

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Cultura de seguridad del paciente asumida por enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud, Lima, 2026

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de
enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos

Autor:

Ana Maria Murrieta Fuentes

Asesor:

Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

Lima, 28 de agosto del 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Mónica Elisa Meneses La Riva, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ASUMIDA POR ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS DE UN INSTITUTO DE SALUD, LIMA, 2026”** de la autora Ana Maria Murrieta Fuentes tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 28 días del mes de agosto del año 2026.



Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva

**Cultura de seguridad del paciente asumida por enfermeros en la
Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de
salud, Lima, 2026**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos



Dra. Maria Angela Paredes Aguirre de Beltran
Dictaminador

Lima, 28 de agosto del 2026

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Planteamiento del Problema	2
Formulación del Problema	4
Objetivos de la Investigación	4
Justificación.....	5
Presuposición Filosófica.....	6
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas.....	8
Antecedentes de la Investigación	8
Marco Conceptual	12
Definición de Términos	27
Metodología	28
Descripción del Lugar de Ejecución.....	28
Población y Muestra.....	28
Tipo y Diseño de Investigación.....	29
Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	33
Proceso de Recolección de Datos.....	34
Procesamiento y Análisis de Datos	35
Consideraciones Éticas.....	36
Administración del Proyecto de Investigación	38
Referencias Bibliográficas	40
Apéndices.....	48

Resumen

La seguridad del paciente constituye un componente fundamental de la calidad de la atención en los servicios de salud, especialmente en entornos críticos como las unidades de cuidados intensivos. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol esencial en la prevención de eventos adversos y en la promoción de prácticas seguras. El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima en el año 2026. La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, con diseño no experimental y corte transversal. La población estará conformada por 45 profesionales de enfermería que laboran en dicha unidad, por lo que se trabajará mediante censo poblacional. La técnica de recolección de datos será la encuesta y el instrumento utilizado será el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), versión adaptada al español por Gascón y Saturno, basado en el modelo de la Agency for Healthcare Research and Quality. El instrumento consta de 42 ítems distribuidos en tres dimensiones: cultura de seguridad general, cultura de seguridad a nivel de servicio y cultura de seguridad a nivel hospital, con escala tipo Likert de cinco puntos. La confiabilidad del instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0,954, lo que indica una consistencia interna excelente. Los resultados permitirán identificar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería y contribuirán al desarrollo de estrategias orientadas a fortalecer la calidad y seguridad de la atención en unidades críticas.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, enfermería, unidad de cuidados intensivos.

Planteamiento del Problema

Identificación del Problema

La seguridad del paciente constituye una de las prioridades más críticas en los sistemas de salud a nivel mundial. Se estima que cada año 421 millones de personas son hospitalizadas, de las cuales aproximadamente 42,7 millones sufren eventos adversos durante su atención. Estos daños representan la decimocuarta causa de morbilidad global. En los países de ingresos altos, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre algún tipo de daño, y hasta el 50 % de los casos son prevenibles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023a; OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de daño evitable asociado a la atención sanitaria. En este contexto, se implementó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030, orientado a fortalecer los sistemas de salud mediante estrategias que reduzcan los riesgos y mejoren la calidad de la atención (OMS, 2021). Además, los eventos adversos no solo afectan la salud de los pacientes, sino que también generan un impacto económico significativo a nivel global.

A nivel internacional, los eventos adversos continúan siendo frecuentes, especialmente en entornos de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la gravedad del paciente, la tecnología utilizada y la necesidad de intervenciones constantes incrementan el riesgo. Entre los eventos más comunes destacan los errores de medicación, fallas en la comunicación y la extracción accidental de dispositivos. Asimismo, estudios recientes evidencian deficiencias en la cultura de seguridad, principalmente en dimensiones como la comunicación, la respuesta no punitiva al error y la dotación de personal (Severino et al., 2024).

Estas limitaciones se relacionan con la sobrecarga laboral del personal de enfermería, ya que más del 50% no reporta eventos adversos debido al temor a sanciones y a la falta de tiempo, lo que refleja una cultura de seguridad aún débil (Silva et al., 2024). En unidades intensivas cardiológicas, esta problemática se agrava debido a la alta complejidad del cuidado, donde factores como la experiencia profesional y el tipo de institución influyen directamente en la percepción de seguridad.

En el Perú, la seguridad del paciente ha sido incorporada como política de salud mediante el MINSA; sin embargo, su implementación presenta limitaciones. Estudios nacionales evidencian niveles moderados de cultura de seguridad y bajo compromiso organizacional en el personal de salud, lo que demuestra brechas en la práctica asistencial (Arroyo & Cruzado, 2019; Torres et al., 2025). A nivel institucional, se han implementado sistemas de reporte de eventos adversos que buscan mejorar la vigilancia y gestión de la seguridad del paciente; no obstante, persisten dificultades en su uso efectivo, evidenciando una brecha entre la normativa y la práctica real.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del instituto de salud en estudio, donde se atienden pacientes con patologías de alta complejidad, el rol del enfermero es fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Durante la práctica profesional se observó la existencia de debilidades en la cultura de seguridad, evidenciadas en la sobrecarga laboral del personal de enfermería, deficiencias en la comunicación durante los cambios de turno, bajo reporte de eventos adversos, presencia de una cultura punitiva frente al error y limitada participación en actividades de capacitación. Estas situaciones coinciden con lo reportado en la literatura, donde se señala que factores como la carga laboral, la comunicación inefectiva y el

temor a sanciones influyen negativamente en la cultura de seguridad del paciente, especialmente en unidades críticas (Severino et al., 2024; Silva B et al., 2024). En este contexto, se evidencian brechas que podrían comprometer la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?

Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?

¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel hospitalario asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.

Objetivos Específicos

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel hospitalario asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.

Justificación

Justificación Teórica

La presente investigación se justifica por la necesidad de fortalecer el conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente en unidades críticas, especialmente en el ámbito cardiológico. La evidencia reciente señala que esta cultura influye directamente en la reducción de eventos adversos y en la calidad de la atención, siendo el profesional de enfermería un actor clave en su implementación (Severino et al., 2024; Silva et al., 2024). Asimismo, evaluar la percepción del personal permite identificar debilidades en dimensiones como la comunicación y la respuesta al error, contribuyendo al desarrollo de estrategias de mejora (Kim et al., 2025).

Justificación Metodológica

La investigación es relevante metodológicamente porque empleará instrumentos validados como el cuestionario de cultura de seguridad del paciente de la AHRQ, ampliamente utilizado en entornos hospitalarios. Su aplicación permitirá medir de manera confiable las dimensiones de la cultura de seguridad en el personal de enfermería y generar información que

servirá como base para futuras investigaciones en otras áreas del instituto de salud (Reis et al., 2023).

Justificación Práctica y Social

La presente investigación permitirá identificar debilidades en la cultura de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos, facilitando la implementación de estrategias orientadas a mejorar la calidad del cuidado y reducir eventos adversos. Estudios recientes evidencian que factores como la sobrecarga laboral, el estrés y la deficiente comunicación afectan la seguridad del paciente en UCI (Kumar et al., 2023). Asimismo, la capacitación continua del personal de enfermería es fundamental para garantizar una atención segura en pacientes cardiológicos (Giusti et al., 2024).

Línea de Investigación

La presente investigación se circunscribe a la línea de Salud Pública y Calidad de Vida de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión, en el área temática de calidad y seguridad en los servicios de salud. Se enmarca específicamente en el estudio de la cultura de seguridad del paciente como componente esencial de la calidad asistencial en unidades de cuidados críticos, en concordancia con las prioridades nacionales e institucionales de investigación en ciencias de la salud.

Presuposición Filosófica

La presente investigación se fundamenta en principios éticos universales como la beneficencia y la no maleficencia, los cuales orientan el ejercicio profesional de enfermería hacia la protección de la vida y la integridad del paciente. En este sentido, la seguridad del paciente constituye un compromiso moral del profesional de enfermería, quien debe brindar un cuidado

seguro, humanizado y libre de daño. Asimismo, desde una perspectiva humanista, el cuidado se sustenta en valores como el respeto, la responsabilidad y la empatía, los cuales son esenciales para garantizar una atención de calidad en entornos críticos.

Desarrollo de las Perspectivas Teóricas

Antecedentes de la Investigación

Antecedentes internacionales

Kim (2025) desarrolló en Corea del Sur la investigación titulada “Development of a patient safety management protocol for nurses in long-term care hospitals”. El objetivo del estudio fue diseñar un protocolo de gestión de seguridad del paciente dirigido a enfermeros. La metodología correspondió a un estudio metodológico con validación por expertos y usuarios; la muestra estuvo conformada por profesionales de enfermería de hospitales de cuidados prolongados, y como instrumento se utilizaron matrices de validación y guías estructuradas para la evaluación del contenido del protocolo. Como resultado, se elaboró un protocolo de 65 ítems organizados en 11 categorías, abarcando las fases de admisión, hospitalización y alta. Se concluyó que la implementación de protocolos estructurados mejora la calidad de atención y fortalece la cultura de seguridad del paciente, siendo aplicable a contextos de cuidados críticos.

Glarcher y Vaismoradi (2024) realizaron un estudio en Austria y Noruega titulado “A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective”. El objetivo fue comprender el rol de las enfermeras especializadas en el establecimiento de la cultura de seguridad del paciente. La metodología fue una revisión integrativa sistemática; la muestra estuvo constituida por estudios científicos seleccionados en bases de datos como PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science y EMBASE durante el periodo 2013-2023, y como instrumento se emplearon matrices de análisis y fichas de extracción de datos. Los resultados evidenciaron que las enfermeras especializadas desempeñan un rol clave en la promoción de la cultura de seguridad, destacando factores como liderazgo, comunicación

efectiva y toma de decisiones clínicas. Se concluyó que el fortalecimiento del rol de enfermería contribuye significativamente a la reducción de eventos adversos en entornos críticos.

Giusti et al. (2024) realizaron un estudio en Brasil y Canadá titulado “Standard practices in cardiac monitoring: training needs of intensive care unit nurses”. El objetivo fue evaluar las necesidades formativas de los enfermeros de UCI en monitoreo cardíaco. La metodología fue de enfoque cualitativo y diseño descriptivo; la muestra estuvo conformada por 16 enfermeros de UCI, y como instrumentos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y guías para grupos focales. Los resultados mostraron deficiencias en conocimientos, habilidades y competencias, además de identificar barreras organizacionales. Se concluyó que la capacitación continua es fundamental para garantizar la seguridad del paciente en unidades críticas.

Muhammad et al. (2022) desarrollaron en Irak el estudio titulado “Patient Safety Culture from the perspective of nurses working in ICU and CCU”. El objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de enfermeras en UCI y unidades coronarias. La metodología correspondió a un estudio transversal; la muestra estuvo conformada por enfermeras de UCI y CCU, y como instrumento se aplicó el cuestionario HSOPSC. Los resultados evidenciaron niveles moderados de cultura de seguridad, identificándose debilidades en la notificación de eventos adversos. Se concluyó que es necesario fortalecer la cultura organizacional.

Alkubati et al. (2024) realizaron en Egipto el estudio titulado “Understanding the Relationship Between Critical Care Nurses’ Perception of Patient Safety Culture and Adverse Events”. El objetivo fue determinar la relación entre la percepción de la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos en enfermeros de cuidados críticos. La metodología correspondió

a un estudio transversal; la muestra estuvo conformada por 200 enfermeros de unidades de cuidados críticos, entre ellas unidades cardíacas y coronarias, y como instrumento se aplicó el cuestionario HSOPSC. Los resultados mostraron una percepción moderada de la cultura de seguridad, con las puntuaciones más bajas en dotación de personal y respuesta no punitiva al error, y se halló una asociación significativa entre una baja percepción de la cultura de seguridad y una mayor frecuencia de caídas, eventos adversos por medicación y quejas de pacientes o familiares. Se concluyó que fortalecer la cooperación dentro y entre unidades contribuye a reducir los eventos adversos.

Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales

Vega Ravello (2023) realizó en Perú el estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en enfermeras de la unidad postoperatoria cardíaca”. El objetivo fue determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos. La metodología fue de enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal; la muestra estuvo conformada por 60 enfermeras, y como instrumentos se utilizaron cuestionarios tipo Likert para medir ambas variables. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos. Se concluyó que una adecuada cultura de seguridad contribuye a la reducción de riesgos en pacientes cardíacos.

Palomino Taquire (2023) realizó en Perú titulado “Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú”. El objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Lima. La metodología fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, explicativo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 231 profesionales de enfermería, y como

instrumento se utilizó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety traducido y validado en el contexto español. Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre ambos hospitales en el desarrollo de la cultura de seguridad, el trabajo en equipo, la dirección y gestión, y la supervisión. Se concluyó que la gestión hospitalaria respecto a la cultura de seguridad del paciente es deficiente en uno de los hospitales y requiere redoblar esfuerzos en el otro.

Burquez Hernández et al. (2024) desarrollaron en Perú la investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas”. El objetivo fue describir la relación entre la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos. La metodología correspondió a un estudio correlacional-transversal; la muestra estuvo conformada por 115 enfermeras de un hospital público de Lima (44 de la unidad de cuidados intensivos y 71 de emergencia), y como instrumento se aplicó el cuestionario HSOPSC. Los resultados mostraron una correlación directa entre la cultura de seguridad y el reporte de eventos adversos. Se concluyó que en los servicios críticos se requiere implementar estrategias para fortalecer la cultura de seguridad y mejorar el reporte de eventos adversos.

Barrios Arizaca y Urure Velazco (2025) desarrollaron en Perú titulado “Cultura de seguridad del paciente y la información de los registros de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2024”. El objetivo fue determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la información de los registros de eventos adversos en la UCI. La metodología fue de enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional, de corte transversal y diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 66 enfermeros, y como instrumentos se aplicaron dos cuestionarios validados a nivel nacional. Los resultados

evidenciaron una correlación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la información de los registros de eventos adversos, así como entre sus dimensiones de área de trabajo, trabajo en equipo, comunicación, dirección/gestión y supervisión. Se concluyó que existe una relación importante entre ambas variables en la unidad de cuidados intensivos.

Marco Conceptual

Teoría del Error Humano de Reason

La seguridad del paciente, como disciplina científica, se fundamenta en la Teoría del Error Humano propuesta por James Reason, quien fue profesor de Psicología en la Universidad de Manchester y cuya contribución al campo de la gestión del error en sistemas complejos resultó determinante para la medicina moderna. Su artículo seminal «Human error: models and management», publicado en el British Medical Journal en el año 2000, estableció las bases conceptuales que hoy orientan la investigación y la práctica clínica en materia de seguridad asistencial (Reason, 2000).

Reason plantea que el problema del error humano puede abordarse desde dos perspectivas epistemológicamente distintas: el enfoque de la persona y el enfoque del sistema. Cada uno de estos modelos propone una causalidad diferente del error y, en consecuencia, genera filosofías distintas de gestión. Comprender estas diferencias tiene implicaciones prácticas de primer orden para la investigación y para el manejo del riesgo en cualquier tipo de práctica clínica.

El enfoque de la persona, cuya tradición es larga y extendida, concentra su atención en los actos inseguros de quienes se encuentran en la primera línea de atención: enfermeras, médicos, cirujanos, anestelistas y farmacéuticos. Este enfoque interpreta los actos inseguros como derivados principalmente de procesos mentales aberrantes, tales como el olvido, la falta de

atención, la desmotivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia. En consecuencia, las medidas correctivas se orientan a minimizar la variabilidad indeseable en el comportamiento humano individual (Reason, 2000).

Por su parte, el enfoque sistémico parte de la premisa de que los seres humanos son falibles y que los errores son esperables incluso en las mejores organizaciones. Desde esta perspectiva, los errores se conciben como consecuencias más que como causas, y sus orígenes se sitúan en factores sistémicos ubicados «río arriba» en la organización, incluyendo condiciones de trabajo, procesos y decisiones estructurales. En este sentido, diversos estudios contemporáneos han reforzado la importancia del análisis sistémico del error en entornos complejos (Reason, 2000; Wiegmann et al., 2022).

Reason articuló estas ideas en su célebre modelo del «queso suizo» (Swiss Cheese Model), en el que cada capa de defensa organizacional es representada como una barrera imperfecta. Los accidentes ocurren cuando las fallas de múltiples capas se alinean, permitiendo que el error atraviese todas las defensas. Este modelo ha sido ampliamente utilizado para comprender la ocurrencia de eventos adversos en sistemas sanitarios y continúa siendo una referencia fundamental en la seguridad del paciente (Wiegmann et al., 2022).

La vigencia de este enfoque se mantiene en la actualidad, siendo reconocido como uno de los marcos teóricos más influyentes en el estudio de la seguridad en sistemas complejos. La gestión del error, desde esta perspectiva, comprende no solo la reducción de su incidencia, sino también el diseño de sistemas resilientes capaces de anticipar, detectar y mitigar sus consecuencias. En este sentido, el enfoque sistémico promueve una visión integral que abarca al individuo, al equipo de trabajo y a la organización en su conjunto (Reason, 2000).

Importancia de la Seguridad del Paciente como Prioridad Global

La seguridad del paciente se ha consolidado como una prioridad irrenunciable de los sistemas de salud en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria (OMS, 2021). Esta definición, más amplia que la propuesta en documentos anteriores, reconoce que el daño al paciente causado por cuidados no seguros constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel global, afectando a millones de pacientes cada año.

El punto de inflexión histórico en la toma de conciencia sobre la magnitud del problema fue la publicación del informe «To Err is Human: Building a Safer Health System» por el entonces Institute of Medicine de los Estados Unidos en el año 2000. Este informe, basado en la revisión de 30 000 archivos clínicos, encontró que el 3,7% de los pacientes había sufrido algún evento adverso, siendo el 58% de estos eventos prevenibles y culminando el 13,6% en muerte. La extrapolación a 33,6 millones de hospitalizaciones anuales permitió estimar entre 44 000 y 98 000 muertes anuales atribuibles a eventos adversos vinculados con la atención sanitaria, con un costo económico de entre 17 000 y 28 000 millones de dólares por año (Kohn et al., 2000).

Estudios posteriores actualizaron y ampliaron estas estimaciones. Makary y Daniel, en su investigación publicada en el BMJ en 2016, revisaron datos del período 1999-2013 y estimaron que los errores médicos constituirían la tercera causa de mortalidad en los Estados Unidos, con más de 250 000 muertes anuales, situándose solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Makary & Daniel, 2016). Estas cifras evidenciaron la urgencia de implementar sistemas rigurosos de reporte, análisis y aprendizaje de eventos e incidentes adversos.

En respuesta a esta realidad, la 72ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2019 la resolución WHA72.6 «Acción mundial en pro de la seguridad del paciente», que mandató el desarrollo de un Plan de Acción Mundial. Dicho plan fue finalmente aprobado por la 74ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021: el «Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030» (PAMSP), con la visión de «un mundo en el que nadie sufra daños en la atención sanitaria y todos los pacientes reciban una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar» (OMS, 2021). El PAMSP está estructurado en siete objetivos estratégicos con 35 acciones concretas orientadas a reforzar la calidad y seguridad de los sistemas de salud en todo el proceso de atención, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y los cuidados (Pastié et al., 2022).

Uno de los principios rectores del PAMSP es precisamente inculcar la cultura de la seguridad en el diseño y la prestación de la atención sanitaria, reconociendo que sin un cambio cultural previo, ninguna intervención técnica o normativa resulta sostenible. El plan también subraya la participación activa de los pacientes y sus familias como estrategia clave para el desarrollo de sistemas de salud más seguros, y establece el 17 de septiembre como Día Mundial de la Seguridad del Paciente, cuya edición de 2023 tuvo como tema central «Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente» (OMS, 2023).

Definición y Evolución del Concepto

El concepto de cultura de seguridad hizo su aparición por primera vez en 1988, en el informe de la Agencia Internacional de Energía Atómica sobre el accidente nuclear de Chernobyl (1986), donde se identificó la ausencia de una cultura de seguridad organizacional como uno de los factores contribuyentes determinantes. Desde entonces, el concepto migró desde la industria

nuclear y la aviación hacia el ámbito sanitario, demostrando su pertinencia en todos los entornos de alto riesgo.

La Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos (AHRQ, por sus siglas en inglés) definió en 2004 la cultura de seguridad del paciente como el producto de los valores individuales y grupales, actitudes, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Esta definición abarca sus componentes, las percepciones de seguridad, la frecuencia de eventos reportados y el grado general de seguridad del paciente (AHRQ, 2004). Esta conceptualización ha sido ampliamente empleada en estudios internacionales por su capacidad de abarcar los múltiples campos y enfoques de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

La OMS, en sus documentos técnicos más recientes, define la cultura de seguridad como un producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad. Esta definición jerarquiza las actitudes individuales de cada miembro del equipo de salud, lo que implica un compromiso auténtico con la labor realizada y el respeto hacia el paciente atendido como condición indispensable para garantizar una seguridad adecuada (OMS, 2021).

Autores como Cometto et al. (2011) proponen una conceptualización sintética, señalando que la cultura de seguridad del paciente es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad. Esta perspectiva refuerza la dimensión colectiva del concepto, subrayando que la cultura de seguridad

no puede reducirse a las actitudes de individuos aislados, sino que emerge de la interacción entre los miembros de una organización y las estructuras que los contienen.

Una Cultura de Seguridad Positiva: Características

La cultura de seguridad del paciente se reconoce actualmente como un componente esencial de la calidad asistencial, orientado a la prevención de eventos adversos y al aprendizaje organizacional continuo. En este sentido, organismos internacionales destacan que una cultura de seguridad positiva permite identificar riesgos de manera temprana, promover la notificación de incidentes y fortalecer la mejora continua de los procesos asistenciales (OMS, 2021).

Asimismo, una cultura de seguridad sólida se caracteriza por la existencia de entornos organizacionales donde predomina la confianza, la comunicación abierta y el aprendizaje a partir de los errores. En estos contextos, los profesionales de salud son capaces de reportar incidentes sin temor a represalias, lo que favorece la implementación de estrategias preventivas eficaces y sostenibles en el tiempo (Slawomirski & Klazinga, 2022).

Desde un enfoque contemporáneo, se reconoce que las organizaciones sanitarias con culturas de seguridad maduras presentan características fundamentales como: liderazgo comprometido con la seguridad del paciente, trabajo en equipo interdisciplinario, sistemas de reporte no punitivos, comunicación efectiva, y aprendizaje organizacional basado en la evidencia. Estas características han sido ampliamente respaldadas en estudios recientes sobre seguridad del paciente en sistemas de salud complejos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Marco Dimensional según la AHRQ

La Agency for Healthcare Research and Quality ha establecido un marco conceptual ampliamente validado para la medición de la cultura de seguridad del paciente, actualizado en

sus versiones más recientes del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC 2.0). Este modelo agrupa las dimensiones en tres niveles: nivel de unidad/servicio, nivel organizacional y resultados de seguridad (AHRQ, 2021).

A nivel de servicio o unidad, se incluyen dimensiones como: expectativas y acciones de los supervisores en favor de la seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo dentro de la unidad, comunicación abierta, retroalimentación sobre errores, respuesta no punitiva al error y dotación de personal. Estas dimensiones evalúan la dinámica cotidiana del personal y su impacto directo en la seguridad del paciente. A nivel organizacional, se consideran dimensiones como el apoyo de la alta dirección en la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre unidades y la calidad de los procesos de transición y cambio de turno, aspectos fundamentales para garantizar la continuidad segura de la atención.

Finalmente, las medidas de resultado incluyen la percepción global de seguridad del paciente y la frecuencia de eventos reportados, lo que permite evaluar el grado en que la cultura organizacional favorece la identificación y notificación de incidentes, así como el aprendizaje derivado de estos (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2021; OMS, 2021).

Evolución de las Estrategias para la Seguridad del Paciente

El modelo de los «Siete pasos para la seguridad del paciente», desarrollado por el National Health Service (NHS) del Reino Unido y difundido a través de la National Patient Safety Agency (NPSA) en 2004, constituyó uno de los primeros marcos estructurados para la implementación de estrategias orientadas a mejorar la seguridad asistencial. Este modelo incluía acciones como el desarrollo de una cultura de seguridad, el liderazgo organizacional, la gestión

del riesgo, la notificación de incidentes, el aprendizaje organizacional y la implementación de soluciones preventivas.

Sin embargo, en la actualidad, estos enfoques han evolucionado hacia modelos más integrales y dinámicos, impulsados por organismos internacionales, que superan la estructura lineal de los “siete pasos” y proponen una visión sistémica de la seguridad del paciente.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, a través del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030, plantea un enfoque estratégico basado en sistemas resilientes, cultura de seguridad, participación del paciente, liderazgo institucional y aprendizaje continuo. Este modelo reconoce que la seguridad del paciente no depende de una secuencia de pasos, sino de la interacción compleja entre factores humanos, organizacionales y tecnológicos (OMS, 2021). De manera complementaria, la Agency for Healthcare Research and Quality enfatiza la integración de la cultura de seguridad en todos los niveles de la organización, promoviendo sistemas de reporte no punitivos, comunicación efectiva y mejora continua basada en evidencia (AHRQ, 2021).

Por tanto, aunque el modelo de los siete pasos mantiene relevancia como antecedente histórico, los enfoques actuales priorizan marcos integrales que permiten abordar la seguridad del paciente desde una perspectiva sistémica, adaptativa y centrada en el aprendizaje organizacional.

Origen y Evolución del Instrumento Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC). El instrumento de recolección de datos utilizado en la presente investigación corresponde al «Hospital Survey on Patient Safety Culture» (HSOPSC), desarrollado originalmente por la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud de los Estados Unidos

(AHRQ) y publicado en su versión 1.0 en el año 2004. Desde su lanzamiento, miles de hospitales en los Estados Unidos y a nivel internacional han implementado este cuestionario para evaluar la cultura de seguridad entre su personal asistencial (AHRQ, 2004; Sorra & Nieva, 2004).

El HSOPSC versión 1.0 consta de 42 ítems organizados en 12 dimensiones que miden la cultura de seguridad del paciente tanto a nivel de unidad/servicio como a nivel hospitalario. Su validez y confiabilidad han sido ampliamente examinadas en análisis psicométricos, demostrando un desempeño satisfactorio. Sorra y Nieva (2004) encontraron que el instrumento presentaba validez moderada a fuerte, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0,70 en la mayoría de sus subescalas, a excepción de la subescala de dotación de personal, que mostró los coeficientes más bajos. Los coeficientes de correlación intraclase, indicadores del acuerdo entre los miembros de cada unidad, se encontraron dentro de los rangos recomendados (Sorra & Dyer, 2010).

En el año 2019, la AHRQ lanzó una nueva versión del instrumento: el SOPS® Hospital Survey 2.0 (también denominado HSOPSC 2.0), desarrollada sobre la base de la retroalimentación de usuarios y partes interesadas. La versión 2.0 contiene 32 ítems agrupados en 10 mediciones compuestas y 8 ítems individuales, e introduce importantes modificaciones respecto a la versión original: ítems reformulados para facilitar la comprensión y la traducción; la incorporación de la opción de respuesta «No aplica o No sé»; la adopción de un marco de «Cultura Justa» para evaluar la respuesta ante el error; la revisión de los puestos de trabajo y áreas de unidad; y la reducción de ítems formulados en negativo (AHRQ, 2019). Los resultados del pilotaje de la versión 2.0 mostraron puntuaciones más altas y mayor consistencia interna que la versión 1.0, con alfas de Cronbach para las 10 subescalas oscilando entre 0,67 y 0,89 (AHRQ,

2019). Desde su publicación, el HSOPSC 2.0 ha sido adoptado por más de 400 hospitales en todo el mundo (Razak et al., 2024).

La AHRQ recomienda actualmente el uso de la versión 2.0; sin embargo, la versión 1.0 continúa disponible para aquellas instituciones que deseen mantener la comparabilidad histórica de sus datos. Ambas versiones cuentan con traducciones al español publicadas oficialmente por la AHRQ en su sitio web, habiéndose publicado la traducción al español de la versión 2.0 en mayo de 2021 (AHRQ, 2021).

Validación del HSOPSC para el Contexto Latinoamericano y Peruano. La adaptación transcultural del HSOPSC ha sido objeto de numerosos estudios en distintos países e idiomas. En lo que concierne al contexto hispanohablante, la versión original fue adaptada al español para España por Gascón Cánovas et al. (2009), siendo esta versión la más ampliamente utilizada en los países de habla hispana.

No obstante, estudios recientes han cuestionado la adecuación directa de la versión española para el contexto latinoamericano. Ford et al. (2020), en un estudio publicado en BMC Nursing, realizaron la primera investigación que reportó la aplicación del proceso de traducción recomendado por la AHRQ —incluyendo entrevistas cognitivas opcionales— como método efectivo para la investigación transcultural en el Perú. Los resultados de las entrevistas cognitivas contribuyeron sustancialmente a mejorar los ítems y a validar de manera sistemática la versión en español del HSOPSC para el contexto peruano. El estudio demostró que, aunque los estudios latinoamericanos utilizan frecuentemente la versión española validada para España o Estados Unidos, estos no siempre reportan el método de traducción, el proceso de adaptación cultural ni la estrategia de evaluación de equivalencia (Ford et al., 2020).

En el ámbito nacional, la investigación sobre cultura de seguridad del paciente utilizando el instrumento HSOPSC ha mostrado un incremento notable en los últimos años. Diversos estudios desarrollados en hospitales de Lima y otras regiones del Perú han empleado la versión adaptada al español del cuestionario, validándola en el contexto de instituciones del Ministerio de Salud y de EsSalud, incluyendo servicios de cuidados intensivos, donde la complejidad del entorno y la vulnerabilidad de los pacientes incrementan la relevancia de la evaluación de la cultura de seguridad (Alicia-CONCYTEC, 2024).

A nivel internacional, un estudio español reciente publicado en *Enfermería Intensiva* (2022) empleó el instrumento HSOPSC en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19, evaluando a personal enfermero, auxiliares de enfermería, celadores, personal de limpieza y profesionales médicos. Este estudio demostró la factibilidad y pertinencia del instrumento en el contexto específico de las unidades de cuidados intensivos, confirmando sus adecuadas propiedades psicométricas para medir la percepción sobre cultura de seguridad en este entorno de alta complejidad (Construyendo seguridad en cuidados intensivos, 2010).

El Instrumento en la Presente Investigación. En la presente investigación se utiliza la adaptación al español del HSOPSC versión 1.0 realizada por Gascón Cánovas JJ, Saturno Hernández PJ y el Grupo de Trabajo CUSEP (2009), que corresponde a la versión validada de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Esta versión consta de 42 ítems distribuidos en tres secciones: (A) ítems referidos al servicio/unidad de trabajo, con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde «Muy en desacuerdo» hasta «Muy de acuerdo»); (B) ítems referidos al hospital, con la misma escala Likert; y (C) ítems sobre comunicación en el servicio/unidad, con escala de frecuencia de 5 puntos (desde «Nunca» hasta «Siempre»). El

instrumento también incluye preguntas de información general sobre edad, tiempo de servicio y notificación previa de eventos adversos.

Cabe destacar que el instrumento HSOPSC continúa siendo el más ampliamente utilizado en la investigación internacional sobre cultura de seguridad del paciente, con una base de datos comparativa empleada por numerosos hospitales (AHRQ, 2021). Su uso en el contexto de la presente investigación en la UCI cardiológica del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja permite la comparabilidad con estudios nacionales e internacionales previos, facilitando el benchmarking y la identificación de áreas prioritarias de intervención.

Seguridad del paciente en la Unidad De Cuidados Intensivos Cardiológicos

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son reconocidas mundialmente como los entornos de mayor riesgo para la seguridad del paciente dentro del sistema hospitalario. La gravedad de los pacientes atendidos, la variedad y el número de medicamentos administrados, la cantidad y diversidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, las barreras de comunicación existentes y la complejidad de la información gestionada, entre otros factores, convierten a estas unidades en áreas de riesgo elevado para la ocurrencia de eventos adversos (Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente [FIDISP], 2023).

El estudio SYREC, referente en el ámbito de la seguridad en UCI españolas, reportó una tasa de incidentes de seguridad de 5,89 por cada 100 pacientes por hora de estancia en UCI, de los cuales aproximadamente el 50% fueron eventos adversos —es decir, incidentes con daño— y alrededor del 60% fueron considerados claramente evitables (Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente [FIDISP], 2023). En la literatura internacional, Donchin et al. (1995) documentaron que en el paciente crítico se realizan en promedio 178

intervenciones por paciente y día, estimándose 1,7 errores por paciente por día, con una contribución similar al error entre médicos y enfermeras.

Los eventos adversos más frecuentemente relacionados con el cuidado de enfermería en UCI incluyen: extracción accidental de dispositivos biomédicos como tubos endotraqueales, tubos de drenaje, sondas, accesos venosos centrales y periféricos y catéteres de presiones intracardiacas o intracraneales; errores de medicación de alto riesgo con medicamentos vasoactivos e insulina; administración errónea de sangre y hemoderivados; extracción de muestras invasivas en pacientes incorrectos; y errores en la comunicación de indicaciones o resultados críticos (Construyendo seguridad en cuidados intensivos, 2010).

En las UCI cardiológicas, estos riesgos se ven incrementados por la especificidad del perfil del paciente —habitualmente de mayor edad, con comorbilidades múltiples y bajo tratamiento anticoagulante— y por la densidad de los procedimientos de monitorización hemodinámica invasiva. La seguridad de la medicación cardiovascular de alto riesgo —incluyendo antiarrítmicos, inotrópicos, vasodilatadores y anticoagulantes en infusión continua— constituye una de las áreas de mayor vulnerabilidad. Por ello, una cultura de seguridad sólida entre el personal de enfermería de la UCI cardiológica resulta no solo deseable sino imprescindible para garantizar la calidad de la atención y la protección del paciente crítico.

Modelo de Virginia Henderson

La presente investigación adopta como modelo teórico de enfermería el Modelo de las 14 Necesidades Fundamentales de Virginia Henderson, considerado una de las teorías de mayor vigencia y aplicabilidad en la práctica clínica contemporánea. Recientes estudios han reafirmado la relevancia de este modelo como marco integrador para la formación en competencias y el razonamiento clínico de los profesionales de enfermería (Martín-Rodríguez et al., 2020).

Virginia Henderson definió la función de la enfermería en términos que la dotaron de identidad profesional propia: «La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación —o a una muerte tranquila—, que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible» (Henderson, 1966). Esta definición sitúa a la persona como centro del proceso de atención, incorporando dimensiones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales en interacción constante.

El modelo de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson continúa siendo uno de los marcos conceptuales más influyentes en la práctica de enfermería contemporánea. Su enfoque, centrado en la independencia del paciente y en la satisfacción de necesidades básicas, ha sido ampliamente utilizado en diversos contextos clínicos, incluyendo el cuidado crítico.

Estudios recientes han reafirmado la vigencia de este modelo como herramienta para el desarrollo del razonamiento clínico y la toma de decisiones en enfermería, especialmente en entornos de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos (Martín-Rodríguez et al., 2020).

La novena necesidad fundamental —evitar los peligros del entorno— adquiere especial relevancia en el contexto de la seguridad del paciente, al vincular directamente el rol del profesional de enfermería con la prevención de riesgos, la vigilancia continua y la protección del paciente frente a eventos adversos.

Política Nacional de Seguridad del Paciente en el Perú

El Estado peruano ha fortalecido progresivamente la incorporación de la seguridad del paciente como eje estratégico del sistema de salud, en concordancia con los lineamientos internacionales promovidos por la Organización Mundial de la Salud. En este contexto, el Ministerio de Salud (MINSA) ha desarrollado políticas, normas técnicas y estrategias orientadas a la mejora de la calidad de la atención y la reducción de riesgos asociados a la atención sanitaria.

Si bien las primeras iniciativas datan de años anteriores, en la actualidad estas se encuentran alineadas con el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030, el cual promueve la implementación de sistemas de reporte de eventos adversos, el fortalecimiento de la cultura de seguridad, la capacitación del personal de salud y la participación activa del paciente en su atención (OMS, 2021).

Asimismo, instituciones como SUSALUD y el propio MINSA han impulsado en los últimos años estrategias orientadas a la mejora continua de la calidad, incluyendo la vigilancia de eventos adversos, auditorías clínicas y el desarrollo de indicadores de seguridad del paciente en los servicios de salud.

En este marco, la evaluación de la cultura de seguridad en contextos críticos como las Unidades de Cuidados Intensivos constituye una herramienta fundamental para identificar brechas, fortalecer capacidades institucionales y garantizar una atención segura y de calidad.

Definición de Términos

Cultura de seguridad del paciente: conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud para gestionar la seguridad del paciente (AHRQ, 2004).

Evento adverso: daño no intencionado ocasionado al paciente como consecuencia de la atención sanitaria recibida, y no de su enfermedad de base (OMS, 2023).

Respuesta no punitiva al error: dimensión de la cultura de seguridad referida a la percepción del personal de que los errores no son utilizados en su contra y que se abordan desde un enfoque de aprendizaje organizacional (AHRQ, 2021).

Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos: servicio hospitalario de alta complejidad destinado a la atención de pacientes con patologías cardiovasculares críticas, que requiere monitoreo continuo y cuidados especializados por parte del personal de enfermería.

Notificación de eventos adversos: proceso por el cual el personal de salud reporta incidentes o eventos que afectaron o pudieron afectar la seguridad del paciente, con la finalidad de generar aprendizaje organizacional y prevenir su recurrencia.

Metodología

Descripción del Lugar de Ejecución

El estudio se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, ubicado en Lima, Perú, institución de alta complejidad especializada en atención pediátrica. Cuenta con diversos servicios clínicos y quirúrgicos especializados.

La Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos se encuentra ubicada en el tercer piso del establecimiento y dispone de una capacidad instalada de 9 camas, de las cuales 3 corresponden a ambientes de aislamiento y 6 a ambientes compartidos. Esta unidad brinda atención a pacientes pediátricos críticos derivados de diferentes servicios del hospital y de diversas regiones del país, requiriendo monitoreo continuo y cuidados especializados por parte del personal de enfermería.

Población y Muestra

Población

La población estará conformada por 45 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Muestra

Debido al tamaño reducido de la población, se trabajará con la totalidad de los sujetos de estudio, por lo que se realizará un censo poblacional. En ese sentido, no se aplicará fórmula de cálculo muestral.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión.

- ✓ Profesionales de enfermería que laboren de manera asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.
- ✓ Profesionales de enfermería que se encuentren laborando al momento de la recolección de datos y que acepten participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- ✓ Personal de enfermería que se encuentre de licencia, vacaciones o descanso médico durante el periodo de recolección de datos.
- ✓ Profesionales de enfermería que no culminen de manera completa el llenado del cuestionario.

Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, debido a que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para describir y explicar el fenómeno de estudio. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2022), el enfoque cuantitativo permite medir variables y analizar los resultados mediante procedimientos estadísticos, garantizando objetividad en los hallazgos.

Asimismo, la investigación es de tipo descriptivo, ya que tiene como finalidad especificar las características y propiedades de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería, sin establecer relaciones causales entre variables. Al respecto, Hernández-Sampieri y Mendoza (2022) señalan que los estudios descriptivos buscan detallar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno en una población determinada.

El diseño de investigación es no experimental, debido a que no se manipula deliberadamente la variable de estudio, sino que se observa en su contexto natural. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2022), en los estudios no experimentales el investigador no interviene sobre las variables, limitándose a describirlas tal como ocurren en la realidad.

Finalmente, el estudio es de corte transversal, ya que la recolección de los datos se realizará en un único momento en el tiempo. En este sentido, Hernández-Sampieri y Mendoza (2022) indican que los diseños transversales permiten analizar la variable en un punto específico, facilitando la descripción del fenómeno en un periodo determinado.

Formulación de Hipótesis

Dado que la presente investigación tiene un alcance descriptivo y considera una sola variable de estudio, sin pretender establecer relaciones de asociación o causalidad entre variables, no corresponde la formulación de hipótesis. Al respecto, Hernández-Sampieri y Mendoza (2022) señalan que los estudios descriptivos univariados se orientan a caracterizar el fenómeno tal como se presenta en la realidad, por lo que no requieren plantear hipótesis de tipo correlacional o explicativo.

Identificación de Variables

En la presente investigación se considera una variable principal:

Variable: Cultura de seguridad del paciente.

Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2022), una variable es una propiedad o característica que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

La variable cultura de seguridad del paciente se clasifica como:

Según su naturaleza: variable cualitativa, debido a que describe características relacionadas con percepciones y actitudes del personal de enfermería respecto a la seguridad del paciente.

Según su medición: variable ordinal, ya que será medida mediante una escala tipo Likert con categorías ordenadas (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre).

Según su número: variable univariada, debido a que el estudio se centra en una sola variable de investigación.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Cultura de seguridad del paciente	Es el conjunto de valores, actitudes, percepciones y comportamientos individuales y grupales que determinan el compromiso, estilo y eficacia de una organización de salud en la gestión de la seguridad del paciente. Incluye aspectos como la percepción de seguridad, la frecuencia de eventos reportados y el grado global de seguridad (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004).	Se medirá mediante el cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), el cual consta de 42 ítems distribuidos en tres dimensiones: cultura de seguridad general (7 ítems), cultura de seguridad a nivel de servicio (27 ítems) y cultura de seguridad a nivel hospital (8 ítems). Para la interpretación de los resultados se utilizará la siguiente escala: 1.00–2.33 (nivel bajo), 2.34–3.66 (nivel medio), 3.67–5.00 (nivel alto).	Cultura de seguridad general Cultura de seguridad a nivel de servicio Cultura de seguridad a nivel hospital	- Frecuencia de eventos notificados - Percepción global de seguridad del paciente - Expectativas y acciones de la supervisión que favorecen la seguridad - Aprendizaje organizacional / mejora continua - Trabajo en equipo en la unidad/servicio - Franqueza en la comunicación - Retroalimentación y comunicación sobre errores - Respuesta no punitiva al error - Dotación del personal - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente - Trabajo en equipo entre unidades/servicios - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	Likert: Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)

Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

La técnica empleada en la presente investigación es la encuesta, que consiste en la aplicación de un cuestionario autoadministrado dirigido a los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Esta técnica permite recopilar información de manera sistemática, objetiva y en un tiempo reducido, resultando adecuada para el estudio de percepciones y actitudes del personal de salud (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2022).

Instrumento

El instrumento utilizado es el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)), en su versión adaptada al español por Gascón Cánovas JJ y Saturno Hernández PJ, del Grupo de Trabajo del Proyecto CUSEP (2009), a partir de la versión original desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004). Dicho cuestionario ha sido ampliamente validado en el contexto hospitalario latinoamericano e internacional, garantizando su aplicabilidad en entornos como el de la presente investigación (Ford et al., 2020; Razak et al., 2024).

El instrumento consta de 42 ítems organizados en tres secciones: Sección A (ítems 1–22), referida al servicio/unidad, mide siete dimensiones: dotación de personal, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional y mejora continua, respuesta no punitiva al error, percepciones generales de seguridad, expectativas y acciones del supervisor y retroalimentación y comunicación sobre errores; Sección B (ítems 23–33), referida al hospital, mide tres dimensiones: apoyo de la gerencia, trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno; y Sección C (ítems 34–42), referida a la frecuencia de eventos notificados. Las secciones

A y B utilizan escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = Muy en desacuerdo a 5 = Muy de acuerdo), y la Sección C emplea escala de frecuencia (1 = Nunca a 5 = Siempre). La interpretación se realiza mediante la siguiente escala: 1,00-2,33 (nivel bajo), 2,34-3,66 (nivel medio) y 3,67-5,00 (nivel alto).

Validez y Confiabilidad. El instrumento empleado corresponde a una versión adaptada y validada en contextos hospitalarios previos, por lo que no se realizó un nuevo proceso de validación de contenido por jueces expertos en el marco de la presente investigación. Su validez se sustenta en el respaldo de estudios nacionales e internacionales que han aplicado el HSOPSC en poblaciones de profesionales de enfermería, evidenciando consistencia en sus dimensiones y adecuación a entornos de cuidados críticos (Ford et al., 2020; Razak et al., 2024).

El cuestionario cuenta con una confiabilidad de 0,954 (alfa de Cronbach), obtenida mediante prueba piloto realizada en 30 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Cardiovasculares de un Instituto de Salud del Niño, lo que indica un nivel de confiabilidad excelente según los criterios de George y Mallery (2003). Además, la versión del instrumento empleada garantiza comparabilidad con estudios nacionales e internacionales previos que han utilizado el HSOPSC (Vega Ravello, 2023).

Proceso de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se realizarán las siguientes acciones: En primer lugar, se solicitará la autorización institucional al Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, mediante un oficio dirigido a la Dirección General del establecimiento, adjuntando el proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Unión. Una vez obtenida la autorización, se coordinará con la jefatura de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos para establecer el cronograma de aplicación del instrumento.

Posteriormente, se presentará el proyecto al personal de enfermería durante una reunión de coordinación, explicando los objetivos del estudio y su carácter voluntario y confidencial. A cada participante se le entregará el consentimiento informado para su firma. El cuestionario será aplicado de manera autoadministrada, en formato físico, durante el horario de trabajo, en un tiempo aproximado de 15 minutos por participante, respetando la disponibilidad del personal y evitando interferir con sus actividades asistenciales. La investigadora principal estará disponible para absolver dudas respecto al llenado del instrumento.

Los cuestionarios serán recogidos de forma inmediata tras su llenado, verificando que todos los ítems hayan sido respondidos. En caso de ítems no respondidos, se solicitará al participante completarlos en el momento. Los datos serán ingresados a una base de datos elaborada en Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico.

Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos recolectados serán procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 26.0. Para el análisis descriptivo se calcularán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar), las cuales permitirán describir el comportamiento de la variable cultura de seguridad del paciente y sus dimensiones en la población estudiada.

Los resultados se presentarán en tablas y figuras elaboradas en Microsoft Excel, siguiendo los lineamientos del formato APA, 7.^a edición. Para la clasificación de los niveles de cultura de seguridad se aplicará la escala de interpretación definida en la operacionalización de variables: 1,00-2,33 (nivel bajo), 2,34-3,66 (nivel medio) y 3,67-5,00 (nivel alto). Los datos serán analizados por dimensión y en conjunto, con la finalidad de obtener una caracterización integral de la cultura de seguridad del paciente en la unidad de estudio.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se desarrollará respetando los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y la normativa nacional vigente del Ministerio de Salud del Perú (MINSA). En concordancia con estos principios, se garantizará la participación voluntaria e informada de cada sujeto de estudio, quienes firmarán un consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario, en el que se explicará de manera clara el objetivo del estudio, el carácter confidencial de los datos y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Se aplicará el principio de beneficencia, dado que la investigación busca generar información útil para mejorar la cultura de seguridad del paciente en la unidad de estudio; el de no maleficencia, ya que no se realizará ninguna intervención que pueda causar daño físico o psicológico a los participantes; el de autonomía, al respetarse la decisión libre e informada de cada enfermero de participar o no; y el de justicia, al tratar a todos los participantes con igualdad y sin discriminación.

La confidencialidad de los datos será garantizada mediante el manejo anónimo de los cuestionarios, asignando códigos a cada participante en lugar de nombres. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines académicos y científicos. El proyecto de investigación será sometido a la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Unión y del Comité Institucional de Ética del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, previo al inicio de la recolección de datos.

Limitaciones del Proyecto

El estudio presenta limitaciones relacionadas con el tamaño reducido de la población, dado que los hallazgos corresponden a la realidad de una única unidad hospitalaria, por lo que los resultados no podrán generalizarse a otros servicios o instituciones de salud.

Asimismo, al tratarse de un instrumento de autorreporte, las respuestas del personal de enfermería podrían estar influenciadas por la deseabilidad social, lo cual constituye una limitación propia de este tipo de instrumentos de medición.

Finalmente, el diseño transversal permite describir la variable en un único momento, por lo que no es posible establecer cambios o tendencias de la cultura de seguridad del paciente a lo largo del tiempo.

Administración del Proyecto de Investigación

Cronograma de Ejecución

Nº	Actividad	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
1	Presentación del proyecto al hospital	X			
2	Autorización comité de ética	X			
3	Refinamiento del proyecto	X			
4	Recopilación de datos	X	X		
5	Análisis de datos	X			
6	Redacción del informe final		X	X	
7	Preparación de la presentación		X	X	
8	Revisión final			X	X
9	Entrega del informe para dictaminación				X
10	Refinamiento de informe			X	X

Presupuesto

Tipo de recursos	Cantidad	Presupuesto (S/
Recurso Humano		
Asesor estadístico	1	300,00
Asesor de APA	1	150,00
Validación de instrumento	6	300,00
Personal encuestador	2	100,00
Subtotal		850,00

Material

Recurso	Cantidad	Presupuesto (S/
Hojas bond A4	02 millares	50,00
Útiles de escritorio	Varios	80,00
Anillados	50 unidades	400,00
Impresiones	500 unidades	70,00
Empastado	05 unidades	400,00
Laptop	3	300,00
Llamadas telefónicas	100	100,00
Consumo eléctrico	02 meses	60,00
Internet	02 meses	90,00
Carpeta de sustentación	3	4500,00
Subtotal		6050,00
TOTAL		6900,00

Referencias Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.
<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *SOPS® Hospital Survey 2.0*.
<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2021). *SOPS Hospital Survey 2.0 versión en español*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/SOPS-Hospital-Survey-2-0-Spanish.pdf>
- Alkubati, S. A., Al-Qalah, T., Salameh, B., Alsabri, M., Alrubaiee, G. G., Loutfy, A., Alwesabi, S. A., El-Monshed, A. H., & Elsayed, S. M. (2024). Understanding the relationship between critical care nurses' perception of patient safety culture and adverse events. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241292847>
- Arroyo, A., & Cruzado, M. (2019). Efecto de un programa médico hospitalario en la cultura de seguridad del paciente. *SCIÉENDO*, 15(3), 19-30.
<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2517>
- Barrios Arizaca, G. E., & Uruze Velazco, I. N. (2025). Cultura de seguridad del paciente y la información de los registros de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2024. *Revista Enfermería la Vanguardia*, 13(2), 59-69. <https://doi.org/10.35563/revan.v13i2.679>

- Burquez Hernández, G. J., Huaman, J. A. Z., Reluz, C. G. C., & Avila, J. V. H. (2024). Cultura de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas. *Revista Cubana de Enfermería*, 40, e6223.
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6223>
- Cometto, M. C., Gómez, P. F., Dal Sasso, G. T. M., Zárate, R. A., De Bortoli Cassiani, S. H., & Falconí, C. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
- CONCYTEC. (2024). *Gestión del cuidado y cultura de seguridad del paciente en Perú*.
<https://alicia.concytec.gob.pe>
- Construyendo seguridad en cuidados intensivos. (2010). *Enfermería Intensiva*, 22(1), 1-10.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-construyendo-seguridad-cuidados-intensivos-S1130239911000162>
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L., Pizov, R., & Cotev, S. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23(2), 294-300. <https://doi.org/10.1097/00003246-199502000-00015>
- Ford, E. W., Mathieson, K. M., & Leafman, J. A. (2020). Hospital survey on patient safety culture. *BMC Nursing*, 19, 33. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-020-00419-9>

Fundación por la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente. (2023).

Seguridad del paciente en UCI. <https://fidisp.org/>

Gascón Cánovas, J. J., & Saturno Hernández, P. J. (2009). *Cuestionario sobre Cultura de*

Seguridad del Paciente. Universidad de Murcia. <https://www.um.es/>

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.*

11.0 update (4.^a ed.). Allyn & Bacon.

https://books.google.com/books/about/SPSS_for_Windows_Step_by_Step.html?id=AghHAAAAMAAJ

Giusti, A. C. B. de S., Cornélio, M. E., Oliveira, E. M. de, Giguère, J.-F., & Gallani, M. C. B. J.

(2024). Standard practices in cardiac monitoring: training needs of intensive care unit nurses. *BMC Nursing*, 23, 82. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01742-1>

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. Macmillan.

<https://search.worldcat.org/title/2357713>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2022). *Metodología de la investigación: las rutas*

cuantitativa, cualitativa y mixta (7.^a ed.). McGraw-Hill.

https://books.google.com/books/about/METODOLOG%C3%8DA_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N.html?id=5A2QDwAAQBAJ

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. (2025). *Plan de seguridad del paciente 2025*.

<https://portal.insnsb.gob.pe/>

- Kim, Y., Lee, E., & Park, J. (2025). Factors associated with patient safety activities of clinical nurses. *International Nursing Review*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12614286/>
- Kim, S. O. (2025). Development of a patient safety management protocol for nurses in long-term care hospitals. *Scientific Reports*, 15, 45329. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-29547-5>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Kumar, A., et al. (2023). Patient safety in ICU: what can we do better? *Indian Journal of Critical Care Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10028712/>
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Martín-Rodríguez, L. S., Escalada-Hernández, P., & Soto-Ruiz, N. (2020). El modelo de Virginia Henderson en la formación de competencias de enfermería. *Nurse Education in Practice*, 49, 102905.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595320301396>
- Ministerio de Salud del Perú. (2008). *Política Nacional de Calidad en Salud*.
<https://www.gob.pe/minsa>
- Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Documento técnico: política nacional de calidad en salud*.
<https://www.gob.pe/minsa>

Muhammad, E. H., Abdulhussain Fadhil, A., Al-Tae, M. M., Sabah Jabr, H., Ihsan, M., & R.

Alwaily, E. (2022). Patient safety culture from perspective of nurses working in ICU and CCU wards of Al-Najaf Al-Ashraf Hospital. *Evidence Based Care*, 12(3), 64-71.

<https://doi.org/10.22038/ebcj.2022.66031.2730>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *10 datos sobre seguridad del paciente*.

<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Organización Mundial de la Salud. (2023a). *Seguridad del paciente*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2023*.

<https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2023>

Palomino Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 3(1), 27-36. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750>

Pastíe, M., Freire, O., Palacio-Lapiente, J., & Astier-Peña, M. P. (2022). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. *Atención Primaria*, 54(1), 102217.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8721340/>

Patient Safety Journal. (2025). *A physics tribute to James Reason*.

<https://patientsafetyj.com/article/142807-a-physics-tribute-to-james-reason>

Razak, M. R. A., Ishak, A., Hassan, N. H., et al. (2024). Revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0). *BMC Health Services Research*, 24, 1267.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-024-11802-6>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1070929/>

Reis, G. A., Hayakawa, L. Y., Murassaki, A. C. Y., Matsuda, L. M., Gabriel, C. S., & Oliveira, M. L. F. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 31, e3875.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10077844/>

Severino, P., Saiote, E., Martinez, A. P., Stabilini, C., Ferreira, E., Sousa, M. C., et al. (2024). Patient safety culture in the context of critical care: an observational study. *Nursing Reports*, 14(3), 1998-2010. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11270189/>

Silva, B. P., Quispe Mendoza, I. Y., Goveia, V. R., Guimarães, G. L., Reis Correa, A., & Oliveira, A. C. (2024). Cultura de seguridad en unidades de terapia intensiva en la perspectiva del equipo multiprofesional: estudio multicéntrico. *Enfermería Actual de Costa Rica*(46). <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/52225>

- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: From analysis to action* (OECD Health Working Papers No. 145). OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/761f2da8-en>
- Sorra, J., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10, 199.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
- Sorra, J., & Nieva, V. F. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ Publication No. 04-0041). Agency for Healthcare Research and Quality.
<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Torres, J. A., Cidoncha, M. A., & Morales, A. (2025). Cultura organizacional y seguridad del paciente en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-cultura-organizacional-seguridad-del-paciente-S1130239925000604>
- Vega Ravello, A. C. (2023). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en las enfermeras que laboran en la unidad postoperatoria cardiaca, en un instituto especializado, Lima 2023* [Trabajo académico, Universidad Norbert Wiener].
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/56f48e0f-cc7d-49f7-9738-ad097d781778/content>
- Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the “Swiss Cheese Model” and its application to patient safety. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 119-123. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>

World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Apéndice

Apéndice A

Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Adaptación al español:

Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente – CUSEP- (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)

I. PRESENTACIÓN

El presente cuestionario tiene como finalidad recabar información acerca de la cultura de seguridad del paciente en los enfermeros del servicio de unidad de cuidados intensivos cardiológico del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2026.

El llenado implica veracidad e imparcialidad, por lo que los participantes han firmado previamente el consentimiento.

II. INSTRUCCIONES

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. El tiempo aproximado del llenado del cuestionario es de 15 minutos.

Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño al paciente.

La seguridad del paciente comprende las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es confidencial y los datos obtenidos se utilizarán solo con fines estadísticos.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad: ____

Tiempo de servicio (años): ____

¿Ha notificado alguna vez un evento adverso?

a) a) Sí b) No

Si marcó Sí, ¿cuántas veces en el último año? ____

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente:

SECCIÓN A: Su servicio/unidad

Responda las preguntas en relación a su servicio

- 1= Muy en desacuerdo
- 2=En desacuerdo
- 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4= De acuerdo
- 5= Muy de acuerdo

o	Ítem					
	El personal se apoya mutuamente					
	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					

	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
0	No se producen más fallos por casualidad.					
1	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
2	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.					
3	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
4	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si ello implica sacrificar la seguridad del paciente.					
6	Cuando se comete un error, el personal teme que ello quede en su expediente.					
7	En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.					
8	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
9	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
0	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
1	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
2	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

SECCIÓN B: Su hospital

Responda las preguntas en relación a su hospital

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
23	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la					

	seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

SECCIÓN C: Comunicación en su servicio/unidad

Responda las preguntas en relación a la frecuencia en que ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.

1=Nunca

2= Casi nunca

3= A veces

4= Casi siempre

5= Siempre

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					

36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de manera incorrecta.					
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se notifican los errores que					

	previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Apéndice B

Validez de los instrumentos

Validez

El instrumento utilizado es el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), en su versión adaptada al español por Gascón Cánovas JJ y Saturno Hernández PJ, del Grupo de Trabajo del Proyecto CUSEP (2009), a partir de la versión original desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004). El proceso de adaptación incluye la traducción al español, la revisión por un panel de expertos y la validación en el contexto hospitalario español, lo que garantiza su equivalencia conceptual y su aplicabilidad en entornos como el de la presente investigación.

La validez del contenido del instrumento original fue establecida por la AHRQ mediante revisión por expertos y pilotaje en múltiples hospitales de los Estados Unidos. Estudios psicométricos posteriores confirmaron validez moderada a fuerte del instrumento, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0,70 en la mayoría de sus subescalas (Sorra & Dyer, 2010). Asimismo, los coeficientes de correlación intraclase, indicadores del acuerdo entre los miembros de cada unidad, se encontraron dentro de los rangos recomendados para el uso del instrumento en contextos hospitalarios (Sorra et al., 2010). Adicionalmente, Ford et al. (2020) desarrollaron una validación cruzada del HSOPSC versión 1.0 en el contexto latinoamericano, incluyendo Perú, confirmando la equivalencia semántica y la pertinencia cultural del instrumento para su uso en este contexto, lo que respalda su aplicabilidad en instituciones de salud peruanas como la que corresponde al presente estudio (Ford et al., 2020; Razak et al., 2024).

Apéndice C

Confiabilidad de los instrumentos

Confiabilidad

La confiabilidad se refiere al grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes al ser aplicado en condiciones similares. Para evaluar la confiabilidad interna del instrumento en la presente investigación, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, que permite estimar la consistencia interna de los ítems que conforman una escala (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2022). La prueba piloto se aplicó a 30 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Cardiovasculares de un instituto de salud del niño, obteniéndose un coeficiente de 0,954, lo que según los criterios de George y Mallery (2003) indica un nivel de confiabilidad excelente ($\alpha \geq 0,9$).

Tabla C1

Tabla de interpretación de valores de Alfa de Cronbach según George y Mallery (2003)

Valores del Alfa de Cronbach	Niveles
$\alpha \geq 0.9$	Es excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Es bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Es aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Es cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Es pobre
$0.5 > \alpha$	Es inaceptable

Tabla C2

Confiabilidad del instrumento de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,954	30

Nota: La fuente se obtuvo de los resultados de la prueba piloto constituida por los 30 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Cardiovasculares de un instituto de salud del niño.

Interpretación: Los resultados presentan una confiabilidad muy alta, con un valor de 0,954.

		BAJE DE DATOS CODIFICADA — PRUEBA PILOTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
		Instrumento: HSD/ISC V1.0 adaptado por Gascón y Salazar (2020) N = 35 enfermeras UCI (Unidad Cardiovascular) Cádiz. 1 = Muy en desacuerdo / Nunca — 5 = Muy de acuerdo / Siempre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
DATOS GENERALES		SECCIÓN A — SERVICIO-UNIDAD (Ítem 1-22) + SECCIÓN C — HOSPITAL (Ítem 23-33) + SECCIÓN D — FRECUENCIA EVENTOS (Ítem 34-42)																														TOTALES POR DIMENSION				RESULTADOS GLOBALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
		Deducción de personal (A: Ítem 2,25,14,15 ivv)						Trabajo en equipo (A: Ítem 1,24,11)						Aprendizaje org. / Híbrido (A: Ítem 6,1,3)						Resistencia no pasiva (A: Ítem 8,12,16)						Percepción global neg. (A: Ítem 16,17,18)						Expectativas supervisor (A: Ítem 25,26,21 ivv,22 ivv)						Retos y/o comar. (A: Ítem 34-36-38-39)						Apoyo gerencia (B: Ítem 23,20,21 ivv)						Trabajo en equipo entre UCI (B: Ítem 24 ivv,26,28 ivv,29,30,32)						Cambios transaccional. (B: Ítem 25 ivv,27,33 ivv)						Frecuencia de eventos notificados (C: Ítem 34-42)						Prom. Sec. A	Prom. Sec. B	Prom. Sec. C	Prom. Global																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Nº	Edad (años)	Tempo servicio (años)	¿Especialista evento notificado?	Nº notif. última año (promedio)	Ítem 1 Personal no pasivo	Ítem 2 Estudiante personal	Ítem 3 Colaborar en el trabajo	Ítem 4 ¿Tiene conocimientos?	Ítem 5 No sabe responder (PVC)	Ítem 6 Autoestima superior	Ítem 7 Personal no pasivo	Ítem 8 No sabe responder (PVC)	Ítem 9 No sabe responder (PVC)	Ítem 10 No sabe responder (PVC)	Ítem 11 Autoestima superior	Ítem 12 Personal no pasivo	Ítem 13 No sabe responder (PVC)	Ítem 14 Autoestima superior	Ítem 15 Personal no pasivo	Ítem 16 No sabe responder (PVC)	Ítem 17 Personal no pasivo	Ítem 18 Autoestima superior	Ítem 19 Personal no pasivo	Ítem 20 No sabe responder (PVC)	Ítem 21 Autoestima superior	Ítem 22 Personal no pasivo	Ítem 23 Prom. Sec. A	Ítem 24 Prom. Sec. B	Ítem 25 Prom. Sec. C	Ítem 26 Prom. Sec. D	Ítem 27 Prom. Sec. E	Ítem 28 Prom. Sec. F	Ítem 29 Prom. Sec. G	Ítem 30 Prom. Sec. H	Ítem 31 Prom. Sec. I	Ítem 32 Prom. Sec. J	Ítem 33 Prom. Sec. K	Ítem 34 Prom. Sec. L	Ítem 35 Prom. Sec. M	Ítem 36 Prom. Sec. N	Ítem 37 Prom. Sec. O	Ítem 38 Prom. Sec. P	Ítem 39 Prom. Sec. Q	Ítem 40 Prom. Sec. R	Ítem 41 Prom. Sec. S	Ítem 42 Prom. Sec. T	Ítem 43 Prom. Sec. U	Ítem 44 Prom. Sec. V	Ítem 45 Prom. Sec. W	Ítem 46 Prom. Sec. X	Ítem 47 Prom. Sec. Y	Ítem 48 Prom. Sec. Z	Ítem 49 Prom. Sec. AA	Ítem 50 Prom. Sec. AB	Ítem 51 Prom. Sec. AC	Ítem 52 Prom. Sec. AD	Ítem 53 Prom. Sec. AE	Ítem 54 Prom. Sec. AF	Ítem 55 Prom. Sec. AG	Ítem 56 Prom. Sec. AH	Ítem 57 Prom. Sec. AI	Ítem 58 Prom. Sec. AJ	Ítem 59 Prom. Sec. AK	Ítem 60 Prom. Sec. AL	Ítem 61 Prom. Sec. AM	Ítem 62 Prom. Sec. AN	Ítem 63 Prom. Sec. AO	Ítem 64 Prom. Sec. AP	Ítem 65 Prom. Sec. AQ	Ítem 66 Prom. Sec. AR	Ítem 67 Prom. Sec. AS	Ítem 68 Prom. Sec. AT	Ítem 69 Prom. Sec. AU	Ítem 70 Prom. Sec. AV	Ítem 71 Prom. Sec. AW	Ítem 72 Prom. Sec. AX	Ítem 73 Prom. Sec. AY	Ítem 74 Prom. Sec. AZ	Ítem 75 Prom. Sec. BA	Ítem 76 Prom. Sec. BB	Ítem 77 Prom. Sec. BC	Ítem 78 Prom. Sec. BD	Ítem 79 Prom. Sec. BE	Ítem 80 Prom. Sec. BF	Ítem 81 Prom. Sec. BG	Ítem 82 Prom. Sec. BH	Ítem 83 Prom. Sec. BI	Ítem 84 Prom. Sec. BJ	Ítem 85 Prom. Sec. BK	Ítem 86 Prom. Sec. BL	Ítem 87 Prom. Sec. BM	Ítem 88 Prom. Sec. BN	Ítem 89 Prom. Sec. BO	Ítem 90 Prom. Sec. BP	Ítem 91 Prom. Sec. BQ	Ítem 92 Prom. Sec. BR	Ítem 93 Prom. Sec. BS	Ítem 94 Prom. Sec. BT	Ítem 95 Prom. Sec. BU	Ítem 96 Prom. Sec. BV	Ítem 97 Prom. Sec. BW	Ítem 98 Prom. Sec. BX	Ítem 99 Prom. Sec. BY	Ítem 100 Prom. Sec. BZ	Ítem 101 Prom. Sec. CA	Ítem 102 Prom. Sec. CB	Ítem 103 Prom. Sec. CC	Ítem 104 Prom. Sec. CD	Ítem 105 Prom. Sec. CE	Ítem 106 Prom. Sec. CF	Ítem 107 Prom. Sec. CG	Ítem 108 Prom. Sec. CH	Ítem 109 Prom. Sec. CI	Ítem 110 Prom. Sec. CJ	Ítem 111 Prom. Sec. CK	Ítem 112 Prom. Sec. CL	Ítem 113 Prom. Sec. CM	Ítem 114 Prom. Sec. CN	Ítem 115 Prom. Sec. CO	Ítem 116 Prom. Sec. CP	Ítem 117 Prom. Sec. CQ	Ítem 118 Prom. Sec. CR	Ítem 119 Prom. Sec. CS	Ítem 120 Prom. Sec. CT	Ítem 121 Prom. Sec. CU	Ítem 122 Prom. Sec. CV	Ítem 123 Prom. Sec. CW	Ítem 124 Prom. Sec. CX	Ítem 125 Prom. Sec. CY	Ítem 126 Prom. Sec. CZ	Ítem 127 Prom. Sec. DA	Ítem 128 Prom. Sec. DB	Ítem 129 Prom. Sec. DC	Ítem 130 Prom. Sec. DD	Ítem 131 Prom. Sec. DE	Ítem 132 Prom. Sec. DF	Ítem 133 Prom. Sec. DG	Ítem 134 Prom. Sec. DH	Ítem 135 Prom. Sec. DI	Ítem 136 Prom. Sec. DJ	Ítem 137 Prom. Sec. DK	Ítem 138 Prom. Sec. DL	Ítem 139 Prom. Sec. DM	Ítem 140 Prom. Sec. DN	Ítem 141 Prom. Sec. DO	Ítem 142 Prom. Sec. DP	Ítem 143 Prom. Sec. DQ	Ítem 144 Prom. Sec. DR	Ítem 145 Prom. Sec. DS	Ítem 146 Prom. Sec. DT	Ítem 147 Prom. Sec. DU	Ítem 148 Prom. Sec. DV	Ítem 149 Prom. Sec. DW	Ítem 150 Prom. Sec. DX	Ítem 151 Prom. Sec. DY	Ítem 152 Prom. Sec. DZ	Ítem 153 Prom. Sec. EA	Ítem 154 Prom. Sec. EB	Ítem 155 Prom. Sec. EC	Ítem 156 Prom. Sec. ED	Ítem 157 Prom. Sec. EE	Ítem 158 Prom. Sec. EF	Ítem 159 Prom. Sec. EG	Ítem 160 Prom. Sec. EH	Ítem 161 Prom. Sec. EI	Ítem 162 Prom. Sec. EJ	Ítem 163 Prom. Sec. EK	Ítem 164 Prom. Sec. EL	Ítem 165 Prom. Sec. EM	Ítem 166 Prom. Sec. EN	Ítem 167 Prom. Sec. EO	Ítem 168 Prom. Sec. EP	Ítem 169 Prom. Sec. EQ	Ítem 170 Prom. Sec. ER	Ítem 171 Prom. Sec. ES	Ítem 172 Prom. Sec. ET	Ítem 173 Prom. Sec. EU	Ítem 174 Prom. Sec. EV	Ítem 175 Prom. Sec. EW	Ítem 176 Prom. Sec. EX	Ítem 177 Prom. Sec. EY	Ítem 178 Prom. Sec. EZ	Ítem 179 Prom. Sec. FA	Ítem 180 Prom. Sec. FB	Ítem 181 Prom. Sec. FC	Ítem 182 Prom. Sec. FD	Ítem 183 Prom. Sec. FE	Ítem 184 Prom. Sec. FF	Ítem 185 Prom. Sec. FG	Ítem 186 Prom. Sec. FH	Ítem 187 Prom. Sec. FI	Ítem 188 Prom. Sec. FJ	Ítem 189 Prom. Sec. FK	Ítem 190 Prom. Sec. FL	Ítem 191 Prom. Sec. FM	Ítem 192 Prom. Sec. FN	Ítem 193 Prom. Sec. FO	Ítem 194 Prom. Sec. FP	Ítem 195 Prom. Sec. FQ	Ítem 196 Prom. Sec. FR	Ítem 197 Prom. Sec. FS	Ítem 198 Prom. Sec. FT	Ítem 199 Prom. Sec. FU	Ítem 200 Prom. Sec. FV	Ítem 201 Prom. Sec. FW	Ítem 202 Prom. Sec. FX	Ítem 203 Prom. Sec. FY	Ítem 204 Prom. Sec. FZ	Ítem 205 Prom. Sec. GA	Ítem 206 Prom. Sec. GB	Ítem 207 Prom. Sec. GC	Ítem 208 Prom. Sec. GD	Ítem 209 Prom. Sec. GE	Ítem 210 Prom. Sec. GF	Ítem 211 Prom. Sec. GG	Ítem 212 Prom. Sec. GH	Ítem 213 Prom. Sec. GI	Ítem 214 Prom. Sec. GJ	Ítem 215 Prom. Sec. GK	Ítem 216 Prom. Sec. GL	Ítem 217 Prom. Sec. GM	Ítem 218 Prom. Sec. GN	Ítem 219 Prom. Sec. GO	Ítem 220																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	25	1	1	1	2	2	5	5	4	1	4	3	4	2	4	2	3	2	2	4	2	3	5	4	3	3	5	4	5	2	3	3	3	1	2	4	1	3	3	5	3	4	3	5	1	3	3	5	1	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3

Tabla C3

Confiabilidad por dimensiones del instrumento HSOPSC (prueba piloto, n=30)

Dimensión	Nº ítems	Alfa de Cronbach	Nivel
Cultura de seguridad general (sección C: frecuencia de eventos notificados)	9	,921	Excelente
Cultura de seguridad a nivel de servicio (sección A)	22	,943	Excelente
Cultura de seguridad a nivel hospital (sección B)	11	,907	Excelente
Total del instrumento	42	,954	Excelente

Nota. Resultados obtenidos de la prueba piloto aplicada a 30 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Cardiovasculares de un instituto de salud del niño. Clasificación según George y Mallery (2003).

Interpretación: Las tres dimensiones del instrumento presentan valores de alfa de Cronbach superiores a 0,90, lo cual indica una confiabilidad excelente en cada subescala, siendo consistente con el valor global obtenido de 0,954 para el total del instrumento (George y Mallery, 2003).

Apéndice D

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

....., identificado con DNI, acepto participar en la investigación “Cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en una unidad de cuidados intensivos cardiológicos de un instituto de salud, Lima”.

Para ello tendré que responder una evaluación tipo cuestionario.

Fecha:

.....

FIRMA DE LA ENFERMERA

Apéndice E

Matriz de consistencia

Problema de investigación	Objetivos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento
Problema general: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?	Objetivo general: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.	Cultura de seguridad del paciente	Cultura de seguridad general	Percepción de la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional, retroalimentación sobre errores, comunicación abierta.	Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC). Escala tipo Likert de 5 puntos.
Problema específico 1: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel general asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?	Objetivo específico 1: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel general asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.	Cultura de seguridad del paciente	Cultura de seguridad general	Trabajo en equipo dentro de la unidad, aprendizaje organizacional, comunicación abierta, retroalimentación sobre errores.	Encuesta / Cuestionario HSOPSC
Problema específico 2: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un	Objetivo específico 2: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un	Cultura de seguridad del paciente	Cultura de seguridad a nivel de servicio	Supervisión del jefe inmediato, apoyo del servicio para la seguridad del paciente, comunicación durante cambios de turno, reporte de eventos adversos.	Encuesta / Cuestionario HSOPSC

instituto de salud de Lima, 2026?	instituto de salud de Lima, 2026.				
Problema específico 3: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel hospitalario asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026?	Objetivo específico 3: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente a nivel hospitalario asumida por los enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos de un instituto de salud de Lima, 2026.	Cultura de seguridad del paciente	Cultura de seguridad a nivel hospital	Trabajo en equipo entre unidades, apoyo de la gestión hospitalaria, políticas institucionales de seguridad del paciente.	Encuesta / Cuestionario HSOPSC