que se desarrolla para poder alcanzar los objetivos trazados. Para ellos se puede realizar una ficha por actividad para poder recabar la información detallando lo siguiente: nombre de la actividad, objetivos, destinatarios, la metodología, una breve descripción del taller, detallar el recurso humano como los materiales, lugar y duración y el método de evaluación.

Cronograma: Debemos generar un almanaque que permita la programación a detalle, según días y meses que permitan observar las etapas del programa, incluidas actividades que serán consideradas como parte del programa, o las diferentes tareas que se van a hacer dentro de una actividad.

Evaluación: la evaluación nos sirve para identificar la información antes, durante el proceso y después para poder evaluar si se alcanzó los objetivos y cuál ha sido la eficacia del trabajo.

2.2.2 Cultura de la seguridad

Definición

La cultura de la seguridad se describe como un conjunto de valores, normas, comportamientos y creencias que existen en una organización o sociedad en relación con la seguridad. Es la forma en que las personas y las organizaciones entienden, priorizan y abordan la seguridad en su vida diaria. En el contexto organizacional, la cultura de seguridad implica promover actitudes y prácticas que fomenten la prevención y la mitigación de riesgos., así como la adopción de medidas de seguridad en todos los niveles de la organización. Esto incluye la implementación de políticas y procedimientos de seguridad, la promoción de la

comunicación abierta y transparente sobre los riesgos, la capacitación y educación en seguridad, y el fomento de una actitud proactiva hacia la seguridad (32).

La cultura de seguridad es fundamental para garantizar un entorno seguro para ambas partes para el usuario y el que presta el servicio. Promover una cultura de seguridad fuerte puede ayudar a prevenir accidentes, reducir lesiones y promover el bienestar general. Es importante destacar que la cultura de seguridad no se limita solo al ámbito laboral, también puede aplicarse en otros contextos, como la seguridad en la atención médica, la seguridad vial o la seguridad en el hogar. En cada uno de estos contextos, la cultura de seguridad busca crear conciencia, promover buenas prácticas y reducir los riesgos asociados (32).

La OMS define la cultura de seguridad del paciente como parte importante cultura organizacional que establece la responsabilidad de la organización en salud para la gestión en la seguridad del paciente. Esto incluye actitudes, valores, percepciones, creencias, normas, procedimientos, patrones y competencias de comportamiento grupales e individuales. Además, refiere que es la ausencia de aquellos daños evitables para los pacientes y la disminución hasta el mínimo aceptable del riesgo de ocasionar innecesariamente daños al brindar la atención (33).

Teoría de Enfermería y la Cultura de Seguridad

Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, es considerada como figura clave en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. Su trabajo durante la Guerra de Crimea y sus notas de enfermería evidenció la importancia de la higiene y el saneamiento en la prevención de enfermedades y la reducción de la mortalidad (34).

Mediante su teoría centrada en el medio ambiente podemos mencionar algunas contribuciones con la seguridad del paciente (34).:

Higiene y saneamiento: Implementó medidas de higiene en los hospitales militares, como la limpieza constante, la ventilación adecuada y el lavado de manos, lo que redujo significativamente la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas.

Entorno favorable: Promovió la creación de un entorno hospitalario adecuado para la recuperación de los pacientes, aplicando cuidados de enfermería incluyendo la atención a la luz, el ruido, la temperatura y la alimentación.

Recopilación de datos: Utilizó la estadística para analizar las causas de muerte en los hospitales y demostrar la eficacia de sus medidas de higiene.

Educación y formación: Abogó por la educación y formación formal de las enfermeras para brindar cuidados de calidad y seguros.

Impacto de su teoría en la cultura de seguridad del paciente (34):

Enfoque en la prevención: El trabajo de Nightingale sentó las bases para el enfoque riesgos.

Trabajo en equipo: Enfatizó la importancia del trabajo en equipo entre médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para garantizar la seguridad del paciente.

Comunicación abierta: Promovió la comunicación abierta y transparente entre los profesionales de la salud y los pacientes para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Las ideas de Florence Nightingale sobre la higiene, el saneamiento y la atención al entorno siguen siendo fundamentales para la cultura de seguridad del paciente en la actualidad. Su trabajo inspiró el desarrollo de estándares de seguridad en los hospitales y la formación de profesionales de la salud en la prevención de errores.

Historia de la seguridad del paciente

Varias culturas al pasar de los años buscaron la realización de actividades mediante el uso de las tradiciones tabúes leyes o algunas normas para determinar la seguridad del paciente. La seguridad del paciente ha avanzado en el trayecto de la historia de la medicina y se ha

transformado en un tema fundamental en la atención médica. La OMS ha promovido acciones a nivel mundial para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo de daño asociado a la atención médica (35).

Se encuentra cinco etapas en la historia desde inicio de la civilización hasta a actualidad (35).

Albores de la civilización: Mesopotamia, India y China. Las antiguas civilizaciones donde se encuentran las primeras escrituras médicas y también las primeras normas o leyes para brindar una atención segura por parte de los enfermeros. El mejoramiento continuo se dio por la difusión de conocimientos y los tratamientos a través de escritura. El libro de Código de Hammurabi contiene 282 leyes - es un ejemplo de legislación donde once leyes de esta hacen referencia al acto médico, dando origen a la “ley del Talión”, la ley 218 que dice: “Si un médico deja morir una vida por un mal procedimiento este deberá cortarse sus manos”. La “ley del Talión” busca establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. En la Antigua Mesopotamia no había escuelas de medicina, los conocimientos se adquirían en templos de ciertos “expertos” llamado “Ashipu”, como se les llamaba a los sacerdotes, mago y médico. Los demás practicaban de forma empírica y causaban daños al realizar cirugías especialmente oftálmicas. La ley de talión funcionó como disuasivo para los audaces e imprudentes, de tal forma que ayudo a la seguridad del paciente a partir de un estímulo punitivo.

Períodos helenista y romano: Helénica 1200 a.c. realizo aportes a la humanidad logrando de lado la medicina empírica para poder buscar las causas de la enfermedad y emplear un tratamiento adecuado. Por lo que el enfermero mediante la realización del examen físico y la identificación de signos y síntomas, logro contribuir con la seguridad del paciente, las atenciones con asepsia contribuyo a la atención segura. Hipócrates (460-370 a.c.) establece el acto médico en su escuela el no causar daño al paciente. Logrando por primera vez el juramento

hipocrático, a raíz de ello al ejercer la medicina bajo normativa con ética hacia la seguridad del paciente. Helenístico de Alejandro Magno (356-323 d.c.) resalta el juramento hipocrático “dirigir el tratamiento con los ojos puesto en la recuperación de los pacientes y abstenerme de toda maldad y daño” fue una contribución notable a la seguridad del paciente por la oficialización del ejercicio de la medicina; El emperador Alejandro Severo (225-235 d. c.) decreta la educación de la medicina como normalización para garantizar la calidad, y por tanto la seguridad de la práctica profesional en el Imperio Romano.

Humanismo y el Renacimiento hasta la Revolución Industrial: Tras la caída del impero romano, los árabes contribuyeron con el mayor progreso siendo Avicena con algunos principios basados en la medicina, el Renacimiento y el humanismo ocuparon el estudio práctico en la anatomía humana; Andrés Vesalio (1514-1564), incorporó la medicina hasta el estudio de la fisiología, la histología, la patología, etc. En 1861 Ignaz Philipp Semmelweis, publicó un libro titulado De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal. Florence Nightingale (1820-1910) hizo su contribución a la seguridad del paciente gracias a su técnica aséptica que empleo con los heridos de la guerra de Crimea. Joseph Lister en 1867, indica la reducción de la tasa de muertes a causa de infecciones al hacer uso de antisépticos en la limpieza de los instrumentos, en el lavado de mano y de las heridas.

En el siglo XX Ernest Codman, cirujano y considerado como padre de la calidad asistencial. En 1916 realizó la publicación sobre gestión de la calidad de los centros hospitalarios, recalando que los resultados deberían ser publicados para el público ya sean positivos como negativos, esto para impulsar la realización de estudios que lleven a mejorar los diagnósticos y los tratamientos.

En relación a la seguridad del paciente a partir de la presentación del informe errar es humano dónde se establecieron los retos globales y la Organización Mundial de la Salud y el estudio Ibeas en el siglo XX en el año 1999 el Instituto de la medicina en la Academia nacional

de Ciencias en los Estados Unidos llegó a las conclusiones que no eran del agrado de la población y obligaron a los representantes políticos administrativos a considerar como principio primordial a la seguridad del paciente durante la atención. En el año 2005 la OMS creó la Alianza y lanzó el reto global “Atención limpia es una atención segura” siendo el punto de partida hacia la seguridad del paciente en todo el mundo, luego lanzó el segundo reto “cirugía segura” después “medicación sin daños”. En el 2011 se publicó el estudio realizado sobre prevalencia de efectos adversos, demostrando el 10.5% de eventos adversos de los cuales el 60% fueron evitables. Por lo tanto, constituyó la obligación de publicaciones sobre la seguridad del paciente y eventos adversos.

Base legal

Ley N° 26842 "Ley General de la Salud"

Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado: Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.

R.M. N° 676-2006 "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".

Resolución Ministerial W 456-2007/MINSA. Aprobar la NTS W 050 MINSAIDGSP v02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"(36).

Características de una cultura de seguridad

La cultura de seguridad se caracteriza por una serie de atributos que promueven la prevención de riesgos y la seguridad en una organización. A continuación, se presentan algunas características de una cultura de seguridad (37):

Conciencia compartida: Existe una conciencia generalizada entre todos los miembros de la organización sobre los riesgos y la importancia de la seguridad. Todos reconocen que la seguridad es responsabilidad de todos y se comprometen a mantener un entorno seguro.

Liderazgo comprometido: La alta dirección y los líderes de la organización demuestran un compromiso activo con la seguridad. Establecen políticas y procedimientos claros, asignan recursos adecuados y modelan comportamientos seguros.

Comunicación abierta: Existe una comunicación abierta y transparente sobre temas de seguridad. Todos los empleados se sienten cómodos al informar sobre incidentes, riesgos potenciales o sugerencias de mejora. Se fomenta el intercambio de información y el aprendizaje continuo.

Aprendizaje y mejora continua: Se promueve el aprendizaje a partir de los errores y se busca constantemente la mejora de los procesos y prácticas de seguridad. Se realizan investigaciones de incidentes, se implementan acciones correctivas y se comparten lecciones aprendidas en toda la organización.

Responsabilidad individual y colectiva: Cada empleado asume la responsabilidad de su propia seguridad y la de los demás. Se fomentará la participación en la identificación y mitigación de riesgos, así como el cumplimiento de los procedimientos de seguridad establecidos.

Capacitación y formación: Se proporciona capacitación y formación adecuada en materia de seguridad a todos los empleados. Se asegura que estén debidamente capacitados para realizar sus tareas de manera segura y se promueve la actualización continua de conocimientos.

Reconocimiento y recompensa: Se reconocen y recompensan los comportamientos seguros y la contribución a la cultura de seguridad. Esto puede incluir incentivos, reconocimientos públicos o programas de reconocimiento interno.

Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un objetivo en conjunto de todos los involucrados en la atención médica. Se debe trabajar para diseñar entornos de atención seguros, para fomentar la

competencia y prácticas seguras de los profesionales, y para que la seguridad del paciente sea una prioridad en la agenda de las organizaciones. En la cultura de la seguridad se ha considerado las siguientes dimensiones:

Seguridad en el área de trabajo

La colaboración y el trabajo en equipo son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente. Esta dimensión se refiere a la existencia de un entorno de trabajo en el que los miembros del equipo se apoyan mutuamente, comparten información de manera efectiva y colaboran en la toma de decisiones para garantizar la seguridad del paciente (38).

El propósito del trabajo en equipo es reducir los errores a través de la enseñanza de cada colaborador a responder adecuadamente ante situaciones adversas. Por lo tanto, se centran en la formación de habilidades y proporcionan a los empleados un entorno de comunicación claro, razonable y bueno. Este personal está capacitado para brindar soporte cuando sea necesario y resolver errores o incidentes sensibles (38).

La comunicación entre las organizaciones y/o unidades ejecutoras deber ser claras y oportunas ya que la falta de comunicación y la falta de humanidad puede ocasionar un mal trabajo en equipo, lo que puede conducir a eventos adversos clínicos.

La realización del trabajo en equipo busca reducir los errores y mejorar la formación en cada una de las personas del equipo para responder adecuadamente ante situaciones de seguridad, el logro del trabajo en equipo incluye lograr capacitar al personal para realizar comprobaciones cruzadas en las tareas asignadas para ofrecer ayuda cuando sea necesario y evitar errores de una manera imparcial. Que logren reflexionar y brindar una adecuada información sobre todo después de incidentes de nivel crítico (38).

La gestión de personal de salud forma también, una parte importante en la que se organizan y administran los recursos humanos en el ámbito de la atención médica. Esto incluye aspectos como la planificación de la fuerza laboral, la asignación de tareas, la capacitación y

el desarrollo profesional, entre otros. Una buena gestión del personal de salud contribuye a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención (39)

La suficiencia de personal se refiere a contar con la cantidad adecuada de profesionales de la salud para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. Esto implica tener un número suficiente de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para brindar una atención de calidad.

La disponibilidad de personal considera que los profesionales de la salud estén disponibles cuando se les necesite. Esto implica contar con mecanismos para garantizar que haya personal disponible en todo momento, especialmente en situaciones de emergencia o alta demanda.

Seguridad brindada por la dirección

Los coordinadores o jefes clínicos desempeñan un papel fundamental en la seguridad del paciente dentro de las organizaciones de salud. Estos profesionales son responsables de coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la seguridad del paciente en su área de trabajo (40). Se encargan de:

Promover una cultura de seguridad: Los coordinadores o jefes clínicos pueden fomentar una cultura de seguridad entre el personal de salud. Esto implica educar y concientizar a los miembros del equipo sobre la importancia de la seguridad del paciente y la necesidad de informar eventos adversos y errores.

Implementar políticas y procedimientos: Los coordinadores o jefes clínicos logran participar en la implementación y el desarrollo de las políticas y procedimientos involucradas en la seguridad del paciente. Esto puede incluir la estandarización de prácticas clínicas, la creación de protocolos de seguridad y la promoción de la adhesión a las mejores prácticas.

Capacitar al personal: Los coordinadores o jefes clínicos pueden organizar y facilitar programas de capacitación sobre seguridad del paciente para el personal de salud. Esto puede incluir la formación en técnicas de identificación y prevención de errores, el uso adecuado de tecnología médica y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo.

Monitorear y evaluar la seguridad del paciente: Los coordinadores o jefes clínicos pueden establecer sistemas de monitoreo y evaluación para identificar y analizar eventos adversos y errores. Esto puede implicar la recopilación de datos, el análisis de causas raíz y la implementación de medidas correctivas para prevenir futuros errores.

Colaborar con otros departamentos: Los coordinadores o jefes clínicos pueden trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos, como el departamento de calidad o el departamento de gestión de riesgos, para garantizar una atención segura y de calidad. Esto puede incluir la participación en reuniones de comités de seguridad del paciente y la colaboración en iniciativas de mejora de la seguridad (41).

El aprendizaje organizativo también implica fomentar una cultura de seguridad abierta y de aprendizaje, donde los miembros del equipo se sientan seguros para informar de errores y proponer mejoras. Las mejoras continuas en la seguridad del paciente se basan en el aprendizaje organizativo y se refieren a la implementación constante de cambios y mejoras en los procesos y prácticas de atención. Esto implica revisar regularmente las políticas y procedimientos, capacitar al personal en prácticas seguras, utilizar tecnología y sistemas de información para detectar y prevenir errores, y fomentar una cultura de seguridad y rendición de cuentas (42).

El aprendizaje organizativo y las mejoras continuas en la seguridad del paciente son fundamentales para garantizar una atención segura y de calidad. Al aprender de los errores y trabajar en la mejora constante, las organizaciones de salud pueden reducir los riesgos y mejorar la seguridad de los pacientes.

Seguridad desde la atención primaria

La dimensión de seguridad desde la atención primaria incide en el respeto entre los colaboradores, coordinación con directivos de la organización, la colaboración e importancia que tiene de trabajar con un adecuado intercambio de información oportuna y prioritaria, dónde se involucra a la dirección del hospital y a los servicios que trabajan coordinadamente para proveer y mejorar el cuidado de los pacientes.

La promoción de la seguridad desempeña un papel fundamental en la cadena de la seguridad del paciente en el entorno de atención médica (39). Considera la recopilación y análisis de datos relacionados con eventos adversos y errores médicos. Esto permite identificar patrones y tendencias, lo que a su vez ayuda a implementar medidas preventivas para evitar la recurrencia de eventos similares. Desarrolla y mantiene las políticas y procedimientos actualizados: El personal puede trabajar en colaboración con los profesionales de la salud p

ara desarrollar políticas y procedimientos claros y actualizados que promuevan la seguridad del paciente. Esto incluye la implementación de protocolos de seguridad, la estandarización de prácticas clínicas y la mejora de la comunicación entre los miembros del equipo de atención médica.

La educación y la capacitación: facilitan programas de educación y capacitación sobre seguridad del paciente para el personal clínico y no clínico. Esto incluye la difusión de información relevante, la organización de sesiones de formación y el seguimiento del cumplimiento de los requisitos de capacitación.

Seguridad desde la comunicación

La comunicación acerca de errores es fundamental para promover la seguridad del paciente y garantizar un ambiente de atención de calidad (42).

La apertura y transparencia, es importante crear un entorno en el que los errores puedan ser discutidos abierta y honestamente. Esto implica fomentar una cultura en la que los miembros del equipo se sientan seguros al admitir errores y reportar eventos adversos.

La escucha activa cuando se comunica un error, es esencial practicarla, esto implica prestar atención a las preocupaciones y emociones de las personas afectadas por el error, permitiéndoles expresar sus sentimientos y perspectivas sin interrupciones.

La empatía y compasión forma parte de la comunicación acerca de errores hacia las personas afectadas. Es importante reconocer el impacto emocional que puede tener un error y mostrar preocupación por el bienestar de los pacientes y el personal involucrado.

Así también, la explicación clara y precisa, al comunicar un error, sobre lo que sucedió y por qué ocurrió. Esto ayuda a las personas afectadas a comprender la situación y evita mal entendidos o confusiones adicionales.

Los planes de acción y de prevención, son importantes, al momento de discutirlos para abordar el error y prevenir futuras ocurrencias. Esto puede incluir cambios en los procesos, mejoras en la capacitación o la implementación de medidas de seguridad adicionales.

El seguimiento y apoyo después de comunicar un error, resulta relevante, para las personas afectadas y asegurar que se estén tomando las medidas necesarias y proporcionar apoyo adicional si es necesario. Esto ayuda a reconstruir la confianza y asegurar a las personas que se están tomando medidas para evitar errores similares en el futuro.

Es importante que los profesionales de la salud se comuniquen de manera efectiva entre sí y con los pacientes para garantizar una atención segura y de calidad (42). La Comunicación entre el personal de la salud debe ser efectiva, entre los miembros del equipo de atención médica para evitar errores y garantizar una atención coordinada. Esto implica compartir información de manera clara y precisa, utilizar un lenguaje común y mantener una comunicación abierta y honesta.

Así mismo, la comunicación con los pacientes es crucial para garantizar que comprendan su atención médica, tomen decisiones informadas y se sientan involucrados en su propio cuidado. Los profesionales de la salud deben comunicarse de manera comprensible,

saber escuchar activamente las preocupaciones y preguntas de los pacientes y brindarles la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su atención.

Así mismo, la receptividad a la retroalimentación y a los sistemas de atención médica deben ser receptivos a la retroalimentación de los pacientes y el personal. Esto implica escuchar y responder a las preocupaciones y sugerencias de mejora, y tomar medidas para abordar los problemas identificados.

Finalmente, la comunicación durante situaciones de emergencia: debe ser efectiva y aún más crítica. Los profesionales de la salud deben poder comunicarse de manera clara y rápida para coordinar la atención y tomar decisiones informadas sobre el cuidado del paciente.

Frecuencia de sucesos notificados

Los eventos relacionados con la seguridad del paciente son situaciones en las que se producen un daño o riesgo de daño innecesario durante la atención médica. Estos eventos pueden ser prevenibles y no intencionales, y es importante notificarlos y gestionarlos adecuadamente para aprender de ellos y mejorar continuamente la seguridad del paciente.

La notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente es un proceso importante en la atención médica y puede ayudar a identificar áreas de mejora y prevenir futuros incidentes. Los profesionales de la salud deben estar atentos a cualquier evento adverso o incidente que pueda afectar la seguridad del paciente y notificarlo de acuerdo con los procedimientos establecidos.

La notificación y gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente se lleva a cabo a través de sistemas y protocolos establecidos en los centros de salud. Estos sistemas permiten recopilar información sobre los eventos ocurridos, analizar las causas subyacentes y tomar medidas correctivas para evitar su recurrencia.

Es importante fomentar una cultura de seguridad del paciente que promueva la notificación abierta y sin represalias de eventos adversos. Esto implica crear un entorno en el

que los profesionales de la salud se sientan seguros para informar sobre incidentes y errores, con el objetivo de aprender de ellos y mejorar la calidad y seguridad de la atención médica (42).

La gestión de incidentes y notificación permite dar a conocer los sistemas de notificación y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Esto implica asegurar que los eventos adversos se informen de manera adecuada y oportuna, y que se tomen las medidas necesarias para investigar y abordar los problemas identificados.

También, la comunicación y divulgación desempeñan un papel importante en la comunicación efectiva de las políticas de seguridad del paciente y la divulgación de información relevante a los pacientes y sus familias. Esto incluye la difusión de materiales educativos, la participación en campañas de sensibilización y la promoción de una cultura de seguridad del paciente.

Los errores en la seguridad del paciente son una preocupación importante en el ámbito de la atención médica. Para abordar los errores en la seguridad del paciente, es fundamental implementar medidas y estrategias que promuevan la prevención, detección y corrección de estos errores. La cultura de seguridad fomenta en la organización de salud, que se promueva la comunicación abierta, la transparencia y la no penalización de los errores. Esto permite que los profesionales de la salud se sientan seguros al informar de los errores y aprender de ellos. Es decir la comunicación efectiva: Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares (43).

El aprendizaje organizativo y las mejoras continuas en la seguridad del paciente son aspectos clave para garantizar una atención médica segura y de calidad. Estos conceptos se refieren a la capacidad de las organizaciones de salud para aprender de los errores y experiencias pasadas y utilizar esa información para implementar mejoras en los procesos y prácticas de atención. También implica la capacidad de la organización para identificar y

analizar los errores y eventos adversos que ocurren en la atención al paciente. Esto incluye la recopilación de datos, el análisis de causas raíz y la implementación de cambios en los procesos y políticas para prevenir futuros errores similares (44).

2.2.3 Enfermería y la cultura de seguridad

La enfermería es un papel fundamental en la cultura de seguridad del paciente. Los profesionales de enfermería son responsables de brindar atención directa al paciente ya que están en contacto las 24 horas al cuidado del paciente y están en una posición privilegiada para identificar y prevenir posibles riesgos y eventos adversos (45).

La enfermera juega un papel principal para que la cultura de la seguridad del paciente prospere en la atención de nivel hospitalario, el mismo que se enfrenta a varios desafíos como pueden ser la disminución de recursos, la infraestructura inadecuada, la carencia organizacional sumado a ella el déficit de capacidad y las competencias a nivel clínico por la ausencia de una coherencia en el contenido en el plan de estudios en lo que se refiere al conocimiento de la seguridad en la formación de los profesionales, en el desarrollo de la atención sanitaria segura que logren reducir los daños a los pacientes.

Es importante incrementar las investigaciones que logren comprender la importancia que tiene la cultura de la seguridad como componente fundamental en la práctica y creencias para la aplicación en el personal de salud en cada una de las organizaciones según la complejidad de cada servicio, siendo más específicos los que tengan mayor grado de resolución, logran disminuir la presencia de eventos adversos (45).

Conocimiento y aplicación de protocolos y guías: Los enfermeros deben estar familiarizados con los protocolos y guías de seguridad del paciente., y aplicarlos de manera rigurosa en su práctica diaria. Esto incluye el lavado de manos adecuado, la verificación del paciente correcto, administrar el medicamento correcto y la prevención de caídas, entre otros.

Comunicación efectiva: Para poder garantizar una seguridad de calidad al paciente debe haber una comunicación clara y efectiva en el personal multidisciplinario ya que esto favorece y garantiza la seguridad. Los enfermeros deben informar de manera precisa y oportuna cualquier cambio en el estado del paciente, así como compartir información relevante sobre la historia clínica y los tratamientos.

Gestión de medicamentos: La enfermera como responsable de la administración del tratamiento al paciente deberá tener en cuenta la verificación del medicamento, la vía de administración, la dosis a administrar y lo más importante identificar al paciente antes de administrar.

Educación y empoderamiento del paciente: Las enfermeras desempeñan un papel crucial en la educación y el empoderamiento de los pacientes con respecto a su propia seguridad. Esto incluye brindar información sobre procedimientos, medicamentos y medidas de autocuidado, así como fomentar la participación del paciente en su propio cuidado.

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hipótesis nula

El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo si las enfermeras no incrementan el nivel de cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Hipótesis alterna

El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo si las enfermeras incrementan el nivel de cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

2.3.2 Hipótesis específicas

Ho1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ha1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ho2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ha2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ho3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ha3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ho4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ha4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ho5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Ha5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente trabajo está considerado dentro del método hipotético deductivo ya que nos permite investigar de una manera conjunta los procesos que conducen a lograr los objetivos planteados en el estudio (45). Con la finalidad de resolver las hipótesis de investigación planteada sobre la efectividad de la intervención educativa en la cultura de la seguridad del paciente.

3.2. Enfoque de la investigación

Asimismo, el enfoque es de tipo cuantitativo dado que se realizó las observaciones y las mediciones a través de representaciones numéricas los cuales fueron analizados y procesados para poder generar un nuevo conocimiento (46) y determinar la eficacia del programa educativo.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación se ha considerado como una investigación aplicada (47), ya que modifica el nivel de cultura de la seguridad que presentan las enfermeras, después de

aplicar tres sesiones educativas para generar el incremento de la cultura de la seguridad e impacte en la atención de calidad al paciente.

3.4. Diseño de la investigación

Para Hernández (45), es un diseño de investigación experimental, porque se manipula la variable independiente y evalúan intervenciones en un entorno controlado, para analizar los efectos, se trabajó solo con un grupo, a los cuales se aplicó un pretest, se brindó tres sesiones educativas y se evaluó posteriormente con un postest para determinar la efectividad del programa educativo, por lo que se enmarca en los preexperimentales.

Es de corte longitudinal, cuando el investigador obtiene datos en un antes y un después para observar sus efectos (45).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población es definida cómo el conjunto que integra a todos los casos que coinciden con una serie de descripciones que presentan las unidades de análisis o de investigación (47).

Para la presente investigación las unidades de análisis fueron consideradas a las enfermeras que laboran en el hospital de EsSalud de la ciudad Puno, formando una población de 87 licenciadas en enfermería, quienes fueron incluidas en la investigación.

Muestra

Para el caso de la presente investigación se ha considerado la muestra censal, pues se seleccionó al 100% de la población al considerarla un número finito necesaria para la investigación, es aquella donde todas las unidades de la investigación son consideradas cómo la muestra (48).

Muestreo

En el presente trabajo de investigación no se realizará muestreo por ser muestra censal.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Licenciados en enfermería que trabajen en hospitalización del hospital EsSalud Puno.

Participan enfermeros con todas las modalidades de contratos de la institución.

Licenciados en enfermería que se encuentren con más de 1 año de labor en la institución.

Criterios de exclusión:

Licenciados en enfermería que se encuentren realizando exclusivamente labor administrativa.

Licenciados en enfermería que se encuentren haciendo uso de algún tipo de licencia

3.6. Variables y operacionalización

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	de	Escala valorativa
Programa educativo “cuidado y seguridad en enfermeras”	Los programas educativos en salud son iniciativas que buscan mejorar la salud de las personas a través de la educación, mediante el mejoramiento del conocimiento y las habilidades de las personas (Hernández et al).	La enfermera está vinculada a promover la educación en salud, en beneficio de los pacientes y familias para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de un hospital de Puno, quienes serán evaluadas mediante un pre tes y post tes.	Sesión educativa 1 Seguridad en el trabajo y en la dirección Sesión educativa 2 Seguridad desde la comunicación Sesión educativa 3 Seguridad en la importancia de la notificación Y atención primaria	Equipos. Insumos y recurso humano Nivel organizacional comprometido Apoyo mutuo. Equipo de trabajo Nivel de comunicación Escucha a pacientes Comunicación entre profesionales Sistema de gestión	Ordinal		Si es efectivo No es efectivo
Cultura de seguridad del paciente	La cultura de seguridad del paciente es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, estilo y competencia de la gestión de la seguridad y salud en una organización (48).	Son las percepciones que tienen los profesionales de enfermería respecto a la cultura de seguridad del paciente en los hospitales, ya sea de manera individual o en equipo para reducir los daños y riesgos logrando el bienestar del paciente mediante la aplicación de un cuestionario con 5 dimensiones	1. Seguridad en el área de trabajo 2. Seguridad brindada por la dirección Seguridad desde la atención primaria	Medio ambiente del área de trabajo e influencia de las condiciones laborales en cada trabajador Seguridad del paciente y nivel organizacional de la dirección. Respeto mutuo en el equipo de trabajo	Ordinal		Cultura fuerte ≥50 % Cultura débil < 50 %

4. Seguridad desde la comunicación	Comunicación y escucha a los pacientes para minimizar los riesgos.
------------------------------------	--

5. Frecuencia de sucesos notificados	Comunicación oportuna de los incidentes y notificación de los eventos adversos, que garanticen la seguridad del paciente.
--------------------------------------	---

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica usada para medir la cultura de seguridad en el paciente, fue la encuesta, que permite que las unidades de análisis puedan brindar la información desde la perspectiva de cada una de las unidades de investigación (47), a través de un cuestionario, el mismo que se aplicó en el pretest y post test.

Ficha técnica	: Cuestionario de cultura de seguridad en el paciente
Nombre	: Cuestionario HSOPSC por AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality
Creador	: AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality 2004
Validado y adaptado:	Por Damas en el año 2019 (49)
Aplicación	: Personal o en grupo.
Año	: 2019
Tiempo	: 15 min

3.7.2. Descripción del instrumento

El instrumento de medición de la cultura de la seguridad del paciente constituye de un total de 42 ítems, que consta de cinco dimensiones:

1. Seguridad en el área de trabajo
2. Seguridad brindada por la dirección
3. Seguridad desde la atención primaria
4. Seguridad desde la comunicación
5. Frecuencia de sucesos notificados

La escala de Likert mide cada ítem de la siguiente manera: Puntaje:

Totalmente en desacuerdo 1

En desacuerdo	2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
De Acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

Se evaluó que porcentajes de ≥ 50 % se consideró fuerte, de lo contrario (por debajo del 50 %) como punto débil de la cultura de seguridad.

El segundo instrumento es la aplicación del plan educativo, que se empleó posterior al cuestionario inicial, es decir al pretest, este accederá al programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente, el cual incluyó el desarrollo de sus 5 dimensiones determinadas en la operacionalización de variables.

Se desarrollaron tres sesiones educativas, para la implementación del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” se ha diseñado una estrategia metodológica que permite la participación global de la muestra censal para enfermeras de un hospital de Puno. Se ha tenido consideración de la dinámica laboral, teniendo en cuenta que el personal de enfermería realiza turnos rotativos de 6 horas, 12 horas, distribuidos en turnos de mañana, tarde, guardias diurnas, guardias nocturnas; por esta razón se optó por una modalidad mixta, se ha llevado la parte inicial de la convocatoria y aceptación a la participación de la investigación de manera presencial, se ha visitado en forma personalizada a las enfermeras asistenciales, en los diferentes servicios, firmado el consentimiento informado, se procedió con la aplicación del pre test. Las sesiones educativas se desarrollaron utilizando la plataforma virtual Google Meet, logrando la participación de toda la muestra censal. Cada una de las sesiones ha tenido una duración de 1 hora, se ha usado la tecnología adecuada: computadora, equipo de proyección, puntero láser, equipo de sonido e internet.

3.7.3 Validación

En la variable seguridad del paciente se utilizó un instrumento basado en la validación realizado por la autora Damas Castillo Cledy Katherine en el 2019 dónde aplica en la validez del instrumento por jueces expertos con una prueba binomial, obteniendo un valor binomial de 0,866 siendo adecuado (49).

3.7.4 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento es la medición que representa el instrumento y al volver a replicar la aplicación del instrumento nos dará valores y resultados semejantes (47).

La confiabilidad del instrumento fue realizada por la misma autora Damas Castillo Cledy Katherine en el 2019 donde aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach con un valor de 0,815 siendo altamente confiable (49).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se aplicó el pre test de la cultura de la seguridad al grupo de estudio. Asimismo, se brindaron 3 sesiones educativas, luego se aplicó el post test.

Se hizo uso del paquete estadístico SPSS 25 para organizar los datos, para el análisis de la información se utilizó una estadística descriptiva para las frecuencias absolutas y relativas, para el caso de la contrastación de la hipótesis se aplicó primero la prueba de normalidad para identificar el estadístico, la prueba estadística t Student para muestras relacionadas se eligió para determinar la diferencia estadística, entre los resultados del pre test y post test, mediante tablas para evidenciar a través de la contrastación de hipótesis utilizando la significancia del p valor menor al 0,05.

3.9. Aspectos éticos

En relación con los aspectos éticos a considerar en este trabajo de investigación las autoras solicitaron el permiso correspondiente a la Universidad Norbert Wiener, una vez

obtenida la aprobación del comité de ética se aplicó los instrumentos correspondientes las mismas que han evaluado y considerado dentro de los valores éticos:

Primero a la **beneficencia** ya que el programa educativo mejoró la cultura de la seguridad en enfermeras de hospitalización.

Segundo en relación con la **autonomía** se brindó la educación correspondiente, previa a la autorización de las unidades de análisis para la participación en el presente trabajo de investigación.

Tercero también se ha considerado al principio ético de la **justicia** en ella se consideró la participación de todos los miembros por igual respetando su decisión de participación.

Cuarto la no **maleficencia** la intención de la presente investigación tuvo como fundamental eje lograr la mejora en la cultura de la seguridad para bienestar de los pacientes y del equipo de trabajo.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

La muestra censal inicial estaba indicada en 87 enfermeras asistenciales de las cuales aplicando criterios de exclusión la muestra quedo delimitada en 80, donde 07 de ellas fueron excluidas del estudio, trabajando el análisis estadístico e inferencial con una muestra censal de 80 licenciadas en enfermería.

Tabla 1

Caracterización de las enfermeras de un hospital de Puno - 2025

Variable	Categoría	N	%
Edad agrupada	33 – 40 años	22	27,50
	41 – 50 años	29	36,25
	51 – 60 años	24	30,00
	> 61 años	5	6,25
Sexo	Femenino	79	98,75
	Masculino	1	1,25
Estado civil	Soltera	25	31,25
	Casada	45	56,25
	Conviviente	8	10,00
	Divorciado	2	2,50
Tipo de contrato	Nombrado	3	3,75
	Contratado	77	96,25
Años de servicio	1 – 5 años	18	22,50
	6 – 10 años	11	13,75
	11 – 20 años	21	26,25
	21 – 30 años	26	32,50
	> 31 años	4	5,00
Total		80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la presente tabla se observa la caracterización de la población de enfermeras de un hospital en la ciudad de Puno, donde en relación a la edad , el mayor porcentaje presenta de 41-50 años con el 36.25%, seguido del grupo de 51 a 60 años con el 30%; en el tipo de sexo prevalece el sexo femenino con 98.75%; en el estado civil el predominante es el estado civil casada con 56.25% y el estado civil soltera con 31.25%; en relación al tipo de trabajo la mayoría se encuentra bajo la modalidad de contratado con 96.25%; para los años de servicio el más representativo es el intervalo de 21-30 años con el 32.50%, seguido con 11-20 años con 26.25%.

Tabla 2

Efectividad del Programa Educativo “Cuidado y Seguridad en Enfermeras”, según dimensiones Pretest/Postest en un hospital de Puno - 2025

Dimensión	Pre test (%)	Post test (%)	Diferencia (%)
D.1 Seguridad en el área de trabajo	47.92	49.72	1.8
D.2 Seguridad brindada por la dirección	48.13	47.81	-0.32
D.3 Seguridad desde la atención primaria	36.93	42.5	5.57
D.4 Seguridad desde la comunicación	41.46	42.92	1.46
D.5 Frecuencia de sucesos notificados	41.25	55.83	14.58
Promedio general	43.14	47.76	4.62

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la presente tabla se observa el nivel de la variable cultura de la seguridad en el pre test el cual presenta un porcentaje del 43.14%, encontrándose dentro de la categoría de Cultura de la seguridad débil, sin embargo, al aplicar la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”, en el post test se evidencia un incremento a 47.76%, aumentando 4.62%; dicho resultado es un avance positivo, aunque continúe en el rango de la cultura de la seguridad débil.

Al evaluar la efectividad del programa educativo cuidado y seguridad en enfermeras según dimensiones, donde en la dimensión uno seguridad en el área de trabajo se ha incrementado de 47.92% a 49.72% con un incremento de 1.8%; en la dimensión dos seguridad brindada por la dirección hubo una disminución de 48.13 a 47.81% con una cifra de -0.32 %; en la dimensión tres seguridad desde la atención primaria hubo un incremento de 36.93 a 42.50% aumentando en 5.57%; en la dimensión cuatro seguridad desde la comunicación igual se observó un incremento de 41.46% a 42.92% aumentando 1.46%; en la dimensión cinco frecuencia de sucesos notificados sí se observó un mayor incremento a diferencia de las demás

dimensiones incremento de 41.25% a 55.83% aumentando 14.58%. En general se observó un incremento desde la aplicación del programa educativo cuidado y seguridad para enfermeras de un total de 4.62%.

Tabla 3

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión: seguridad en el área de trabajo pretest/post test en un hospital de Puno – 2025

Ítem	Pregunta	Pretest negativas	Pretest positivas	Pretest total	Postest negativas	Postest positivas	Postest total
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio	NA	56	56	NA	56	56
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	NA	22	22	NA	33	33
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	NA	51	51	NA	64	64
4	En este servicio, el personal se trata con respeto	NA	48	48	NA	62	62
5	El personal trabaja más horas de lo conveniente para el cuidado del paciente	30	NA	30	18	NA	18
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	NA	50	50	NA	57	57
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	60	NA	60	33	NA	33
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	21	NA	21	15	NA	15
9	Cuando se detecta algún error, se pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir	NA	42	42	NA	54	54
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio	43	NA	43	33	NA	33
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	NA	48	48	NA	54	54
12	Cuando se informa de un evento adverso, se juzga a la persona y no el problema	NA	36	36	26	NA	26
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	NA	41	41	NA	57	57
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente	23	NA	23	15	NA	15
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	NA	30	30	NA	47	47
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes	17	NA	17	9	NA	9
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes	28	NA	28	29	NA	29
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores	NA	44	44	NA	54	54
	%			47,92%			49,72%

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la tabla se observa la dimensión de seguridad en el área del trabajo, en el pretest existe una frecuencia de respuestas positivas en porcentaje de 47.92% y en post test se obtiene un porcentaje de 49.72%; se ha visto incrementado en 1.8% esta dimensión con la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”.

Tabla 4

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión: seguridad brindada por la dirección pretest/post test en un hospital de Puno – 2025

Ítem	Pregunta	Pretest negativas	Pretest positivas	Pretest total	Postest negativas	Postest positivas	Postest total
19	Mi jefa hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	NA	34	34	NA	43	43
20	Mi jefa considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	NA	35	35	NA	47	47
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	42	NA	42	34	NA	34
22	Mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repita una y otra vez	43	NA	43	29	NA	29
	%			48,13%			47,81%

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la tabla se observa la dimensión de seguridad brindada por la dirección, en el pretest existe una frecuencia de respuestas positivas en porcentaje de 48.13% y en post test se obtiene un porcentaje de 47.81%; se ha visto una disminución de -0.32%, en esta dimensión, después de la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”.

Tabla 5

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión: seguridad desde la atención primaria pretest/post test en un hospital de Puno – 2025

Ítem	Pregunta	Pretest negativas	Pretest positivas	Pretest total	Postest negativas	Postest positivas	Postest total
23	La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	NA	27	27	NA	30	30
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos	25	NA	25	26	NA	26
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	31	NA	31	36	NA	36
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	NA	17	17	NA	32	32
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	41	NA	41	40	NA	40
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios	30	NA	30	38	NA	38
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital	30	NA	30	32	NA	32
30	Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	NA	33	33	NA	36	36
31	La Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	23	NA	23	22	NA	22
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	NA	23	23	NA	33	33
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	45	NA	45	49	NA	49
	%			36,93%			42,50%

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la tabla se observa la dimensión de seguridad desde la atención primaria, en el pretest existe una frecuencia de respuestas positivas en porcentaje de 36,93% y en post test se obtiene un porcentaje de 42.50%; se ha visto incrementado en 5.57% esta dimensión con la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”.

Tabla 6

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión: seguridad desde la comunicación pretest/post test en un hospital de Puno – 2025

Ítem	Pregunta	Pretest negativas	Pretest positivas	Pretest total	Postest negativas	Postest positivas	Postest total
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	NA	27	27	NA	34	34
35	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	NA	34	34	NA	31	31
36	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio	NA	43	43	NA	42	42
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	NA	16	16	NA	15	15
38	En este servicio, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder	NA	49	49	NA	54	54
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien	30	NA	30	30	NA	30
	%			41,46%			42,92%

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En la tabla se observa la dimensión de seguridad desde la comunicación, en el pretest existe una frecuencia de respuestas positivas en porcentaje de 41.46% y en post test se obtiene un porcentaje de 42.92%; se ha visto incrementado en 1.46% esta dimensión con la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”.

Tabla 7

Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión: frecuencia de sucesos notificados pretest/post test en un hospital de Puno - 2025

Ítem	Pregunta	Pretest negativas	Pretest positivas	Pretest total	Postest negativas	Postest positivas	Postest total
40	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	NA	28	28	NA	45	45
41	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	NA	36	36	NA	47	47
42	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado?	NA	35	35	NA	42	42
	%			41,25%			55,83%

Fuente: Base de datos SPSS de las autoras

Interpretación. En las tablas se observa la dimensión de seguridad desde la frecuencia de sucesos notificados, en el pretest existe una frecuencia de respuestas positivas en porcentaje de 41.25% y en post test se obtiene un porcentaje de 55.83%; se ha visto incrementado en 14.58% esta dimensión con la intervención del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras”.

Tabla 8

Prueba de normalidad de las variables

Prueba de normalidad	Estadístico	gl	Sig. (p)
Kolmogórov-Smirnov	0.056	80	0.2
Shapiro-Wilk	0.983	80	0.354

Al observar la tabla se presenta un p valor (sig.) mayor a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que los datos siguen una distribución normal y se decide utilizar la prueba paramétrica T de Student para muestras relacionadas.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Tabla 9

Prueba de hipótesis del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad

Hipótesis general

H₀ El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025

H₁ El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p < 0.05$ se rechaza H_0

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Pretest total	43.75	80	10.97	1.23			
Postest total	52.48	80	11.79	1.32			
Diferencia (post-pre)	8.73		15.37	1.72	-5.08	79	0.00

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25, los resultados del Kolmogorov – Smirnov, demostraron una distribución normal antes y después de la intervención, por lo que se decide la utilización de la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.000, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025

Tabla 10

Prueba de hipótesis del programa educativo “cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo

Hipótesis específica 1

H₀1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

H₁1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p < 0.05$ se rechaza H_0

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Dimensión 1 Pre	21.69	80	4.78	0.53			
Dimensión 1 Post	24.35	80	5.39	0.6			
Diferencia (post-pre)	2.66		7.22	0.81	-3.3	79	0.001

Al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.001, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Tabla 11

Prueba de hipótesis del programa educativo “cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección

Hipótesis específica 2

H₀2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

H₁2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p < 0.05$ se rechaza H_0

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Dimensión 2 Pre	3.83	80	2.1	0.24			
Dimensión 2 Post	4.96	80	2.32	0.26			
Diferencia (post-pre)	1.14		3.25	0.36	-3.13	79	0.002

Al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.002, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Tabla 12

Prueba de hipótesis del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria

Hipótesis específica 3

H₀3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

H_i3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p < 0.05$ se rechaza H_0

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Dimensión 3 Pre	10.31	80	3.79	0.42			
Dimensión 3 Post	12.04	80	4.21	0.47			
Diferencia (post-pre)	1.73		5.29	0.59	-2.91	79	0.005

Al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.005, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Tabla 13

Prueba de hipótesis del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la comunicación

Hipótesis específica 4

H₀4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

H₁4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p \geq 0.05$ se rechaza H_1

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Dimensión 4 Pre	6.54	80	2.93	0.33			
Dimensión 4 Post	7.09	80	2.69	0.3			
Diferencia (post-pre)	0.55		3.88	0.43	-1.27	79	0.209

Al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.209, no teniendo significancia por lo que se acepta la hipótesis nula programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno

Tabla 14

Prueba de hipótesis del programa educativo “cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados

Hipótesis específica 5

H₀5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

H_i5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05 = 5 \%$ de margen máximo de error

Estadístico de prueba: T Student

Regla de decisión : $p \geq \alpha \rightarrow$ se acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula H_0

Toma de decisión : Dado que $p < 0.05$ se rechaza H_0

Variable	Media	N	Desv. típica	Error típico	t	gl	p (bilateral)
Dimensión 5 Pre	3.14	80	2.17	0.24			
Dimensión 5 Post	4.04	80	2.08	0.23			
Diferencia (post-pre)	0.9		2.93	0.33	-2.75	79	0.007

Al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.007, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.

4.1.3 Discusión de los resultados

En el presente trabajo de investigación se destaca la importancia que tiene la seguridad del paciente, es un problema que en los últimos años ha generado gran importancia varios investigadores resaltan la importancia de crear estrategias que permitan corregir las debilidades que se presentan en el manejo de la cultura de la seguridad, con la finalidad de garantizar una calidad en la atención en salud, el presente trabajo tiene el propósito de determinar la efectividad del programa educativo “cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de la seguridad en el paciente, en un hospital de la ciudad de Puno, dónde a partir de los resultados obtenidos se realizó la correspondiente discusión en relación a la efectividad de este programa educativo.

El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” ha demostrado ser efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente con un p valor de 0.00, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta, se ha logrado incrementar el valor de la media antes de la intervención de 47.75 a 52.47 después de la intervención, se ha generado un impacto positivo al lograr un incremento, denotando que el programa “cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo, se debe de continuar con el programa de intervención, dándole sostenibilidad en el tiempo, para mejorar estos valores hasta que se alcance una cultura de la seguridad fuerte y pueda ser continuada en el tiempo.

Similares resultados encontramos en el trabajo de investigación de Amiri et al. (13), con el trabajo de investigación: efecto de un programa educativo en el empoderamiento de enfermeras en la cultura de la seguridad del paciente, las puntuaciones de las medias totales después de la prueba de la cultura de la seguridad del paciente fueron significativamente más altas que la del grupo control, estos resultados tuvieron un valor $p = 0,001$ donde concluye que el trabajo de empoderar a las enfermeras mejora la cultura general de la seguridad en el

paciente, también refiere que es necesario tener acciones para mejorar áreas, como el reporte de los eventos y la respuesta no punitiva de los errores.

Con relación a la dimensión 1 de seguridad en el área de trabajo, el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno, con un p valor de 0.001, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta, se ha logrado incrementar el valor de la media antes de la intervención de 21.6875 a 24.3500 después de la intervención, expresando que el programa “cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo es efectivo, en esta dimensión se ha logrado incrementar en los ítem 2, tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo; asimismo se ha logrado evidenciar una mejora en relación al ítem 3, cuando tenemos mucho trabajo trabajamos en equipo para terminarlo; de igual forma en el ítem 4, en este servicio el personal se trata con respeto; también en el ítem 9, cuando se detecta un error se pone en marcha las medidas para evitar que vuelva a ocurrir y por último el ítem 13, después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes evaluamos su efectividad. Por lo que resulta importante en esta dimensión la fortaleza de la seguridad en el área de trabajo lo que incluye el trabajo en equipo y la identificación con las necesidades del servicio debiendo de dársele continuidad y fortalecimiento progresivo.

Similares resultados se encontró en el trabajo Gutiérrez (14), en el 2023, en Colombia en su estudio tuvo como objetivo “Desarrollar estrategias educativas sobre seguridad del paciente mediante experiencias basadas en prácticas y tecnologías para la información, niveles de comunicación en relación a la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente en los trabajadores de la ESE ISABU 2023” Donde concluye que la encuesta de la cultura de la seguridad permite determinar distintas estrategias que son establecidas en la institución, el diseño de estrategias de educación resultó ser efectivas para la cultura de seguridad.

Para la dimensión 2 en la dimensión seguridad brindada por la dirección, el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno, ha confirmado tener efectividad con un p valor de 0.002, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta, se ha logrado incrementar el valor de la media antes de la intervención de 3.8250 a 4.9625 después de la intervención, expresando que el programa “cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección, logrando mejorar en el ítem 21, cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes; y también se ha logrado evidenciar una mejora en relación al ítem 22, mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repita una y otra vez. Siendo estos resultados importantes, por lo que es fundamental darle continuidad al programa educativo a fin de mejorar progresivamente los valores obtenidos hasta lograr una cultura de la seguridad fuerte y que perdure en el tiempo.

Similares resultados encontramos en el trabajo de Amirí et al. (13), con el trabajo de investigación: efecto de un programa educativo en el empoderamiento de enfermeras en la cultura de la seguridad del paciente, en las dimensiones de expectativas del gerente y acciones que promuevan la seguridad del paciente con un $p < 0.001$, aumentando el valor de la media antes de la intervención de 3.48 a 4.22 después de la intervención. El autor concluye que se puede utilizar este programa para mejorar estas importantes dimensiones en la cultura de la seguridad del paciente.

En relación a la dimensión 3 seguridad desde la atención primaria, el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno, ha evidenciado ser efectivo al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.005, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta, por lo que se logró incrementar el valor de la media antes de

la intervención de 10.3125 a 12,0375 después de la intervención. Al análisis detallado de cada ítem, se muestra la mejora en el ítem 26, hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos, así también en el ítem 28, en este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios, en el ítem 29, con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital. Lo que ha generado un avance en la dimensión seguridad desde la atención primaria.

Resultados concordantes con el autor Gutiérrez (14), en el 2023, en Colombia en su estudio tuvo como objetivo “Desarrollar estrategias educativas sobre seguridad del paciente mediante experiencias basadas en prácticas y tecnologías para la información, niveles de comunicación en relación a la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente en los trabajadores de la ESE ISABU 2023”, donde el autor concluye que la encuesta de la cultura de la seguridad permite determinar distintas estrategias que son establecidas en la institución, el diseño de estrategias de educación resultó ser efectivas para la cultura de seguridad.

En relación con la dimensión 4 seguridad desde la comunicación, el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” resulto no ser efectivo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno, al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.209, siendo mayor al 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis propuesta. Lo que demuestra que esta dimensión de seguridad desde la comunicación debe de trabajarse con las autoridades del nosocomio, para lograr un avance en esta dimensión.

A diferencia de Amiri et al. (13), en el 2018, en Irán, su investigación cuyo fin fue “Determinar el objeto del empoderamiento de enfermeras específicamente en la dimensión de apertura de la comunicación donde al evaluar el grupo experimental y el grupo control se encontró diferencias significativas con un $p < 0.001$.

En relación con la dimensión 5 frecuencia de sucesos notificados, el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno, ha evidenciado ser efectivo al aplicar la prueba estadística t Student para muestras relacionadas, con un p valor de 0.007, siendo significativo, por lo que se acepta la hipótesis propuesta, incrementando el valor de la media antes de la intervención de 3.1375 a 4.0375 después de la intervención. Al análisis detallado de cada ítem, se muestra la mejora en el ítem 40, Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?; así también en el ítem 41, cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?, y en el ítem 42, Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado? Lo que ha generado un avance en la dimensión frecuencia de sucesos notificados, en esta dimensión se ha observado un mayor impacto en relación con la motivación de las compañeras enfermeras, quienes en el desarrollo de las sesiones educativas mostraron interés y lo mismo se vio reflejado en el aumento de las notificaciones realizadas. Concluyendo la importancia que tiene la aplicación de la técnica educativa cuidado y seguridad en enfermeras también es imprescindible mencionar e insistir en la importancia que va a tener la continuidad y la sostenibilidad de este programa para lograr mejorar la cultura de la seguridad, empodera a las enfermeras y permite tener una cultura fuerte en el hospital de la ciudad de Puno.

Resultados similares con el autor Gutiérrez (14), en el 2023, en Colombia en su estudio tuvo como objetivo “Desarrollar estrategias educativas sobre seguridad del paciente mediante experiencias basadas en prácticas y tecnologías para la información, niveles de comunicación en relación a la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente en los trabajadores de la ESE ISABU 2023”, donde el autor concluye que la encuesta de la cultura de la seguridad permite determinar distintas estrategias que son establecidas en la institución, el diseño de estrategias de educación resultó ser efectivas para la cultura de seguridad.

En otro estudio dentro de los pre experimentales se encontró a Fuentes et al. (20), realizaron la investigación con el propósito de evaluar la efectividad del programa educativo “Manos limpias salvan vidas” en conocimientos, en actitudes y en prácticas de higiene de manos en enfermería de una clínica en Chiclayo, en el año 2023 se trabajó con una muestra censal se conformó por 114 unidades, se aplicó la técnica de la observación y los instrumentos fueron cuestionarios y listas de chequeo los resultados abordaron que existe relación significativa entre el conocimiento y programa educativo con un valor de significancia ($\text{sig.} = 0,000$) es menor al valor de la significancia teórica ($\alpha=0,05$), donde concluyen que el programa educativo aplicado fue efectivo al modificar favorablemente el conocimiento y práctica de higiene de manos, no logro modificar actitudes del personal. Donde queda demostrado que la efectividad de las diferentes técnicas educativas destinadas a mejorar y evaluar el progreso en las diferentes áreas, resultan efectivas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.000$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” antes y después de la intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Segunda: El nivel de cultura de seguridad del paciente antes de la aplicación del programa educativo fue de 43.14%, encontrándose dentro de la categoría de Cultura de la seguridad débil.

Tercera: El nivel de cultura de seguridad del paciente después de la aplicación del programa educativo fue del 47.76%, encontrándose dentro de la categoría de Cultura de la seguridad débil.

Cuarta: Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo, al comparar antes y después de la intervención.

Quinta: Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.002$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección, al comparar antes y después de la intervención.

Sexta: Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.005$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria, al comparar antes y después de la intervención.

Séptima: Se determinó que no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p 0.209$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la comunicación, al comparar antes y después de la intervención.

Octava: Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.007$) al aplicar el programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados, al comparar antes y después de la intervención

5.2. Recomendaciones

Primera: A los directivos de la gerencia de salud para que, en base a los resultados del nuevo conocimiento generado, se elaboren estrategias de intervención para continuar con el trabajo y mejorar la cultura de la seguridad del paciente.

Segunda: A la jefatura del servicio de enfermería es importante planificar intervenciones estratégicas que permitan seguir mejorando hasta alcanzar una cultura de la seguridad fuerte en las diferentes dimensiones.

Tercera: A los directivos institucionales es importante incorporar el trabajo en equipo para lograr el avance en el manejo de la cultura de la seguridad, la colaboración del equipo puede ser la diferencia para continuar con la sostenibilidad de la cultura de la seguridad.

Cuarta: A las autoridades, la jefatura de enfermería es importante la difusión de la cultura de la seguridad, que no tiene un carácter punitivo, es encontrar la mejora en la atención que se brinda al paciente, cómo la implementación de prácticas seguras.

Quinta: A las autoridades del sistema de salud es importante la capacitación, la motivación en la cultura de la seguridad, desde un rol rector, a nivel de todos los estamentos del ministerio de salud.

REFERENCIAS

1. Lima de Silva P, Teles de Oliveira M, Lima de Brito M, Vieira de Sousa B, Cardoso R, Melo T. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Diciembre. 2020;Enfermería Global. 19(4) 427-439.
2. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2023: Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente. 2023. p. [Consultado el 14 de Diciembre del 2024].
Available from: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety>
3. Organización Mundial de la Salud. Vol. 78, Organización Mundial de la Salud. 2019. Seguridad del paciente.
4. Meléndez I, Macías M, Álvarez R. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2020;36(2):1-14.
Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200009
5. Palatnik AM. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Nursing Critical Care. 2016;11(5):4.
6. Ángela María Salazar M, Restrepo Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia, Colombia. Revista Cuidarte. 2020;11(2):1-14.
7. Melo E, Balsanelli A, Neves V, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. Revista Gaucha de Enfermagem. 2020;41.
8. Zapata G. Notificación de eventos adversos. 2021.
9. Choquehuanca H. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno - 2019 [Internet]. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional del Altiplano Puno; 2022. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/18059>
10. Nájera R, Castrillón M. La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. 2001;19(July):1-23. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/689705cc-d02b-33b3-a4b3->

4a11ea3b47ea/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B96bf8908-a9a0-4784-b99c-f4d5201d8fcb%7D

11. Rocco C, Garrido A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Aten Farm.* 2017;20(5):785-7951.
12. Bustamante K, Castro K, Cívico E, Mendez E. Seguridad del paciente una visión global. 2016 [Internet]. 2016. Available from: <https://www.studocu.com/pe/document/instituto-superior-tecnologico-daniel-alcides-carrion/enfermeria/la-seguridad-del-paciente-una-vision-global-2016/62873167>
13. Amiri M, Khademian Z, Nikandish R. El efecto del programa educativo de empoderamiento de enfermeras en la cultura de seguridad del paciente: un ensayo controlado aleatorio. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):158-60.
14. Gutierrez J. Desarrollo de estrategias educativas en el programa de seguridad del paciente por medio de prácticas basadas en evidencia y tecnologías de la información y la comunicación para la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente en los colaboradores del [Internet]. Universidad Autónoma de Bocamanga; 2023. Available from: https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/20269/2023_Tesis_Joban_Sebastian_Gutierrez.pdf?sequence=1
15. Tello M, Pérez NG, Torres B, Nuncio JL, Pérez DM, Covarrubias IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global* [Internet]. 2023;22(2):111–38. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/531691>
16. Bezerril M, Goncalves M, Lima V, Belmiro F, Barreto F, Pereira V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Rev Sobecc* [Internet]. 2014 Sep;376–86. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000300376
17. Hernández-Herrera DE, Turrubiates-Piña AA, Villareal-Ríos E, Vega-Infante E, Morelos-García EN, Castañeda-Hidalgo H. Seguridad del paciente: percepción de estudiantes de una universidad pública. *Enfermería Univ.* 2021;18(2):220-9
18. Chavez G. Análisis De La Cultura De Seguridad En El Personal Y Búsqueda De Causa Raíz De Eventos Mayores De Inseguridad Para Implementar Mejoras En La Atención De Pacientes Del Hospital Axxis En El Periodo Marzo - Junio 2019 [Internet]. [Tesis de grado previa a la obtención del título de especialista en Emergencias y Desastres]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019. Available from:

<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a251b8d2-2870-4021-9f85-96e0bb11b42b/content>

19. Ortiz I, Sánchez A, Enríquez C, Castellanos E, López G, Fernández H. Intervención educativa para mejorar conocimientos sobre úlceras por presión en enfermeros de Veracruz, México. *Enfermería Univ* [Internet]. 2021;17(4):425–36. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v17n4/2395-8421-eu-17-04-425.pdf>
20. Fuentes M, Solís X. Efectividad del Programa Educativo “Manos Limpias Salvan Vidas” en los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene de manos en el personal de enfermería en una clínica de Chiclayo, 2023 [Internet]. [Tesis para optar el grado de maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería]. Universidad Norbert Wiener; 2024. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/11733/T061_42266341_72211996_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investig e Innovación*. 2023;3:27-36.
22. Huerto L. Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Emergencia- Hospital Carlos Showing Ferrari [Internet]. [Tesis para optar el título profesional de segunda especialidad de Enfermera en Emergencias y Desastres]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021. Available from: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5738/UNFV_FMHU_Huerta_Flores_Lucy_Segunda_especialidad_2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y
23. Alegre E. Efectividad del programa “Me relevo” en el conocimiento y práctica del reporte de enfermería, servicio de medicina Essalud Chimbote, 2020 [Internet]. 2023. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8244/T061_32541293_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Rivera Tejada HS, Paredes Ayala B, Sánchez Minchola SE. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 2020;7(2):85-92.
25. Nuñez E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018 [Internet]. Repositorio de tesis Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020.

- Available from:
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_NuñezSamaniegoEric.pdf
26. Rodas M. Intervenciones del profesional de enfermería para lograr la seguridad del paciente en los servicios de emergencia. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [Internet]. [Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7806/Intervenciones_RodasMolina_Maria.pdf?sequence=1
 27. Arrieta A, Suárez G, Haim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Heal Care*. 2018;30(3):186-91.
 28. Martínez L, Hernández J, Jaramillo L, Villegas J, Álvarez L, Roldan M, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Health education as an important promotion and prevention strategy*. *Arch Med*. 2020;20(2):490-504.
 29. Díez E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. *Rev Española Sanid Penit* [Internet]. 2004;6(3). Available from: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/267/583>
 30. Alderete L. Los programas educariv. *Dialnet*. 2021;2(2):27-35.
 31. Profesionales en Salud Pública. Programas de educación para la salud. *Rev Offam* _ - Artuculo Rev. 2006;3:57-83.
 32. Restrepo A. Cultura de la Seguridad el paciente del personal de enfermería en el Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia Risaralda 2016. Universidad Libre; 2016.
 33. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023. Seguridad del paciente.
 34. Raúl J. Como Ha Influido La Enfermería En La Seguridad Del Paciente Y En La Calidad De Los Servicios De Salud. *Enfermería y Seguridad del Paciente* [Internet]. 2020 Nov; Available from: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/11/30/como-ha-influido-la-enfermeria-en-la-seguridad-del-paciente-y-en-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>
 35. Rodríguez 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. Available from: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-

Herrera.pdf

36. Ministerio de Salud del Perú. RD_077-2022-HCH-DG.p [Internet]. 2022. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/hnch/normas-legales/4630480-077-2022-hch-dg>
37. Duran D, Rendón M, Rosada M. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de tercer nivel. Vol. 21. Fundación Universitaria del Área andina; 2020.
38. Paravic T, Lagos M. Trabajo en equipo y calidad de atención. Cienc y Enferm. 2021;27.
39. Avellaneda Z. Estudio de suficiencia de personal del servicio de enfermería en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Paipa (Boyacá). [Tesis para optar Especialización en Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud]. Pontificia Universidad Javeriana; 2022. Available from: <https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/0b17624f-7ba0-48a7-b4c4-53861d3185c1/content>
40. Giménez T, Hernández I, Aibar C, Gutiérrez I, Febrel M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Gac Sanit. 2017;31(5):423-6.
41. Calderón M. Política y programa seguridad en la atención. Angew Chemie Int Ed 6(11), 951–952 [Internet]. 2022;6(Mi):1–57. Available from: <https://esehospitalsantafedeantioquia.gov.co/wp-content/uploads/2022/04/GC-CS-PT-01-POLITICA-Y-PROGRAMA-DE-SEGURIDAD-EN-LA-ATENCION-DE-PACIENTES-V-6.pdf>
42. Ramos F, Coca S, Abeldaño R. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Univ. 2017;14(1):47-53.
43. Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015. Repositorio de Tesis - UNMSM. [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Mayor San Marcos; 2016.
44. da Costa C, Conceicao M, Aguiar M, Carvalho J. Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2023;31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36995849/>
45. Vasco I. Análisis de la cultura de seguridad de la enfermería del Hospital de

Mérida. Dialnet. 2017;300.

46. García L, Guerrero S, Antón I, Juárez R, Tabueña J, Pellicer B. Guía de elaboración de un proyecto de investigación. Segunda parte. Rev Enfer [Internet]. 2016;39(2):54–63. Available from:

<https://investigacion.unirioja.es/documentos/5c65929134ada62a7d7253c5?lang=en>

47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. Education MGH, editor. Vol. 12, Ciudad de México: Mc Graw Hill. 2017. 20 p. Available from: <http://repositorio.ucsh.cl/bitstream/handle/ucsh/2792/metodologia-de-la-investigacion.pdf?sequence=1>

48. Aranaz J, Pardo A, López P, Valencia J, Agero C, López N, et al. Cultura de seguridad del paciente y docencia: Un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la comunidad de madrid. Revista española de salud pública [Internet]. 2018 Aug;92:1–15. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419

49. Damas K. Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería de un hospital, Lima - Perú 2019 [Internet]. [Tesis para optar el grado de maestro de Gestión en Salud]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2020. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4086/T061_46829427_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables de estudio	Diseño metodológico
Problema General	Objetivo general	Hipótesis general	V.1 Programa educativo Cuidado y Seguridad de enfermeras:	Tipo de investigación: Es una investigación aplicada
¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Puno 2025?	Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente.	Ho: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo si las enfermeras no incrementan el nivel de cultura de la seguridad del paciente en el hospital Puno. Ha: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo si las enfermeras incrementan el nivel cultura de la seguridad del paciente en el hospital Puno.	Sesión educativa 1 Seguridad en el trabajo y en la dirección Sesión educativa 2 Seguridad desde la comunicación, e importancia de la notificación	Método y diseño de investigación: Método hipotético deductivo Enfoque cuantitativo, Diseño Experimental: Preexperimental
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específica	V.2 Cultura de seguridad del paciente:	Población y muestra: La población está conformada por el total de las enfermeras del hospital de Essalud de Puno, 87 enfermeras.
¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el Hospital EsSalud Puno 2025 a través de la aplicación del pretest?	Identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente antes de la aplicación del programa educativo	Ho1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno. Ha1: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en su dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.	Sesión educativa 3 Seguridad en la importancia de la notificación y atención primaria 1. Seguridad en el área de trabajo 2. Seguridad brindada por la dirección 3. Seguridad desde la atención primaria	Muestra: La muestra será la misma población, considerando los criterios de exclusión la muestra se delimito en 80.

<p>¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en el Hospital EsSalud Puno 2025 a través de la aplicación del posttest?</p>	<p>Identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente después de la aplicación del programa educativo</p>	<p>Ho2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno. Ha2: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>	<p>4.Seguridad desde la comunicación 5.Frecuencia de sucesos notificados</p>
<p>¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?</p>	<p>Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad en el área de trabajo para mejorar la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>Ho3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno. Ha3: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>	
<p>¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?</p>	<p>Identificar es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad brindada por la dirección para mejorar la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>Ho4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>	
<p>¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?</p>	<p>Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión seguridad desde la atención primaria para mejorar la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>Ha4: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>	
<p>¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la</p>	<p>Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la</p>	<p>Ho5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” no efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>	

<p>dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025? ¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno 2025?</p>	<p>dimensión seguridad desde la comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente. Identificar la efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>Ha5: El programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” es efectivo en la dimensión frecuencia de sucesos notificados para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno.</p>
---	--	--

Anexo 2: instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Edad:

Sexo: F M

Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Divorciado

Condición Laboral: Nombrado Contratado Terceros

Área del Servicio: Tiempo de Servicios:

1: Totalmente en desacuerdo. 2: En desacuerdo. 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4: De acuerdo. 5: Totalmente de acuerdo

	DIMENSIÓN SEGURIDAD EN EL AREA DE TRABAJO	1	2	3	4	5
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio					
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo					
4	En este servicio, el personal se trata con respeto					
5	El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente					
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra					
9	Cuando se detecta algún error, se pone en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio					
11	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros					
12	Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y no el problema					
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad					
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente					
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo					
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes					
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes					
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores					
	DIMENSIÓN SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCIÓN	1	2	3	4	5
19	Mi jefa hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos					

20	Mi jefa considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes					
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes					
22	Mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repita una y otra vez					
	DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA	1	2	3	4	5
23	La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente					
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro					
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos					
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno					
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios					
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital					
30	Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31	La Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso					
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes					
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					
	DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado					
35	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente					
36	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio					
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad					
38	En este servicio, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder					
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente, no está bien.					
	DIMENSIÓN FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS	1	2	3	4	5
40	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?					
41	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?					
42	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado?					

Anexo: 3 Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 18 de febrero de 2025

Investigador(a)
Ana María Andia Aguilar
Nelly Yudith Condori Manzano.
Exp. N°:0291-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- **Protocolo titulado: “Efectividad del programa educativo “Cuidado y seguridad en enfermeras” para mejorar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Puno - 2025” con fecha 14/02/2025.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Ana María Andia Aguilar y Sr(a)Nelly Yudith Condori Manzano.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Av. Arequipa 440 – Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@unwienersu.pe

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Andía Aguilar Ana María-Condori Manzano Nelly.

Título: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE PUNO-2025.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS” PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE PUNO-2025. Este es un estudio desarrollado con apoyo de la Universidad Privada Norbert Wiener. El propósito de este estudio es mejorar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del hospital de ESSALUD Puno, Su ejecución permitirá incrementar el nivel de cultura de seguridad a través de la aplicación de un programa educativo beneficiando de esta manera no solo al personal de enfermería sino también a los usuarios.

Procedimientos

En el caso usted decida participar del estudio, se realizará lo siguiente:

Aplicación del pre test.

Desarrollo del programa educativo: 03 sesiones educativas

Aplicación del post test.

La encuesta puede demorar 15 minutos, consta de cinco dimensiones con 42 preguntas, es la misma para el pre y post test. Los resultados serán almacenados respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no implica ningún riesgo hacia su persona.

Beneficios

Usted se beneficiará con los conocimientos impartidos fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente en su hospital.

Costos e incentivos

La participación en el estudio no implica ningún pago previo ni posterior a su ejecución, por otro lado, tampoco habrá ningún incentivo económico ni cualquier otro tipo de beneficio, ya que es sin fines de lucro.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted tiene dudas relacionadas con su participación en el estudio puede contactarse con la responsable del estudio: Andia Aguilar Ana María al teléfono 946659767, Condori Manzano Nelly Yudith al teléfono 950791084. Asimismo, podrá denegar su participación en cualquier momento si usted así lo desea.

CONSENTIMIENTO

Acepto participar voluntariamente del estudio, teniendo en consideración que mi participación será anónima, la trata de mis datos confidencial y tengo la opción de revocar mi participación en cualquier momento. Por lo anteriormente expuesto acepto participar del presente estudio. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

.....

Firma del participante

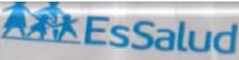

Nombres:

DNI:

Investigador: Andia Aguilar Ana María

Investigador: Condori Manzano Nelly Yudith

Anexo: 5 Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

*"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

Firmado digitalmente por
ALIDA ROSARIO CORTEZ
20231207760154R
Módulo: Soy el autor del documento.
Fecha: 03.04.2025 11:35:41-0000

NOTA N° 000044-UCID-ESSALUD-2025
Puno, 03 de Abril del 2025

Señor
ANDIA AGUILAR ANA MARIA
CONDORI MANZANO NELLY YUDITH

Asunto: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO.
Referencia: NOTA N° 000012 – CIEI – ESSALUD – 2025
Expediente: 0290920250000300.

Presente. –

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacer de su conocimiento que, en Revisión en Pleno, el Comité de Ética e Investigación del Hospital III Base Puno ha **APROBADO** su proyecto de investigación titulado **"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO "CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS" PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE PUNO - 2025"**, por lo que autoriza la ejecución del trabajo de Investigación.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi consideración y estima personal.


Atentamente,

Firmado digitalmente por
ALIDA ROSARIO CORTEZ
JEFE DE UNIDAD
UNIDAD DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DOCENCIA

ARCC

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel.: 265 – 6000 / 265 - 7000



Anexo 6: Programa de intervención

PLAN DE SESIONES PARA EL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDADO Y SEGURIDAD EN ENFERMERAS”

SESIÓN EDUCATIVA 1

OBJETIVOS:

1. OBJETIVO PRINCIPAL

Establecer la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión del trabajo y dirección

1. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Impartir conocimientos sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión del trabajo y dirección.

SESIONES DE APRENDIZAJE

SESION N 1 DIMENSIÓN DEL TRABAJO Y DIRECCIÓN

Aspecto Conceptual

Se iniciará a educar sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión del trabajo y dirección.

Duración. 60 minutos

Definición

La cultura de la seguridad se describe como un conjunto de valores, normas, comportamientos y creencias que existen en una organización o sociedad en relación con la seguridad. Es la forma en que las personas y las organizaciones entienden, priorizan y abordan la seguridad en su vida diaria. En el contexto organizacional, la cultura de seguridad implica promover actitudes y prácticas que fomenten la prevención y la mitigación de riesgos., así como la adopción de medidas de seguridad en todos los niveles de la organización. Esto incluye la implementación de políticas y procedimientos de seguridad, la promoción de la

comunicación abierta y transparente sobre los riesgos, la capacitación y educación en seguridad, y el fomento de una actitud proactiva hacia la seguridad (32).

Características de una cultura de seguridad.

La cultura de seguridad se caracteriza por una serie de atributos que promueven la prevención de riesgos y la seguridad en una organización. A continuación, se presentan algunas características de una cultura de seguridad (37):

Conciencia compartida: Existe una conciencia generalizada entre todos los miembros de la organización sobre los riesgos y la importancia de la seguridad. Todos reconocen que la seguridad es responsabilidad de todos y se comprometen a mantener un entorno seguro.

Liderazgo comprometido: La alta dirección y los líderes de la organización demuestran un compromiso activo con la seguridad. Establecen políticas y procedimientos claros, asignan recursos adecuados y modelan comportamientos seguros.

Comunicación abierta: Existe una comunicación abierta y transparente sobre temas de seguridad. Todos los empleados se sienten cómodos al informar sobre incidentes, riesgos potenciales o sugerencias de mejora. Se fomenta el intercambio de información y el aprendizaje continuo.

Aprendizaje y mejora continua: Se promueve el aprendizaje a partir de los errores y se busca constantemente la mejora de los procesos y prácticas de seguridad. Se realizan investigaciones de incidentes, se implementan acciones correctivas y se comparten lecciones aprendidas en toda la organización.

Responsabilidad individual y colectiva: Cada empleado asume la responsabilidad de su propia seguridad y la de los demás. Se fomentará la participación en la identificación y mitigación de riesgos, así como el cumplimiento de los procedimientos de seguridad establecidos.

Capacitación y formación: Se proporciona capacitación y formación adecuada en materia de seguridad a todos los empleados. Se asegura que estén debidamente capacitados para realizar sus tareas de manera segura y se promueve la actualización continua de conocimientos.

Reconocimiento y recompensa: Se reconocen y recompensan los comportamientos seguros y la contribución a la cultura de seguridad. Esto puede incluir incentivos, reconocimientos públicos o programas de reconocimiento interno.

Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente

Trabajo en equipo

La colaboración y el trabajo en equipo son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente. Esta dimensión se refiere a la existencia de un entorno de trabajo en el que los miembros del equipo se apoyan mutuamente, comparten información de manera efectiva y colaboran en la toma de decisiones para garantizar la seguridad del paciente (38).

El propósito del trabajo en equipo es reducir los errores a través de la enseñanza de cada colaborador a responder adecuadamente ante situaciones adversas. Por lo tanto, se centran en la formación de habilidades y proporcionan a los empleados un entorno de comunicación claro, razonable y bueno. Este personal está capacitado para brindar soporte cuando sea necesario y resolver errores o incidentes sensibles (38).

Expectativas y acciones del supervisor

Los coordinadores o jefes clínicos desempeñan un papel fundamental en la promoción y apoyo de la seguridad del paciente en las organizaciones de salud. Estos profesionales son responsables de coordinar y supervisar las actividades vinculadas con la seguridad del paciente en su área de trabajo (40).

Promover una cultura de seguridad: Los coordinadores o jefes clínicos pueden fomentar una cultura de seguridad entre el personal de salud. Esto implica educar y concienciar a los

miembros del equipo en aspectos importantes de la seguridad del paciente y la necesidad de informar eventos adversos y errores.

Implementar políticas y procedimientos: Los coordinadores o jefes clínicos lograr participar en la implementación y el desarrollo de las políticas y procedimientos involucradas en la seguridad del paciente. Abarcando la estandarización de prácticas clínicas, creación de protocolos de seguridad y la promoción de la adhesión a las mejores prácticas.

Capacitar al personal: Los coordinadores o jefes clínicos pueden organizar y facilitar programas de capacitación sobre seguridad del paciente para el personal de salud. Esto puede incluir la formación en técnicas de identificación y prevención de errores, el uso adecuado de tecnología médica y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo.

Monitorear y evaluar la seguridad del paciente.: Los coordinadores o jefes clínicos pueden establecer sistemas de monitoreo y evaluación para identificar y analizar eventos adversos y errores. Esto puede implicar la recopilación de datos, el análisis de causas raíz y la implementación de medidas correctivas para prevenir futuros errores.

Colaborar con otros departamentos: Los coordinadores o jefes clínicos pueden trabajar en estrecha colaboración con otros departamentos, como el departamento de calidad o el departamento de gestión de riesgos, asegurando asistencia segura y de alto nivel. Esto puede incluir la participación en reuniones de comités de seguridad del paciente y la colaboración en iniciativas de mejora de la seguridad (41).

Contenido Procedimental:

Inicio:

El investigador motivará a las enfermeras sobre preguntas en relación con el tema:

¿Qué es cultura de la seguridad?

¿Por qué cree que es importante la cultura de la seguridad?

Proceso: una vez que se ha logrado la motivación del auditorio los investigadores desarrollarán el tema propuesto en relación con el trabajo en equipo y a la dirección de acuerdo con los contenidos propuestos

Taller: Se utilizará la lluvia de ideas para resolver interrogantes respecto al tema.

SESIÓN EDUCATIVA 2

OBJETIVOS:

1. OBJETIVO PRINCIPAL

Establecer la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la comunicación

. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Impartir conocimientos sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la comunicación

SESIONES DE APRENDIZAJE

SESION 2 DIMENSIÓN DE LA COMUNICACIÓN

Aspecto Conceptual

Se iniciará a educar sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la comunicación.

Duración. 60 minutos

Comunicación e información sobre errores

La comunicación acerca de errores es fundamental para promover la seguridad del paciente y garantizar un ambiente de atención de calidad.

Apertura y transparencia: Es importante crear un entorno en el que los errores puedan ser discutidos abierta y honestamente. Esto implica fomentar una cultura en la que los miembros del equipo se sientan seguros al admitir errores y reportar eventos adversos.

Escucha activa: Cuando se comunica un error, es esencial practicar la escucha activa. Esto implica prestar atención a las preocupaciones y emociones de las personas afectadas por el error, permitiéndoles expresar sus sentimientos y perspectivas sin interrupciones.

Empatía y compasión: La comunicación acerca de errores debe incluir empatía y compasión hacia las personas afectadas. Es importante reconocer el impacto emocional que

puede tener un error y mostrar preocupación por el bienestar de los pacientes y el personal involucrado.

Explicación clara y precisa: Al comunicar un error, es esencial proporcionar una explicación clara y precisa sobre lo que sucedió y por qué ocurrió. Esto ayuda a las personas afectadas a comprender la situación y evita malentendidos o confusiones adicionales.

Planes de acción y prevención: Es importante discutir y desarrollar planes de acción para abordar el error y prevenir futuras ocurrencias. Esto puede incluir cambios en los procesos, mejoras en la capacitación o la implementación de medidas de seguridad adicionales.

Seguimiento y apoyo: Después de comunicar un error, es importante realizar un seguimiento con las personas afectadas para asegurar que se estén tomando las medidas necesarias y proporcionar apoyo adicional si es necesario. Esto ayuda a reconstruir la confianza y asegurar a las personas que se están tomando medidas para evitar errores similares en el futuro.

Comunicación abierta

Es importante que los profesionales de la salud se comuniquen de manera efectiva entre sí y con los pacientes para asegurar asistencia segura y de alto. Aquí hay ciertos puntos destacados sobre la comunicación y receptividad en la seguridad del paciente:

Comunicación entre el personal de la salud: El flujo de información sin barreras que genera un ambiente de trabajo positivo es esencial para evitar errores y garantizar una atención coordinada. Esto implica compartir información de manera clara y precisa, utilizar un lenguaje común, fomentando un diálogo continuo y honesto.

Comunicación con los pacientes: Es crucial para garantizar que comprendan su atención médica, tomen decisiones informadas y se sientan involucrados en su propio cuidado. Los profesionales de la salud deben comunicarse de manera comprensible, escuchar activamente

las preocupaciones y preguntas de los pacientes y brindarles la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su atención.

Receptividad a la retroalimentación: Las estructuras de atención médica deberán ser receptivos a la retroalimentación de pacientes y personal. Esto implica escuchar y responder a las preocupaciones y sugerencias de mejora, y tomar medidas para abordar los problemas identificados.

Comunicación durante situaciones de emergencia: Durante situaciones de emergencia, la comunicación efectiva es aún más crítica. Los servidores de salud deben poder comunicarse de manera transparente y rápida para coordinar la atención y tomar decisiones informadas sobre el cuidado del paciente.

Trabajando en equipo a través de las unidades

La comunicación entre las organizaciones y/o unidades ejecutoras debe ser claras y oportunas ya que la falta de comunicación y la falta de humanidad puede ocasionar deficiencias en el trabajo en equipo, con potencial de generar eventos adversos clínicos adversos.

La realización del trabajo en equipo busca reducir los errores y mejorarla formación de cada una de las personas del equipo para actuar de manera eficiente ante dificultades de seguridad, , el logro del trabajo en equipo, incluye capacitar al personal para realizar comprobaciones cruzadas en las tareas asignadas para brindar asistencia en el momento que se requiera y disminuir las equivocaciones, que logren evaluar y brindar adecuados datos sobre todo posterior al evento de nivel crítico para ofrecer ayuda cuando sea necesario y evitar errores de una manera imparcial, el trabajo en equipo busca reducir los errores y la formación de cada uno.

SESIÓN EDUCATIVA 3

OBJETIVOS:

1. OBJETIVO PRINCIPAL

Establecer la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la importancia de la notificación y atención primaria.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Impartir conocimientos sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la importancia de la notificación y atención primaria

SESIONES DE APRENDIZAJE

SESIÓN 3 DIMENSIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA.

Aspecto Conceptual

Se iniciará a educar sobre la cultura de la seguridad del paciente en la dimensión de la importancia de la notificación y atención primaria.

Duración. 60 minutos

Frecuencia de incidentes reportados

Los eventos relacionados con la seguridad del paciente son situaciones en las que se producen un daño o riesgo de daño innecesario durante la atención médica. Estos eventos pueden ser prevenibles y no intencionales, y es importante notificarlos y gestionarlos adecuadamente para aprender de ellos y mejorar continuamente la seguridad del paciente.

La notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente es un proceso importante en la atención médica y puede ayudar a identificar áreas de mejora y prevenir futuros incidentes. Los profesionales de la salud deben estar atentos a cualquier evento adverso o incidente que pueda afectar la seguridad del paciente y notificarlo de acuerdo con los procedimientos establecidos.

La notificación y gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente se lleva a cabo a través de sistemas y protocolos establecidos en los centros de salud. Estos sistemas permiten recopilar información sobre los eventos ocurridos, analizar las causas subyacentes y tomar medidas correctivas para evitar su recurrencia.

Es importante fomentar una cultura de seguridad del paciente que promueva la notificación abierta y sin represalias de eventos adversos. Esto implica crear un entorno en el que los profesionales de la salud se sientan seguros para informar sobre incidentes y errores, con el objetivo de aprender de ellos y mejorar la calidad y seguridad de la atención médica.

El personal

La suficiencia de personal se refiere a contar con la cantidad adecuada de profesionales de la salud para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. Esto implica tener un número suficiente de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud para brindar una atención de calidad.

La disponibilidad de personal se refiere a que los profesionales de la salud estén disponibles cuando se les necesite. Esto implica contar con mecanismos para garantizar que haya personal disponible en todo momento, especialmente en situaciones de emergencia o alta demanda.

La gestión del personal de salud se refiere a la forma en que se organizan y administran los recursos humanos en el ámbito de la atención médica. Esto incluye aspectos como la planificación de la fuerza laboral, la asignación de tareas, la capacitación y el desarrollo profesional, entre otros. Una buena gestión del personal de salud contribuye a garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención (39).

Transferencias y transiciones

La transferencia e intercambio de información juegan un papel crucial para garantizar la continuidad y la calidad de la atención médica.

La transferencia de información se refiere al proceso de transmisión de datos y detalles relevantes sobre el paciente de un proveedor de atención médica a otro., ya sea dentro de la misma organización o entre diferentes instituciones de atención médica.

El intercambio de información implica una comunicación bidireccional y fluida entre los profesionales de la salud que están involucrados en la atención del paciente. Esto puede incluir informes de alta, informes de progreso, resultados de pruebas, cambios en la medicación y cualquier otra información relevante para la seguridad y el bienestar del paciente.

La transferencia e intercambio de información deben realizarse de manera segura y confidencial para proteger la privacidad del paciente y cumplir con las regulaciones y políticas de protección de datos.

La falta de una transferencia e intercambio de efectivo de información puede conducir a errores médicos, malentendidos y una atención fragmentada, lo que pone en riesgo la seguridad del paciente. Es fundamental contar con sistemas y procesos adecuados para garantizar una transferencia e intercambio de información adecuados.

La implementación de tecnologías de la información y la comunicación., como los sistemas de registro electrónico de salud (EHR, por sus siglas en inglés), puede facilitar la transferencia e intercambio de información de manera más eficiente y precisa.

Es importante que los profesionales de la salud estén capacitados en la correcta transferencia e intercambio de información., incluyendo la documentación precisa, la comunicación efectiva y el uso adecuado de las herramientas tecnológicas disponibles.

Respuesta no punitiva a errores

Los errores en la seguridad del paciente son una preocupación importante en el ámbito de la atención médica. Para abordar los errores en la seguridad del paciente, es fundamental implementar medidas y estrategias que promuevan la prevención, detección y corrección de estos errores. Algunas acciones que se pueden tomar incluyen (43):

Cultura de seguridad: Fomentar una cultura de seguridad en la organización de salud, donde se promueva la comunicación abierta, la transparencia y la no penalización de los errores. Esto permite que los profesionales de la salud se sientan seguros al informar de los errores y aprender de ellos.

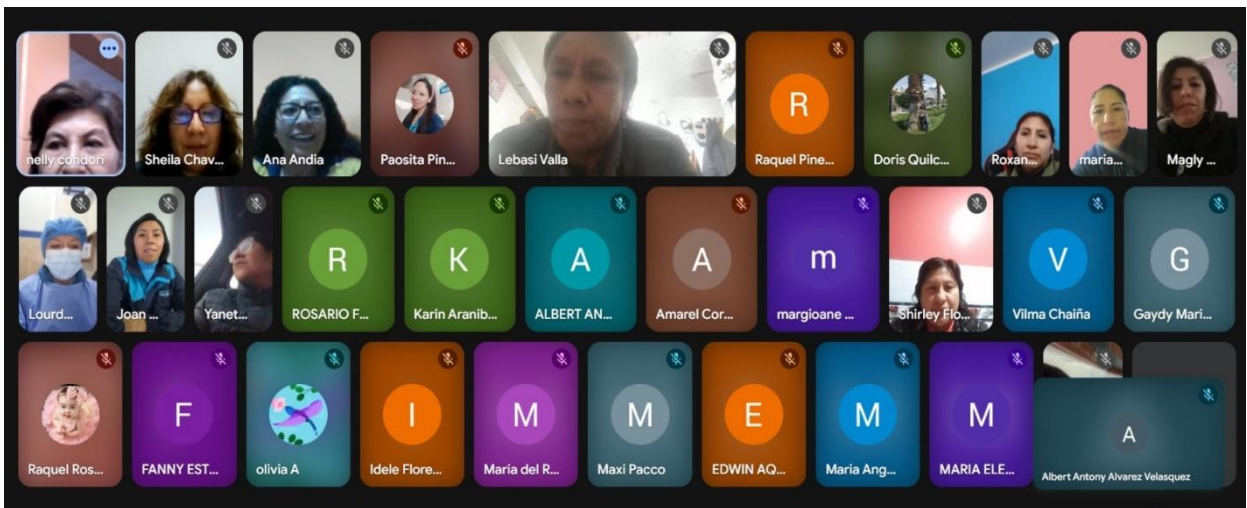
Comunicación efectiva: Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares (43).

Respuesta desde la atención primaria

La seguridad desde la atención primaria tiene su fundamento en el respeto mutuo con todo el equipo con el que se trabaja, se fortalece en el apoyo mutuo y se presenta como eje transversal al respeto. En la seguridad de la atención primaria se trabaja conjuntamente con las prácticas para evidenciar evaluar y mejorar las posibles fallas (49).

Anexo 7. Reporte de similitud de Turnitin

IMÁGENES DE EVIDENCIA: USO DE PLATAFORMA VIRTUAL GOOGLE MEET






18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 8% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	hdl.handle.net	3%
3	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-06	2%
4	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-20	1%
5	Trabajos entregados	Submitted on 1692904134615	1%
6	Internet	repositorio.upa.edu.pe	1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-28	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Cuauhtemoc on 2019-03-08	<1%
9	Trabajos entregados	uwiener on 2024-08-15	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-04	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2023-03-24	<1%