

Percepción del enfermero sobre la práctica profesional en niveles de atención, Arequipa 2025

Professional nurse's perception of professional practice in healthcare levels, Arequipa 2025

Percepção do enfermeiro sobre a prática profissional em níveis de atenção, Arequipa 2025

ARTÍCULO ORIGINAL



Edy Luz Condori Llasa 
edy.condori@upeu.edu.pe

Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado. Lima, Perú

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i24.438>

Artículo recibido 2 de julio 2025 / Aceptado 25 de agosto 2025 / Publicado 2 de septiembre 2025

RESUMEN

La calidad del cuidado desde la percepción del ejercicio profesional de enfermería constituye un elemento fundamental para el desarrollo disciplinar. **Objetivo:** Analizar la percepción del enfermero sobre el ejercicio de la práctica profesional en los diferentes niveles de atención en el departamento de Arequipa, considerando dimensiones de autonomía, liderazgo y cuidado. **Métodos:** Este estudio se plantea cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 profesionales enfermeros de diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) seleccionados mediante muestreo intencional por criterios. Los datos recabados se abordaron mediante análisis de contenido temático utilizando el software ATLAS.ti versión 22. **Resultados:** Emergieron tres categorías principales: (1) Autonomía profesional percibida con limitaciones por factores organizacionales y normativos, con mayor libertad decisional en atención primaria; (2) Liderazgo ejercido principalmente en coordinación de equipos, con variaciones según nivel de atención; (3) El cuidado integral como núcleo central de la práctica, se ve influenciado por recursos disponibles y de complejidad de casos. Los participantes manifestaron una satisfacción moderada con el ejercicio de su profesión, se identificaron barreras administrativas, como facilitadores relacionados con la formación especializada. **Conclusiones:** La percepción del ejercicio profesional de enfermería en la ciudad Arequipa evidencia disparidades entre niveles de atención, con necesidades específicas de fortalecimiento de autonomía y liderazgo. Estos hallazgos contribuyen al desarrollo de estrategias que permitirán optimizar la práctica profesional y mejorar la calidad del cuidado.

Palabras clave: Percepción; Enfermería; Autonomía profesional; Liderazgo; Cuidado de enfermería

ABSTRACT

The quality of care from the perception of nursing professional practice constitutes a fundamental element for disciplinary development. **Objective:** To analyze the nurse's perception of the exercise of professional practice at different levels of care in the Arequipa department, considering dimensions of autonomy, leadership, and care. **Methods:** This study is qualitative with a descriptive phenomenological approach. Semi-structured interviews were conducted with 15 nursing professionals from different levels of care (primary, secondary, and tertiary) selected through intentional sampling by criteria. The collected data were analyzed using thematic content analysis with ATLAS.ti version 22 software. **Results:** Three main categories emerged: (1) Perceived professional autonomy with limitations due to organizational and normative factors, with greater decision-making freedom in primary care; (2) Leadership exercised mainly in team coordination, with variations depending on the level of care; (3) Comprehensive care as the central core of practice, influenced by available resources and case complexity. Participants expressed moderate satisfaction with their professional practice, identified administrative barriers, and recognized facilitators related to specialized training. **Conclusions:** The perception of nursing professional practice in the city of Arequipa shows disparities between levels of care, with specific needs for strengthening autonomy and leadership. These findings contribute to the development of strategies that will optimize professional practice and improve the quality of care.

Key words: Perception; Nursing; Professional autonomy; Leadership; Nursing care

RESUMO

A qualidade do cuidado, a partir da percepção do exercício profissional de enfermagem, constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento disciplinar. **Objetivo:** Analisar a percepção do enfermeiro sobre o exercício da prática profissional nos diferentes níveis de atenção no departamento de Arequipa, considerando dimensões de autonomia, liderança e cuidado. **Métodos:** Este estudo é qualitativo com uma abordagem fenomenológica descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestructuradas com 15 profissionais de enfermagem de diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) selecionados por amostragem intencional por critérios. Os dados coletados foram analisados por meio de análise de conteúdo temático utilizando o software ATLAS.ti versão 22. **Resultados:** Emergiram três categorias principais: (1) Autonomia profissional percebida com limitações devido a fatores organizacionais e normativos, com maior liberdade decisional na atenção primária; (2) Liderança exercida principalmente na coordenação de equipes, com variações dependendo do nível de atenção; (3) O cuidado integral como núcleo central da prática, influenciado pelos recursos disponíveis e pela complexidade dos casos. Os participantes manifestaram satisfação moderada com o exercício de sua profissão, identificaram barreiras administrativas e reconheceram facilitadores relacionados à formação especializada. **Conclusões:** A percepção do exercício profissional de enfermagem na cidade de Arequipa evidencia disparidades entre os níveis de atenção, com necessidades específicas de fortalecimento da autonomia e liderança. Esses achados contribuem para o desenvolvimento de estratégias que permitirão otimizar a prática profissional e melhorar a qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Percepção; Enfermagem; Autonomia profissional; Liderança; Cuidado de enfermagem

INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional desde la percepción del profesional de enfermería representa un fenómeno complejo que abarca múltiples dimensiones de la práctica clínica, desde la autonomía decisional hasta la calidad del cuidado proporcionado. En el contexto latinoamericano, y particularmente peruano, esta percepción del profesional adquiere características particulares siendo influenciadas por factores organizacionales, normativos y socioculturales que configuran el entorno de práctica profesional (1,2). Una comprensión clara y profunda de cómo los enfermeros perciben el ejercicio de su profesión constituye un elemento fundamental para el desarrollo disciplinar, y por tanto la mejora continua en la calidad asistencial.

En el contexto mundial, la fuerza laboral de enfermería representa cerca de 29.8 millones de profesionales, constituyendo el componente más numeroso del personal sanitario (3). En América Latina, esta cifra alcanza los 8.4 millones de profesionales, con una distribución heterogénea que evidencia importantes desafíos para la región (4). En el caso peruano, el registro colegial indica que son más de 96,000 enfermeros titulados, aunque solo son 57,000 quienes se encontrarían ejerciendo esta profesión, revelando una problemática significativa de retención profesional

que requiere análisis profundo de los factores que influyen en la percepción del ejercicio profesional (5).

La literatura científica publicada ha identificado que la percepción del ejercicio profesional de enfermería está intrínsecamente relacionada con tres dimensiones fundamentales: la autonomía profesional, el liderazgo clínico y la calidad del cuidado proporcionado (6-8). Estos elementos constituyen pilares sobre los cuales se construye la identidad profesional y se define la satisfacción laboral de los enfermeros en diferentes contextos.

La autonomía profesional en enfermería se define como la competencia y el desempeño innovador del profesional enfermero para determinar actividades particulares de forma independiente o interdependiente, conservando la responsabilidad por las decisiones y reflejando la defensa y el cuidado del paciente (9). Concepto multidimensional que comprende cuatro elementos característicos: liderazgo compartido, habilidades profesionales, colaboración inter e intraprofesional, y un entorno de trabajo saludable (10).

Las investigaciones últimas han demostrado que la autonomía profesional en enfermería se manifiesta a través de la capacidad de tomar decisiones clínicas e independientes, libertad para implementar intervenciones basadas en evidencia,

y la autoridad para influir en políticas de cuidado de pacientes (11). La percepción de autonomía varía significativamente según el nivel de atención, los entornos de atención primaria son mayores, es donde los enfermeros tienen mayor flexibilidad para desarrollar programas de cuidado integral (12).

El liderazgo en enfermería se conceptualiza como el proceso de influir en otros, facilitando el logro de objetivos compartidos de forma individual y colectiva, basado en relaciones dirigidas por el comportamiento profesional (13). En el contexto en diferentes niveles de atención, y liderazgo se manifiesta de manera diferenciada: atención primaria a través de la coordinación comunitaria y programas preventivos, atención secundaria mediante la gestión de unidades especializadas, y atención terciaria a través del liderazgo en cuidados críticos y alta complejidad (14).

El liderazgo enfermero se identifica como un factor determinante en la calidad del cuidado, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos (15). La percepción del liderazgo de los enfermeros influye directamente en el compromiso profesional, capacidad de innovación y su contribución al desarrollo de equipos de salud eficaces (16).

El cuidado es esencial en la disciplina de enfermería, conceptualizado como una

visión holística del ser humano que integra las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de la existencia (17). La Teoría de las Relaciones Interpersonales de Peplau proporciona un marco conceptual fundamental para entender cómo la percepción del cuidado se desarrolla a través de la interacción terapéutica enfermero-paciente, abarcando fases de orientación, identificación, explotación y resolución (18).

El contexto de diferentes niveles de atención, el cuidado de enfermería adquiere características específicas: cuidado preventivo y promocional en atención primaria, cuidado especializado y de rehabilitación en atención secundaria, cuidado crítico y de alta complejidad en atención terciaria (19). La percepción de calidad del cuidado por parte de los enfermeros está influenciada por factores organizacionales, recursos disponibles, formación profesional y soporte institucional (20).

Estudios internacionales demostraron que la percepción del ejercicio profesional de enfermería varía significativamente entre diferentes contextos geográficos y organizacionales. Una investigación realizada en Noruega evidenció que la autonomía profesional influye directamente en la dimensión moral del cuidado al final de la vida, destacando la importancia de la percepción profesional en la calidad asistencial (21). En Egipto han identificado correlaciones positivas entre la percepción del

ambiente de práctica profesional y la pasión por el trabajo, sugiriendo que la percepción profesional influye en la satisfacción laboral y retención de personal (22).

En Latinoamérica, investigaciones en Colombia revelaron que los profesionales de enfermería perciben la continuidad de cuidados de forma fragmentada y empírica, identificando barreras relacionadas con la desarticulación entre niveles de atención y limitaciones administrativas (23). Estos hallazgos son consistentes con estudios realizados en Chile y Costa Rica que evidencian disparidades en la percepción del ejercicio profesional según el nivel de atención (24,25).

En Perú, investigaciones previas identificaron que los enfermeros perciben limitaciones en su autonomía profesional relacionadas con factores organizacionales y normativos del sistema de salud (26). Un estudio comparativo entre Perú y Colombia evidenció diferencias significativas en la percepción de autonomía entre profesionales de diferentes niveles de atención, sugiriendo la necesidad de investigación contextualizada (27).

El tema es relevante, pero existe un vacío significativo en la literatura científica peruana respecto a la percepción del ejercicio profesional de enfermería en los diferentes niveles de atención. La mayoría de estudios existentes se han enfocado en aspectos específicos como autonomía o liderazgo, sin tener una perspectiva holística

que considere tres dimensiones fundamentales de la práctica profesional. Además, la literatura disponible no ha explorado suficientemente las particularidades del contexto arequipeño, región que presenta características demográficas, epidemiológicas y organizacionales particulares.

Comprender la percepción del ejercicio profesional de enfermería en Arequipa contribuirá al desarrollo de estrategias específicas para optimizar la práctica profesional, mejorar la satisfacción laboral y, en consecuencia, la calidad del cuidado al paciente. Los resultados de esta investigación proporcionarán evidencia científica para informar políticas de salud regional, programas de formación profesional y establecer estrategias de gestión del talento humano en enfermería.

El objetivo de la investigación es analizar la percepción del enfermero sobre el ejercicio de la práctica profesional en los diferentes niveles de atención en Arequipa, considerando las dimensiones de autonomía, liderazgo y cuidado.

METODO

De enfoque cualitativo con perspectiva fenomenológico descriptivo, orientado a explorar y comprender la percepción vivencial del ejercicio profesional de enfermería en diferentes niveles de atención. El diseño fenomenológico permitió

capturar la esencia de las experiencias vividas por los profesionales de enfermería, accediendo a los significados que otorgan su práctica profesional cotidiana (28).

También se fundamenta en el paradigma interpretativo, asumiendo que la percepción del ejercicio profesional constituye una construcción subjetiva influenciada por factores personales, organizacionales y contextuales. Este enfoque permitió la exploración profunda de los fenómenos desde la perspectiva de los participantes, generando conocimiento contextualizado y culturalmente relevante (29).

La población de estudio estuvo constituida por enfermeros profesionales que ejercen en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de Arequipa, incluyendo establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (EsSalud) y sector privado.

Se utilizó muestreo intencional por criterios, técnica apropiada para investigación cualitativa que permite la selección deliberada de participantes que poseen características específicas relevantes para el fenómeno de estudio (30). El tamaño muestral se determinó por saturación teórica, principio que indica el punto en el cual no emergen nuevos datos, categorías o temas durante el análisis, confirmando la suficiencia de información recogida (31).

La muestra final estuvo constituida por 15 participantes distribuidos estratégicamente según nivel de atención: cinco enfermeros de atención primaria (centros de salud), cinco de atención secundaria (hospitales de nivel II) y cinco de atención terciaria (hospitales de nivel III-IV).

Los criterios de inclusión asumidos fueron: Enfermeros profesionales con título universitario y colegiatura vigente; Experiencia mínima de dos años en el nivel de atención actual; Ejercicio activo en instituciones de salud; Disposición voluntaria para participar en el estudio; Firma del consentimiento informado

Los criterios de exclusión, fueron: Enfermeros en período de prueba o contrato menor a seis meses; Profesionales con licencia médica prolongada durante el período de estudio; Enfermeros que desempeñen exclusivamente funciones administrativas sin contacto directo con pacientes

Técnicas de Recolección de Datos: Se utilizó la entrevista individual semiestructurada como técnica principal de recolección, permitió la exploración profunda de las experiencias subjetivas manteniendo flexibilidad para adaptar las preguntas según el desarrollo de la conversación (32). Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de los participantes o en

espacios privados según su preferencia, con una duración promedio de 45-60 minutos.

También se desarrolló una guía de entrevista estructurada en tres dimensiones principales: Dimensión Autonomía Profesional; Dimensión Liderazgo Clínico; Dimensión Cuidado Integral. Para la validación del instrumento, la guía de entrevista fue sometida a validación por juicio de tres expertos: un metodólogo especialista en investigación cualitativa, un enfermero con experiencia en gestión de servicios de salud, y un profesional con experticia en percepción y ejercicio profesional de enfermería. Se realizó una prueba piloto con dos participantes para ajustar la redacción y secuencia de las preguntas.

La recolección de datos se realizó entre febrero y mayo de 2025, siguiendo un protocolo estandarizado, desde el contacto inicial con las instituciones de salud y la identificación participantes potenciales para invitación en aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, posteriormente se planteó el consentimiento informado escrito de todos los participantes (garantizando su voluntad al estudio), se realizaron las entrevistas que fueron grabadas, manteniendo confidencialidad y anonimato con códigos de identificación, y finalmente se registraron observaciones sobre contexto, lenguaje no verbal y aspectos relevantes durante cada entrevista.

Se empleó análisis de contenido temático, metodología sistemática que permite identificar, analizar y reportar patrones temáticos en los datos cualitativos (33). El análisis se realizó utilizando el software ATLAS.ti versión 22, herramienta especializada que facilitó la organización, codificación y análisis de datos cualitativos. Este proceso contemplo fases:

Fase 1: Preparar datos, transcripción verbatim de todas las entrevistas, verificación de exactitud mediante revisión de audio y texto, conversión de datos mediante códigos de participante.

Fase 2: Lectura exploratoria de completo de todas las transcripciones, familiarización con el contenido e identificación de temas emergentes, registro de impresiones iniciales y patrones indiscutibles.

Fase 3: Codificación inicial, línea por línea del contenido textual, generación de códigos descriptivos e interpretativos y la agrupación de códigos similares en subcategorías.

Fase 4: Desarrollo de categorías identificando patrones y relaciones entre códigos, construcción de categorías temáticas principales, definición de propiedades y dimensiones de cada categoría.

Fase 5: Verificación y refinamiento de categorías con evidencia textual, de definiciones y relaciones entre categorías, y verificación de saturación teórica.

A la par se aplicaron criterios de rigor científico específicos para investigación cualitativa (34):

Credibilidad: Se estableció mediante triangulación de datos (múltiples participantes y niveles de atención), verificación de miembros (validación de hallazgos con participantes) y reflexividad del investigador.

Transferibilidad: Se aseguró a través de descripción densa del contexto, características de participantes y proceso metodológico, permitiendo evaluación de aplicabilidad en contextos similares.

Dependabilidad: Se mantuvo mediante documentación detallada del proceso de investigación, registro de decisiones metodológicas y auditabilidad del análisis.

Confirmabilidad: Se garantizó a través de triangulación de investigadores, mantenimiento de cadena de evidencia y registro de reflexiones durante el proceso.

Aspectos Éticos: La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Unión (Resolución N° 2024-045) y autorizada por las instituciones de salud participantes. Se cumplieron los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas nacionales para investigación en salud (35). Aspecto que llevo a asumir principios éticos, como:

- **Autonomía:** Se respetó la autodeterminación de los participantes mediante consentimiento informado, explicación comprensible del estudio y garantía del derecho de retiro sin consecuencias.
- **Beneficencia:** Se aseguró que la investigación contribuyera al conocimiento científico y mejora de la práctica profesional, sin exposición a riesgos innecesarios.
- **No maleficencia:** Se minimizaron riesgos potenciales mediante protocolo de confidencialidad, anonimato de datos y apoyo psicológico disponible si se necesitara.
- **Justicia:** Se garantizó la selección equitativa de participantes sin discriminación, y acceso a resultados del estudio.
- Finalmente se implementaron medidas específicas de protección de datos personales: El anonimato mediante códigos alfanuméricos, el almacenamiento seguro en dispositivos encriptados, el acceso restringido al equipo de investigación, la destrucción de grabaciones previa transcripción y verificación, la confidencialidad de identidad y datos personales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a características sociodemográficas, de 15 participantes el 80%, 12 correspondieron al sexo mujer y 3 (20%) hombres, con edades entre 28 y 52 años (media: 38.4 años). La experiencia profesional osciló entre 3 y 18 años (media: 9.2 años), siendo mayor en participantes de atención terciaria (media: 12.1 años) comparado con atención primaria (media: 7.8 años) y secundaria (media: 8.7 años).

Respecto a la formación académica, 8 participantes (53.3%) contaban con especialización de posgrado, 4 (26.7%) con estudios de maestría, y 3 (20%) únicamente con grado universitario. La distribución de especialización mostró mayor proporción en atención terciaria (80%) comparada con atención secundaria (60%) y primaria (20%). Todos los participantes mantenían colegiatura vigente y ejercían en instituciones públicas (MINSA: 8, EsSalud: 4) y privadas (3).

El análisis de contenido temático reveló tres categorías principales que configuran la percepción del ejercicio profesional de enfermería, cada una con subcategorías específicas que enriquecen la comprensión del fenómeno estudiado.

Categoría 1. Autonomía profesional

condicionada: Emergió como una percepción compleja influenciada por múltiples factores contextuales, organizacionales y normativos. Los participantes describieron su autonomía como “condicionada” o “limitada”, variando significativamente según el nivel de atención y las características institucionales.

- Subcategoría 1.1. Autonomía Técnica Diferenciada: Los enfermeros de atención primaria reportaron mayor percepción de autonomía en la toma de decisiones clínicas relacionadas con programas preventivos y promocionales. Una participante del centro de salud expresó: “Aquí tengo más libertad para diseñar programas educativos, para decidir qué actividades preventivas priorizar según las necesidades de la comunidad” (P-AP-03). En contraste, los profesionales de atención terciaria percibieron menor autonomía debido a la presencia de protocolos más rígidos: “Todo está protocolizado, no puedes variar mucho el manejo, aunque tengas experiencia y sepas que hay alternativas” (P-AT-02).

- Subcategoría 1.2. Barreras Organizacionales: Todos los niveles de atención identificaron barreras organizacionales que restringen la autonomía profesional. Los participantes señalaron presencia de jerarquías médicas, limitaciones presupuestarias y normas institucionales como principales obstáculos. Un enfermero de atención secundaria indicó: “A veces tienes el conocimiento y la experiencia, pero el sistema no te permite aplicarlo. Dependes de órdenes médicas para cosas que podrías resolver independientemente” (P-AS-04).
 - Subcategoría 1.3. Facilitadores de Autonomía: Se identificaron factores que facilitan la percepción de autonomía, principalmente relacionados con la formación especializada, la experiencia profesional y el soporte institucional. Los participantes con especialización reportaron mayor confianza para ejercer autonomía: “Después de la especialización, me siento más segura para tomar decisiones, mi opinión tiene más peso en el equipo” (P-AT-05).
 - Subcategoría 2.1. Liderazgo Comunitario en Atención Primaria: Los enfermeros de atención primaria ejercen liderazgo principalmente en la coordinación de programas comunitarios y educación poblacional. Una participante describió: “Mi liderazgo se centra en coordinar con líderes comunitarios, organizar campañas de salud, liderar el equipo en actividades extramurales” (P-AP-01). Este tipo de liderazgo fue percibido como horizontal y colaborativo.
 - Subcategoría 2.2. Liderazgo Técnico-Especializado: En atención secundaria y terciaria, el liderazgo se manifestó principalmente a través de competencias técnicas especializadas y coordinación de equipos multidisciplinarios. Un enfermero de UCI expresó: “Mi liderazgo se basa en la experiencia técnica, en poder tomar decisiones rápidas en situaciones críticas, en guiar a enfermeros menos experimentados” (P-AT-03).
 - Subcategoría 2.3. Barreras al Liderazgo: Identificaron limitaciones estructurales que obstaculizan el ejercicio de liderazgo, incluyendo jerarquías rígidas, falta de reconocimiento profesional y sobrecarga laboral. Un enfermero señaló: “Tienes el conocimiento para liderar, pero el sistema no te da las herramientas ni el reconocimiento. Es frustrante” (P-AS-02).
- Categoría 2. Liderazgo Contextualmente Adaptado:** El liderazgo en enfermería fue percibido como un fenómeno adaptativo que varía según el contexto, evidenciando diferentes manifestaciones en cada nivel de atención.

Categoría 3. Cuidado Integral Como

Núcleo Identitario: El cuidado integral fue identificado consistentemente como el núcleo central de la identidad profesional de enfermería, manteniéndose como constante independientemente del nivel de atención, aunque con particularidades específicas.

- Subcategoría 3.1. Cuidado Holístico
Contextualizado: Los participantes describieron el cuidado como un proceso holístico que integra dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente, adaptándose al contexto asistencial. Una enfermera de atención primaria expresó: “El cuidado aquí es más integral, puedes conocer la historia familiar, los factores sociales. Es un cuidado más humano y personalizado” (P-AP-05).
- Subcategoría 3.2. Calidad del Cuidado y Recursos: La percepción de la calidad del cuidado mostró relación directa con la disponibilidad de recursos materiales, humanos y temporales. Los participantes de todos los niveles reportaron limitaciones que afectan la calidad del cuidado: “Quisieras dar un cuidado de excelencia, pero las limitaciones de personal y tiempo no te permiten dedicar el tiempo que cada paciente necesita” (P-AS-03).

- Subcategoría 3.3. Satisfacción Profesional en el Cuidado: A pesar de las limitaciones identificadas, los mismos expresaron alta satisfacción personal cuando logran proporcionar cuidado de calidad. Una enfermera señaló: “Cuando ves que tu cuidado hace la diferencia, cuando el paciente mejora por tu intervención, ahí sientes la verdadera realización profesional” (P-AT-01).

A continuación, se exponen factores transversales influyentes:

- Formación Profesional y Desarrollo Continuo: La formación especializada emergió como factor determinante en la percepción del ejercicio profesional. Los participantes con estudios de posgrado reportaron mayor confianza, autonomía percibida y satisfacción profesional. La educación continua es identificada como necesidad prioritaria para mantener competencias actualizadas.
- Reconocimiento Profesional y Social: El reconocimiento tanto interno (equipo de salud) como externo (sociedad) influye en la percepción del ejercicio profesional. Los participantes expresaron la necesidad de mayor valoración social de la profesión de enfermería y reconocimiento de su contribución al sistema de salud.

- Condiciones Laborales y Ambiente de Trabajo: Las condiciones laborales, incluyendo carga de trabajo, horarios, remuneración y ambiente físico, resultan en factores determinantes de la percepción profesional. Los participantes de atención primaria reportaron mejores condiciones comparadas con atención terciaria, donde la sobrecarga y estrés laboral fueron más evidentes. Es así que se exponen diferencias por niveles de atención:
- Atención Primaria: Mayor percepción de autonomía en programas preventivos; Liderazgo comunitario y educacional predominante; Cuidado más personalizado y continuo; Mejor equilibrio trabajo-vida personal; Menor complejidad técnica, mayor satisfacción relacional.
- Atención Secundaria: Autonomía moderada en procedimientos especializados; Liderazgo técnico en unidades específicas; Cuidado especializado con alta demanda; Condiciones laborales variables según servicio; Balance entre complejidad técnica y carga asistencial.
- Atención Terciaria: Autonomía limitada por protocolos estrictos; Liderazgo técnico-especializado en situaciones críticas; Cuidado de alta complejidad con limitaciones

temporales; Mayor estrés y sobrecarga laboral; Alta satisfacción técnica, menor satisfacción relacional.

Discusión

En el nivel de atención (hospitales generales) la percepción de los enfermeros está determinada por situaciones de apoyo institucional específicas para cada establecimiento (baja rotación y/o abandono laboral, flexibilidad administrativa y problema de personal para cubrir ausencias por vacaciones o enfermedad). Se espera, además, que este efecto se vea potenciado por un clima organizacional que facilite el trabajo en equipo y una comunicación fluida entre trabajadores; para ello, es fundamental que el clima laboral no lamine la motivación que lleva a la información y búsqueda activa de los procesos de atención estandarizados (36).

En relación con los resultados y su ámbito de aplicación, se proponen varias recomendaciones dirigidas a fortalecer la formación del personal asistencial y apoyar su desarrollo profesional. En primer lugar, es fundamental establecer un programa de capacitación que abarque tanto al personal asistencial como al relacional y al de la empresa. Además, se sugiere crear fuentes documentales que recojan las experiencias acumuladas, con el fin de ayudar a los nuevos colaboradores a comprender los procesos, la

importancia del trabajo en equipo y el apoyo necesario por parte del resto del grupo asistencial. Es crucial consolidar espacios donde todos los colaboradores puedan interactuar, coordinar y compartir información, promoviendo así un ambiente de trabajo más colaborativo.

Para contribuir a la gestión del talento humano en el ámbito de la salud, se recomienda que el proceso de Talento Humano implemente estrategias efectivas para la dirección, motivación y retención del personal. Esto debe incluir la evaluación del clima laboral y la satisfacción dentro de los diferentes ambientes de trabajo. Una vez realizadas estas evaluaciones, es imperativo planificar actividades correctivas o de seguimiento en los casos en que los resultados no alcancen los niveles esperados (37). El área de Talento Humano también debe promover buenas prácticas en la relación personal mediante capacitaciones, adaptadas a la experiencia necesaria en cada unidad o sala.

Además, es esencial brindar soporte institucional cuando se presenten dificultades en la atención y en las dinámicas de trabajo intercolectivas, así como implementar distintos métodos de comunicación según la sala o unidad específica. Desde el ámbito institucional, es necesario documentar de manera ordenada y clara el trabajo asistencial, el circuito de atención y sus dependencias, así como las interacciones

con otros centros de salud de la red (38). También se debe apoyar a los colaboradores de manera oportuna de acuerdo con sus necesidades y asegurar que la comunicación, tanto inter como intra departamental, sea fluida y efectiva (39,40).

Las prácticas de enfermería cuentan con un componente científico o lógico que combina, organiza y articula una serie de acciones en beneficio de los pacientes, factores que requieren formación, reflexión y desde la formación y desarrollo de competencias se establece una aplicación coherente de sentido, actitud ética y una correcta administración de los recursos materiales y humanos disponibles (41).

En este sentido, la práctica profesional de la enfermera se concibe como el conjunto de procesos sistemáticos, orientados a la satisfacción integral de las necesidades de los usuarios, al logro de resultados óptimos y garantizando continuidad en todos los espacios. Dichos procesos son: triage o gestión inicial, asistencia integral, información y educación al paciente en relación al diagnóstico y cuidado, coordinar las actividades requeridas con el equipo y facilitar el proceso de alta y continuidad en la atención (42).

Por ello, en un centro de salud con una realidad frente a los factores fisiológicos y requerimientos de verificación administrativa y toma de decisiones, surge la inquietud sobre la percepción de la enfermera y el posible logro de

mejora a partir de ella. Variables internas como las capacidades personales, junto a variables ambientales que dependen del equipo y las condiciones de espacio y ciclo ambiente, unen AED además de las variables organizacionales relacionadas con la cultura de servicio e investigación (43).

De esta manera, las opiniones de docentes y líderes en gestión del talento humano fortalecen a idea de que las políticas institucionales deben centrarse en el bienestar laboral, la comunicación efectiva y la valoración del desempeño profesional. Asimismo, recomiendan recoger propuestas de mejora provenientes de los propios trabajadores, con el fin de retroalimentar las políticas organizacionales y promover experiencias satisfactorias de atención y gestión integral (44).

En el estrato primario de atención, la enfermera percibe que el trabajo se adecúa a sus capacidades, goza de autonomía, existe una continuidad asistencial y la carga laboral es razonable. Sin embargo, considera que la carga laboral impide brindar una atención de calidad, y que no siempre hay tiempo para informar a otros sobre los pacientes. La enfermera respalda al nivel secundario al percibir un clima institucional propicio para su actividad, aunque considera que la coordinación con otros niveles no es óptima y no siente apoyo continuo (45). En la atención terciaria,

se refleja una especialización subyacente en la enfermería, que percibe la actividad como cargada de presión y acepta límites en la realización de ciertas tareas.

Desde este punto de vista, las instituciones de salud deben considerar la problemática relacionada con el reclutamiento y retención del personal de enfermería, ya que según la investigación describe que el enfoque de las organizaciones está en presionar al personal para que realicen una mayor carga de trabajo y reduzcan su demanda de personal para triage, sin ofrecerles las herramientas adecuadas para que puedan cumplir con estas exigencias. Para esto, se recomienda establecer como política institucional el cumplimiento de las normas establecidas por la institución y la Organización Mundial de la Salud (2008) para la evaluación inicial general con triage, asegurando el número adecuado de enfermeras para permitir al personal cumplir con los requisitos del triage, así como la comunicación y la resolución (46).

Por último, las instituciones deben brindar educación y asesoramiento a los pacientes, lo que incluye eligiendo la instalación adecuada para su condición particular para evitar la sobrecarga del sistema. Para lograr esto, la institución debe tener el número adecuado de enfermeros para proporcionar información, conservar recursos para brindar atención adecuada y brindar clases a

la comunidad para educar sobre la disponibilidad de atención educativa (47).

CONCLUSIONES

La percepción laboral del enfermero puede influir en la calidad de la atención brindada. En Arequipa 2025, se espera que los hospitales públicos brinden atención secundaria, enfocándose en la especialización del tránsito de pacientes y la coordinación con los centros de salud correspondientes. La atención primaria está a cargo de los centros de salud, donde los enfermeros asumen más responsabilidades y el triaje está muy ligado a la carga de trabajo y los tiempos de respuesta. Se espera que los empleados departamentales de Enfermería de las 32 unidades de atención terciaria investiguen qué atributos de la profesión influyen en la percepción de calidad del servicio, como triaje, continuidad de la atención, repercusiones en las gestiones y clínicas interhospitalarias, comunicación institucional para casos de urgencia, respuestas ante emergencias similares y flujo restringido.

Los resultados del estudio contribuirán a la gestión del talento humano de la Dirección Regional de Salud de Arequipa, proporcionando información clave sobre perfiles profesionales, programas de capacitación y clima laboral. Aplicar una escala de satisfacción en los centros de salud

y hospitales de Arequipa permitirá establecer canales de comunicación para mejorar la carga de trabajo y el clima profesional, formulando recomendaciones para una gestión clínica adecuada, validada en varias instituciones. Finalmente, las experiencias de los empleados con formación y capacitación continua permitirán elaborar un perfil según el departamento o área, ya sea para la retención del talento, evitar el desgaste o mejorar el clima laboral.

CONFLICTO DE INTERESES. La autora declara que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

1. Rojas-Manzano K, Toro-Delgado N, Eraso-Riascos D, Mondragón-Sánchez E. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicabilidad del proceso de continuidad de cuidados. *Rev Cuid.* 2023;14(1): e02. doi: 10.15649/cuidarte.2210
2. Puello Ortega A, Prieto Silva R, Rondón Medina V. Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. *Av Enferm.* 2016;34(1):19-29. doi: 10.15446/av.enferm.v34n1.56132
3. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Ginebra: OMS; 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/SOWN_Report_SP.pdf
4. Cassiani SH, Muñoz LA, Torres M, Leal LA. La situación de la enfermería en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44: e64. doi: 10.26633/RPSP.2020.64

5. Colegio de Enfermeros del Perú. Estadísticas profesionales de enfermería en el Perú 2024. Lima: CEP; 2024. https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2024/08/Revista_CEP%2021.02.2024-v1.pdf
6. Salem S, Bakeer H, El Shrief H. Nurses' perception of the professional practice environment and its relation to organizational dehumanization and work passion. *BMC Nurs.* 2025; 24:668. doi: 10.1186/s12912-025-03241-3
7. Gilbert R, Lillekroken D. Nurses' perceptions of how their professional autonomy influences the moral dimension of end-of-life care provided to nursing home residents— a qualitative study. *BMC Nurs.* 2024; 23:216. doi: 10.1186/s12912-024-01865-5
8. Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. Professional autonomy in nursing: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2021;29(6):1565-1577. doi: 10.1111/jonm.13282
9. Mrayyan M, Khait A, Rababa M, Algunmeeyn A, Al-Rawashdeh S, AL-Atiyyat N, et al. Professional Autonomy in Nursing: A Concept Analysis. *SAGE Open.* 2024;14(4):21582440241302129. doi: 10.1177/21582440241302129
10. Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, Jahani S, Hazrati M. Professional autonomy of nurses: A qualitative meta-synthesis study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020;25(4):273-281. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_112_19
11. Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nurs.* 2019; 18:51. doi: 10.1186/s12912-019-0375-1
12. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse.* 2009;29(1):74-83. doi: 10.4037/ccn2009436
13. Mattos C, Balsanelli A. El liderazgo de lo enfermero en la atención primaria de salud: una revisión integrativa. *Enferm Foco.* 2019;10(4):164-170. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10. n4.2618
14. Panamericana de la Salud. Enfermería y atención primaria de salud. Washington DC: OPS; 2024. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
15. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;383(9931):1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
16. Wong C, Cummings G, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag.* 2013;21(5):709-724. doi: 10.1111/jonm.12116
17. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Revised ed. Boulder: University Press of Colorado; 2008. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.5876/9780870819797/html>
18. Peplau H. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer Publishing Company; 1991.
19. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermería. Ginebra: CIE; 2022.
20. Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344: e1717. doi: 10.1136/bmj. e1717
21. Tronto J. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013.
22. Berenguer-García N, Roldán-Chicano M, Rodríguez-Tello J, García-López MM, Dávila-Martínez R, Bueno-García MJ. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. *Aquichan.* 2018;18(1):9-19. doi: 10.5294/aqui.2018.18.1.2

- 23.** Costa F, Andrade S, Soares C, Pérez E, Tomás S, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53: e03477. doi: 10.1590/S1980-220X2018017803477
- 24.** Mendes R, Gemitto L, Caldeira E, Serra I, Casas-Novas M. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciênc Saude colet*. 2017;22(3):841-853. doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- 25.** Ramírez-Girón N, Cortés-Barragán B, Galicia-Aguilar RM. Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enferm Univ*. 2016;13(1):61-68. doi: 10.1016/j.reu.2015.12.002
- 26.** Universidad del Quindío. Percepción sobre autonomía profesional en egresados de enfermería de una universidad privada, Chiclayo 2021. *Cietna*. 2021;8(2):45-56.
- 27.** Universidad Nacional de Trujillo. Autonomía profesional de la enfermera, estudio comparado: Perú y Colombia. Trujillo: UNT; 2023.
- 28.** Polit D, Beck C. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
- 29.** Creswell J, Poth C. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.
- 30.** Malterud K, Siersma V, Guassora A. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444
- 31.** Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-1907. doi: 10.1007/s11135-017-0574-8
- 32.** Kallio H, Pietilä A, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):2954-2965. doi: 10.1111/jan.13031
- 33.** Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- 34.** Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- 35.** Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: AMM; 2013. <https://www.fbc.unl.edu.ar/investigacion/wp-content/uploads/sites/3/2018/12/1-Declaracibrvbarn-de-Helsinki-2013.pdf>
- 36.** Donaire M, Ruiz V. Percepción de los familiares de pacientes críticos en relación a la comunicación que le brinda el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos. *Notas de enfermería*. 2024. <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v25.n43.45418>
- 37.** Malusin A, Villacrés J. Plan de capacitación para el fortalecimiento del protocolo de egreso de pacientes postquirúrgicos en el área de cirugía del Hospital General Ambato (IESS). 2025. <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17522>
- 38.** La Rosa J. Eficacia de los programas de capacitación en la mejora del desempeño del personal de la red prestacional almenara ESSALUD-2023. 2024.
- 39.** Acosta L. Factores que influyen en la falta de adherencia a capacitación continua por parte del personal de Enfermería-Hospital Dr. Horacio Heller-2023. 2024. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/18084>
- 40.** Valencia M. Publicación: Programa institucional de prevención y reacción contra incendios intrahospitalario en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Fundación Valle del Lili. 2025. <https://red.uao.edu.co/entities/publication/6f508ced-6940-4173-b0a1-bc9c0f1c3d4c>
- 41.** Montañez R, Umbarila D, Rozo J, Pinzón L, Tuta M, Ramirez V. Cuidados de enfermería para prevenir las úlceras por presión durante la estancia hospitalaria. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. 2024 Jun 7;33(2):124-35. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1311>

- 42.** Mir-Tabar A, Pardo-Herrera L, Goñi-Blanco A, Martínez-Rodríguez M, Goñi-Viguria R. Satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos medida a través de la escala Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS). *Enfermería Intensiva*. 2024 Jul 1;35(3):201-12. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.10.004>
- 43.** González N, Quintero I, Figueroa G, Abarca J. Percepción de factores que influyen en el aprendizaje clínico de estudiantes de enfermería en prácticas hospitalarias. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*. 2025 Jan 13;13(1):117-25. <https://doi.org/10.36677/medicinainvestigacion.v13i1.24410>
- 44.** Andino-Jaramillo R, Palacios-Soledispa D. Investigación para la aplicación de una estrategia de mejoramiento del clima laboral en una unidad educativa. *Journal of Economic and Social Science Research*. 2023 Jul 31;3(3):52-75. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n3/73>
- 45.** Roldan M, Paute C, Alarcón M. Carga Laboral y Obstáculos de Rendimiento del Personal de Enfermería en Cuidados Intensivos. *Reincisol*. 2024. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)1798-1817](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)1798-1817)
- 46.** Meneu R. Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*. 2024. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9882931>
- 47.** Peña-Alfaro B, Arango-Bayer G. Percepción de enfermeros colombianos sobre un entorno laboral saludable para la práctica asistencial en el ámbito hospitalario. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*. 2023 Dec;55. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23014>