



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA” –
PROVINCIA DE ESMERALDAS 2013-2014.**

Autoras:

Yudi Marisela Benavides Cáliz
Katty Yanina Quiñonez Angulo

Director de Tesis:

Dr. Darío Salgado

IBARRA - ECUADOR

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de director de la tesis de grado, presentada por: Benavides Cáliz Yudi Marisela y Quiñonez Angulo Katty Yanina, para obtener el título de Licenciados en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes, para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de Septiembre de 2014.



Dr. Darío Salgado

C.I.1000674117



**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040170722-9		
APELLIDOS Y NOMBRES:	BENAVIDEZ CÁLIZ YUDI MARISELA		
DIRECCIÓN:	ILUMÁN. CALLE BOLÍVAR		
EMAIL:	mary-b29@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	-	TELÉFONO MÓVIL:	0988265531

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	210055434-0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	QUÍÑONEZ ANGULO KATTY YANINA		
DIRECCIÓN:	AZAYA. ISLA SANTA CRUZ Y QUITO		
EMAIL:	janina1308@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2545-704	TELÉFONO MÓVIL:	0995805745

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA” – PROVINCIA DE

	ESMERALDAS 2013-2014.
AUTOR (ES):	Yudi Benavidez y Katty Quiñonez.
FECHA: AAAAMMDD	2014/10/13
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Darío Salgado

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Yudi Marisela Benavides Cáliz con cédula de identidad Nro. 040170722-9, y yo, Katty Yanina Quiñonez Angulo con cédula de identidad Nro. 210055434-0 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 13 días del mes de Octubre de 2014

Las autoras:



.....
Yudi Marisela Benavides Cáliz
040170722-9



.....
Katty Yanina Quiñonez Angulo
210055434-0

Aceptación:



.....
Ing. Betty Chávez
Jefe de Biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Yudi Marisela Benavides Cáliz con cédula de identidad Nro. 040170722-9, y yo, Katty Yanina Quiñonez Angulo con cédula de identidad Nro. 210055434-0, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: “PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL “DELFINA TORRES DE CONCHA” – PROVINCIA DE ESMERALDAS 2013-2014.”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciadas en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 13 días del mes de Octubre de 2014

Los autores:

.....
Yudi Marisela Benavides Cáliz
040170722-9

.....
Katty Yanina Quiñonez Angulo
210055434-0

DEDICATORIA

Esta tesis dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades si perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi Madre, porque creyó en mí y me sacó adelante, dándome ejemplos dignos de; superación y entrega, porque en gran parte gracias a ella hoy puedo ver alcanzada mí meta.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme, como una persona de bien y preparada, para los retos que pone la vida.

Mil palabras no bastarían, para agradecer su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

“Marisela”

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, valores, y siempre me ha dado su apoyo incondicional. A mi padre quien con sus consejos y apoyo ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional, a mis hermanos que siempre ha estado brindándome su apoyo, para que salga adelante.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo; así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

“Katty”

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado; en segundo lugar, a mi Madre; a mis hermanos por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi Director de tesis, y profesora de Investigación, Dr. Darío Salgado y MSc Janeth Vaca por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación y hoy se ve finalizado una de mis metas.

“Marisela”

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar, que me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

A mis hermanos, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida. Al Dr. Darío Salgado, director de tesis, y profesora de Investigación, MSc Janeth Vaca por su valiosa guía y Asesoramiento a la realización de la misma.

“Katty”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	v
DEDICATORIA	iv
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE	x
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	xix
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Problema de investigación.....	1
1.2 Justificación.....	4
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo General:	8
1.3.2 Objetivos Específicos:.....	8
1.4 Preguntas de Investigación.....	9
CAPÍTULO II	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Caracterización del Hospital Delfina Torres de Concha.....	14
2.3 Misión y Visión:.....	15
2.4 Historia del Hospital Delfina Torres de Esmeraldas.....	16
CAPÍTULO III.....	29
3. METODOLOGÍA	29
3.1 Tipo de estudio y Diseño.....	29
3.2 Lugar de Estudio	29
3.3 Población y muestra	29

3.4	Criterio de inclusión y exclusión:.....	30
3.4.1	Criterios de Inclusión	30
3.4.2	Criterios de exclusión.....	30
3.5	Técnicas e instrumento	30
3.5.1	Técnicas.....	30
3.5.2	Instrumentos	31
3.5.3	Revisión documental	31
3.5.4	Revisión de literatura bibliográfica.....	31
3.6	Procedimiento.....	32
3.7.	Análisis e Interpretación de Datos.	33
3.8	Validez y Confiabilidad.	33
3.9	Variables	34
3.10	Matriz de variables	35
CAPÍTULO IV.....		41
RESULTADOS.....		41
4.1	Sección A /Ambiente laboral	42
4.1.1	Trabajo en equipo.....	42
4.1.2	Disponibilidad de Personal	43
4.1.3	Disposición del personal frente a la carga laboral	44
4.1.4	Trato entre el Personal	45
4.1.5	Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente	46
4.1.6	Acciones sobre Seguridad del Paciente.....	47
4.1.7	Asignación temporal de personal	48
4.1.10	Percepción sobre la casualidad del error.....	51
4.1.11	Trabajo colaborativo en la unidad.....	52
4.1.12	Percepción de la notificación del evento adverso	53
4.1.13	Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente	54
4.1.14	Capacidad de respuesta en situación de urgencia	55
4.1.15	Carga laboral y Seguridad del paciente.....	56
4.1.16	Percepción sobre las disposiciones administrativas.....	57
4.1.17	Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	58
4.1.18	Procedimientos y sistemas para la prevención de errores	59

4.2 Sección B/Su líder de enfermería.....	60
4.2.1 Estímulo al personal.....	60
4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias.....	61
4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión.....	62
4.2.4 Toma decisiones frente a problemas.....	63
4.3 Sección C/ su Institución.....	64
4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente.....	64
4.3.2 Coordinación institucional.....	65
4.3.3 Continuidad en la atención.....	66
4.3.4 Cooperación institucional.....	67
4.3.5 Entrega recepción de turno.....	68
4.3.6 Ambiente laboral institucional.....	69
4.3.7 Comunicación de la información.....	70
4.3.8 Medidas para la seguridad del paciente.....	71
4.3.9 Política institucional y seguridad del paciente.....	72
4.3.10 Cambios de turno del personal.....	73
4.4 Sección D/ Comunicación.....	74
4.4.1 Retroalimentación para el cambio.....	74
4.4.2 Aceptación de opinión del personal.....	75
4.4.3 Notificación de errores.....	76
4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	77
4.4.5 Análisis de toma de decisiones.....	78
4.5 Sección E/ Frecuencia de eventos adversos/ Errores reportados.....	79
4.5.1 Reporte de errores.....	79
4.5.2 Reporte de error sin daño al paciente.....	80
4.5.3 Reporte de errores sin daño potencial al paciente.....	81
4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente.....	82
4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente.....	82
4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados.....	83
4.7.1 Eventos adversos reportados.....	83
4.8 Sección H: Antecedentes.....	84
4.8.1 Experiencia laboral.....	84

4.8.2 Desempeño laboral vigente	85
4.8.3 Desempeño laboral vigente	86
4.8.4 Desempeño laboral.....	87
4.8.5 Contratación laboral	88
4.8.6 Relación del cuidado	89
4.8.7 Experiencia profesional.....	90
CAPÍTULO V	91
5. Propuesta.....	92
5.1 Introducción	92
5.2 Justificación.....	92
5.3 Objetivos	92
5.3.1 Objetivos General.....	92
5.3.2 Objetivos Específicos.....	92
5.4 Metodología	92
5.5 Módulos de estudio	92
5.6 Cuestionario	93
Conclusiones	124
Recomendaciones:.....	126
Linkografía.....	132
ANEXOS	133
Anexo 1. Glosario de términos	134
Anexo 2. Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente	139
Anexo 3. Oficio de solicitud de autorización al Hospital Delfina Torres de Concha.....	150
Anexo 4.....	151

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 relación de variables.....	35
------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Trabajo en equipo	42
Gráfico 2 Disponibilidad de Personal	43
Gráfico 3 Disposición del personal frente a la carga laboral	44
Gráfico 4 Trato entre el Personal	45
Gráfico 5 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente.....	46
Gráfico 6 Acciones sobre Seguridad del Paciente	47
Gráfico 7 Asignación temporal de personal.....	48
Gráfico 8 Percepción sobre errores implicación del error profesional	49
Gráfico 9 Toma de decisiones para fomentar el cambio.....	50
Gráfico 10 Percepción sobre la casualidad del error.....	51
Gráfico 11 Trabajo colaborativo en la unidad.....	52
Gráfico 12 Percepción de la notificación del evento adverso	53
Gráfico 13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente	54
Gráfico 14 Capacidad de respuesta en situación de urgencia	55
Gráfico 15 Carga laboral y Seguridad del paciente	56
Gráfico 16 Percepción sobre las disposiciones administrativas.....	57
Gráfico 17 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	58
Gráfico 18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.....	59
Gráfico 19 Estímulo al personal.....	60
Gráfico 20 Disposición para aceptar sugerencias	61
Gráfico 21 Tolerancia al trabajo bajo presión.....	62
Gráfico 22 Toma decisiones frente a problemas.....	63
Gráfico 23 Ambiente laboral para la seguridad del paciente	64
Gráfico 24 Coordinación institucional	65
Gráfico 25 Continuidad en la atención.....	66
Gráfico 26 Cooperación institucional	67
Gráfico 27 Entrega recepción de turno	68
Gráfico 28 Ambiente laboral institucional.....	69

Gráfico 29 Comunicación de la información	70
Gráfico 30 Medidas para la seguridad del paciente	71
Gráfico 31 Política institucional y seguridad del paciente.....	72
Gráfico 32 Cambios de turno del personal.....	73
Gráfico 33 Retroalimentación para el cambio	74
Gráfico 34 Aceptación de opinión del personal.....	75
Gráfico 35 Notificación de errores.....	76
Gráfico 36 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	77
Gráfico 37 Análisis de toma de decisiones	78
Gráfico 38 Reporte de errores	79
Gráfico 39 Reporte de error sin daño al paciente.....	80
Gráfico 40 Reporte de errores sin daño potencial al paciente.....	81
Gráfico 41 Valoración del grado de seguridad del paciente	82
Gráfico 42 Eventos adversos reportados.....	83
Gráfico 43 Experiencia laboral	84
Gráfico 44 Desempeño laboral vigente.....	85
Gráfico 45 Desempeño laboral vigente.....	86
Gráfico 46 Desempeño laboral vigente.....	87
Gráfico 47 Contratación laboral.....	88
Gráfico 48 Experiencia profesional	90

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA – PROVINCIA DE ESMERALDAS 2013-2014.

Autores: Yudi Marisela Benavides Cáliz
Katty Yanina Quiñonez Angulo

Director: Dr. Darío Salgado

RESUMEN

Este estudio midió la percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha, Provincia de Esmeraldas, fué un estudio observacional descriptivo, transversal con una población de estudio de 60 profesionales que laboraran en los distintos servicios, excluyéndose los profesionales que no brindan cuidado directo.

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. Este estudio describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud: La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.

Es así que resultó determinante conocer qué está ocurriendo con la adherencia del personal de enfermería convirtiéndose en un punto de partida para plantear acciones de mejora, y contribuir con las investigaciones en esta área. Por esta razón se diseñó un plan de intervención dirigido a mejorar los conocimientos sobre cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, pues la cultura de seguridad del paciente es una competencia obligada del personal de enfermería en el mundo moderno; ya que este es determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente.

Palabras Claves; percepción, seguridad del paciente, Cultura de seguridad del paciente.

PERCEPTION OF NURSES STAFF ON CULTURE OF PATIENT SAFETY IN DELFINA TORRES DE CONCHA HOSPITAL - ESMERALDAS PROVINCE 2013-2014

Authors: Yudi Marisela Benavides Cáliz
Katty Yanina Quiñones Angulo
Tutor: Dr. Dario Salgado

SUMMARY

This study measured the perception of nurses about culture of patient safety in the Delfina Torres Hospital Concha, Esmeraldas Province, was an observational, descriptive, cross-sectional study with a study population of 60 professionals who have labored in the various services, excluding professionals who do not provide direct care.

The culture of patient safety is related to the beliefs and attitudes that people take in their practical experience to ensure that no unnecessary damage or potential hazards associated with health care. This study describes the perception of that culture reported by the nursing staff in one of the institutions providing health services: The culture of patient safety is a fundamental guideline that determines the quality of care, and has gradually become a matter of general interest in the area of health.

It proved so crucial to know what is happening with the bond of nurses becoming a starting point to propose actions for improvement, and contribute to research in this area. For this reason an intervention plan aimed at improving knowledge of patient safety culture in nursing professionals Hospital Delfina Torres de Concha, was designed for the culture of patient safety is a must competence of nursing staff in the world modern; as this is crucial in monitoring and maintaining patient comfort.

Keywords; perception, patient safety, patient safety culture.

TEMA:
**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DELFINA
TORRES DE CONCHA – PROVINCIA DE ESMERALDAS 2013-2014.**

INTRODUCCIÓN

La expectativa por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que afectan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. (Salud A. M., 2002)

La Alianza para la Seguridad del Paciente determina que hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.

La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad como la aviación o la industria química, señalan que ésta es uno de los aspectos críticos para mejorar la seguridad de sus procesos. (Pizzi LT, 2001)

Debido a esta problemática mundial, el Hospital Delfina Torres de Concha ha definido como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad de atención de salud con énfasis en la seguridad clínica y la prevención de eventos adversos. El personal de enfermería se ha integrado a los cambios positivos, que han tenido lugar en este ámbito del conocimiento y en el quehacer diario se evidencian hábitos que forman parte de la cultura de seguridad del paciente. Por lo tanto, la vigilancia de la seguridad del paciente es un eje fundamental en las discusiones actuales acerca de la implementación de dichas políticas de calidad, que tienen como objetivo brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes.

El desarrollo de la "cultura positiva de la seguridad" ha sido declarado como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. La cultura tradicional de seguridad del paciente de "culpa y vergüenza" en las organizaciones de salud ha sido criticada por obstruir la posibilidad de "aprender de los errores", y en gran parte es responsable de los errores cometidos.

Esta revisión bibliográfica recopila los aspectos más relevantes acerca de la seguridad del paciente, comenzando por un recuento histórico para luego definir conceptos básicos y los aspectos más importantes del actual tema, y contribuyendo de esta forma al mejoramiento continuo de la atención de salud con calidad, humanidad y excelencia.

Por esta razón, se implementó un plan de intervención sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha, para proveer el avance de este tipo de procesos, ya que es importante una actitud abierta y positiva, en la que se evadan a toda costa los señalamientos personales. Ayudando a contribuir al conocimiento del tema en los profesionales de la salud, a establecer una línea de base de la cultura de seguridad en un hospital público permitiendo evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en octubre de 2004 una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el deseo de establecer las políticas necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes. La Alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo. En octubre de 2005, un año después de creada la iniciativa, se lanzó en la sede de la Organización Mundial de la Salud OMS en Ginebra el primer desafío, que estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema “Una atención limpia es una atención más segura”.

Se desarrollaron estrategias centradas en especial sobre la higiene de manos, para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados, un gravísimo problema que ocasiona terribles consecuencias y que cada año afecta a millones de personas en el mundo entero. Lamentablemente, el cumplimiento de una correcta higiene de manos es sumamente bajo y resulta la causa principal de la diseminación de los gérmenes patógenos entre los pacientes hospitalizados.

Otra actividad de la Alianza fue estimular las investigaciones que permitieran mejorar la seguridad de los pacientes al reducir los errores en medicina, basándose en los cerca de 10 millones de enfermos que mueren o sufren lesiones, como consecuencia de prácticas médicas insegura, cada año.

Dr. Donaldson Liam Director de la Alianza Mundial, (citado por Cernadas, 2007) dijo entre otras cosas un concepto muy aleccionador:

“Las investigaciones para mejorar la seguridad de los pacientes ofrecen a todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) un recurso innovador para ayudar a sus hospitales a evitar los errores médicos y asegurar la reducción del sufrimiento de los pacientes en lugar de contribuir a su aumento. (p.138)”.

Una de las propuestas, es la encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en el 2004 lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, cuyo fin es la prevención de los eventos adversos. Cada día, cientos de miles de personas son tratadas con éxito y en forma segura, en los sistemas de salud del mundo. Sin embargo, los adelantos en la tecnología y el conocimiento de las últimas décadas, han creado un sistema de salud de enorme complejidad.

Esta complejidad conlleva riesgos y la experiencia demuestra que los eventos adversos, continuarán presentándose en el futuro, en todos los sistemas de salud, debido a que no todos son evitables. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal de salud. Hasta años recientes, con la publicación de “Errar es humano” (Kohn LT C. J., 2000). En 1999 y el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes en 2004, (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La prevención de los eventos adversos adquirió relevancia significativa dentro de los sistemas de salud. Desde frentes complementarios, los sistemas de salud, los profesionales de la salud, así como los pacientes y sus familias, han iniciado propuestas desde sus propias perspectivas, para realizar cambios en la atención a la salud, en una coparticipación inédita, enfocada a reducir los errores y ofrecer una atención médica más segura (Ruelas-Barajas E, 2007)

La seguridad del paciente se considera, por tanto, una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que conlleva a riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. (Romero, 2006).

Múltiples estrategias se están implementando en los últimos años para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad en el cuidado de los pacientes. Las iniciativas pueden ser establecidas por instituciones gubernamentales, fundaciones creadas para ese fin, sociedades científicas y por los propios hospitales o centros médicos.

“En 1999, el gobierno de Estados Unidos (EE.UU). Dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a aumentar la seguridad de los pacientes, en respuesta a varios estudios publicados que demostraban la alarmante frecuencia de errores que se cometían en su cuidado y las graves consecuencias que ocasionaban, (Cernadas, 2009).

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica. Organización Mundial de la Salud (OMS & España, 2010 p.19). La ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes.

“A pesar del crecimiento notable de la investigación en el tema, hay poca literatura a nivel nacional que contextualice las particularidades y permita desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud para el mejoramiento constante de la cultura de seguridad del paciente”. (Ministerio de Protección Social, 2006)

Existe un estudio realizado en Colombia, Bogotá en donde se describe la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá, Colombia. Método: Estudio descriptivo, transversal, exploratorio realizado durante el 2009. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. (Arenas Gutiérrez, Gómez Ramirez, Gonzáles Vega, Garzón Salamanca, Mateus Galemo, & Soto Gómez, 2011)

La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente.

Actualmente no hay registradas investigaciones a nivel local, que nos permitan obtener datos acerca de seguridad del paciente, lo cual causa preocupación en los servicios de salud ya que no contamos con protocolos estandarizados, encaminados a reducir efectos adversos en los servicios de salud.

Esta investigación estuvo encaminada a detectar como se lleva la cultura de los cuidados en seguridad del paciente, en una zona muy afluyente de nuestro país, Hospital Delfina Torres de Concha, en la provincia de Esmeraldas siendo este el hospital base de esta ciudad.

1.2 Justificación

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la incidencia creciente de eventos adversos que impacta negativamente en la calidad

de la atención, esta problemática se relaciona con todos los servidores en salud, pues la seguridad del paciente depende de estos. (Asamblea Mundial De La Salud, 2002)

Los objetivos marcados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, propuesta en 2004 por la Organización Mundial de la Salud. Desde 2006, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Programa de Seguridad del Paciente, ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria.

“Especialmente en el segundo nivel de atención, estos problemas deben ser reconocidos y discutidos por la vulnerabilidad y dependencia de nuestros pacientes con la calidad de los servicios de salud”. (Busso N. F., 2004). En nuestro país, la vinculación entre muertes infantiles y la calidad de la atención materna infantil es motivo de propuestas de acción e intervención por parte de los servidores de salud.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las Instituciones de Salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse.

En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, incluye la adaptación de la encuesta original de la Agency for *Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos, puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución..

Diversos autores han señalado que: “La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas”. (Hurtado, 2009) Es el Producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

“Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En Estados Unidos se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo”. (Ordóñez Molina, 2008).

Al considerar el gran número de estos eventos que se dan en los servicios de salud, los cuales conllevan muchas veces a la muerte de las personas, este estudio tiene como propósito saber el grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería ante esta problemática, y de esta manera podamos saber en qué se está fallando, de tal modo que participemos de forma activa para la mejora de la problemática de salud que por mucho tiempo aqueja a nuestra población.

Diversas investigaciones han reportado avances en lo que respecta a seguridad del paciente. En 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE.UU.) publicó el informe “*To err is human: building a safer health system*”. Este informe mostró al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. En 2005, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) presenta una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el *National Quality Forum*. En 2001, se publicó un informe de la Organización Mundial de la

Salud sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, incluidas recomendaciones para su prevención y abordaje.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguros, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. La composición de la fuerza de trabajo en las diferentes áreas y en el hospital en general garantizan la seguridad del paciente; a si el liderazgo del jefe o superior inmediato promueve la cultura de seguridad; a si el manejo de la comunicación favorece la seguridad del paciente; y se establece el grado de seguridad percibido y la frecuencia con que se presentan incidentes y eventos adversos (Gerencia de calidad, 2010).

El presente estudio contribuyó al conocimiento del tema en los profesionales de enfermería de uno de los hospitales públicos de la región norte del país de la Provincia de Esmeraldas y a instaurar una línea de base de cultura de seguridad del paciente, que nos permitirá evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Determinar la percepción del personal de enfermería, del Hospital Delfina Torres de Concha, sobre cultura de seguridad del paciente.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características laborales del personal de Enfermería de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral.
- Describir las características predominantes en la organización, gestión y procesos de comunicación interna, relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha.
- Establecer las características predominantes que posee la organización, gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente.
- Evaluar actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, relacionado con la seguridad del paciente.
- Determinar la cultura organizacional, para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial, en seguridad del paciente.
- Diseñar un plan de intervención “curso virtual de seguridad del paciente”, orientado al personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha.

1.4 Preguntas de Investigación

- ¿Cómo el tiempo de trabajo, la jornada laboral y el área de desempeño del personal de Enfermería, influye en la percepción sobre seguridad del paciente?
- ¿Qué características predominantes posee la organización en la gestión y comunicación interna para garantizar la seguridad del paciente?
- ¿Cuáles serán las actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente?
- ¿Cuál es la cultura organizacional del Hospital para notificar sucesos y procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El daño involuntario a pacientes no es un fenómeno nuevo, el registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. En esta época la solución a este problema era netamente punitivo (se le cortaba la mano al cirujano que cometía un error). Hoy las soluciones son más constructivas y el éxito de las acciones depende del trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales, la participación de los pacientes y el diseño de sistemas de servicio de salud.

En la evolución del ejercicio de la medicina se pueden definir 3 eras en el tema de la seguridad del paciente. La primera es la era de la infalibilidad absoluta, donde la imagen incuestionable del médico era la del que cura todo lo que es posible curar y donde no se puede equivocar, aunque en los principios hipocráticos se enunciara que se podía cometer errores en quienes atendían la salud. Luego viene la era de la infalibilidad relativa entre los años 1853 y 1856, aquí el análisis crítico de la enfermera Florence Nigthingale, en los hospitales británicos, hizo evidente que los pacientes podían ser infectados por quienes los estaban atendiendo. La explosión de la ciencia y la tecnología del siglo XX condujo a la preservación de una autoimagen profesional que reforzó la convicción de que si es posible cometer errores pero que esto ocurren esporádicamente. (García, Yees Gil, & García Gómez, Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos, 2010). Con el pasar de los años la seguridad del pacientes se ha priorizado, gracias a los sistemas de salud y a personajes que vieron la necesidad de mejorar la calidad de atención, para disminuir la frecuencia con la que se dan estos eventos adversos.

Diversas investigaciones posteriores en multitud de países (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, etc.), han ido alertando sobre las dimensiones del problema, pero es la publicación del estudio *To err is human: building a safer health system* en 1999, por el Instituto Americano de Medicina, el que logra situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los coste económicos que ocasionan. (Cuadrado, 2006). Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

En la 55 Asamblea mundial de la salud OMS, celebrada en ginebra el 18 de mayo de 2002, se aprobó la resolución WHA55.18 que insto a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a consolidar sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud, especialmente la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. Además se pedía a la dirección de la OMS definir normas mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para poner en práctica una actuación concreta. (García, Yepes Gil , & García Gómez , 2010)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la Organización Mundial de la salud (OMS); expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Organización Mundial de la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2006)

El 5 de abril de 2005, la Comisión Europea y la Dirección General de salud y protección del consumidor hicieron la declaración: "seguridad del paciente: hacer que ocurra", en la que proponen a las instituciones europeas evaluar las actividades sobre seguridad del paciente, trabajar conjuntamente con la Alianza, crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica, apoyarse entre sí, asegurar que las directrices de la Unión Europea relacionadas con productos médicos que tengan en cuenta la seguridad del paciente y desarrollen tecnología médica aplicable a esta. (García, Yees Gil, & García Gómez, Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos, 2010)

El consejo de Europa el 13 de abril de 2005 concluyó con "La Declaración de Varsovia sobre la seguridad de los pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo". En este se propuso la cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, el establecimiento de sistemas de información para el aprendizaje y la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el proceso

El Proyecto IBEAS ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios. (Vazzano, 2009) Lamentablemente en el Ecuador no existe bibliografía sobre seguridad del paciente, en donde sustente que se está tomando medidas ante esta problemática, por lo que hay una probabilidad elevada que los eventos adversos sean repetitivos por desconocimiento del tema.

Lo que pretendemos con el presente estudio es contribuir a aumentar el conocimiento del tema en nuestro país, establecer una línea de base de la cultura

de seguridad en el Hospital Delfina Torres de Cocha que permita evaluarse en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

2.2 Caracterización del Hospital Delfina Torres de Cocha.

El Hospital General Provincial de Segundo nivel “Delfina Torres de Cocha”, se encuentra ubicado al norte de la cabecera cantonal de la provincia de Esmeraldas, en la Avenida Libertad al Oeste entre la calle Manabí y la 24 de Mayo, en la parroquia Bartolomé Ruiz. El Hospital cuenta con 125 camas de dotación normal y dispone de los servicios de:

Brinda atención en:

Las seis especialidades básicas como son:

- Ginecología Obstetricia
- Neonatología
- Pediatría
- Cirugía
- Medicina Interna
- Emergencia

Pero como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se han debido implementar nuevas especialidades como:

- Cardiología
- Oftalmología
- Traumatología
- Urología
- Cirugía Plástica con énfasis en Quemados y
- Medicina Crítica (UCI)

Servicios Complementarios de:

- Odontología
- Fisiatría
- Terapia respiratoria y Audiología.
- Auxiliares de Diagnostico en Laboratorio Clínico como Imagenología (rayos X, Ecografía, Mamografía, Tomografía y Endoscopia).
- Programas como la Clínica del VIH/SIDA, Diálisis peritoneal, DOTS, NAR, Discapacidades y Enfermedades Catastróficas.
- Nuevos Servicios en Implementación, Servicio de Quemados y Unidad de Cuidados Intensivos, Servicios de Tomografía, Mamografía y Endoscopia.

2.3 Misión y Visión:

Misión

“El Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, es una institución de servicios de salud de segundo nivel, sin fines de lucro, que promueve condiciones de vida saludable a la población, con cuatro especialidades básicas y sub-especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico, que brinda atención de promoción, curación y rehabilitación. Cuenta con una organización por servicios y procesos enfocada al usuario, que coordina con la red, cumplimiento normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud, con recurso humano preparado para atender con eficiencia, oportunidad y calidad”.

Visión

“El Hospital Provincial de Esmeraldas, en los próximos 4 años aspira ser una entidad de salud moderna con personal altamente capacitado y motivado, con alto grado de empoderamiento de sus funcionarios, con infraestructura física adecuada, equipamiento de tecnología de punta que garantice las veinte y cuatro horas de atención médica integral de conformidad con el perfil epidemiológico del entorno; Atención oportuna con eficiencia, eficacia, calidez y calidad, con financiamiento del estado, trabajo en equipo, bajo principios de solidaridad; que impulse la investigación científica; con gestión gerencial que responda a las necesidades de los usuarios externos e internos, con la red de referencia oportuna y Contrareferencia”.

2.4 Historia del Hospital Delfina Torres de Esmeraldas.

El Hospital inició su labor social, para atender problemas de salud, en el año 1936, instalado en una casona rudimentaria, construida de paredes de caña y techo de paja, cuyo terreno había sido donado por la matrona Esmeraldeña doña Delfina Torres Viuda de Concha, y en homenaje a su altruismo y desprendimiento se lo bautiza a este centro de salud con el nombre de su benefactora.

En el año 1940, se realizaron mejoras y para 1950 se designa como primer Director de esta Casa de Salud, en el Dr. Jorge Salazar Barba, el personal que laboraba para ese entonces lo conformaban diecinueve personas, las principales obras de esta administración, son: las ampliaciones en su infraestructura, contando así con dos salas para niños, dos para hombres y dos para mujeres, un quirófano, una sala de partos y farmacia, para este tiempo se contaba con una estructura de construcción mixta, de madera, cemento y techo de zinc.

En sus inicios, la atención y los medicamentos que otorgaba el Hospital eran gratuitos, pero en estos años azoto una grave crisis económica a esta Casa de

Salud y tuvieron que establecer una tarifa de S/. 0.5 reales. Cabe mencionar que históricamente este Hospital nace como una institución privada, dirigida por una Junta de Asistencia Pública.

En 1960, nuevamente es mejorada la infraestructura, ampliándola un poco más manteniéndose el mismo personal técnico y administrativo, en el ámbito profesional se contaba con 5 médicos, 4 auxiliares de enfermería, personal administrativo y de servicios generales. En Diciembre de 1982, este Hospital fue reinaugurado, por el Ministerio de Salud Pública, contando actualmente con las cuatro especialidades básicas, mejorando la cobertura y la calidad de atención.

El Ministerio de Salud Pública realiza una intervención integral del Hospital Delfina Torres de Concha, a través del Instituto de Contratación de Obras. Los trabajos de construcción, ampliación y remodelación emergente de la infraestructura física tienen una inversión de \$24.488.213,62. millones de dólares, que incluye mejoras en laboratorio clínico, emergencia, centro quirúrgico, salas de hospitalización, centro de esterilización, casa de máquinas y el área de consulta externa con capacidad para 18 consultorios en los que se presta servicios de Medicina General, Odontología, Pediatría, Obstetricia, Traumatología, Cardiología y Oftalmología. Se prevé que la obra total culmine en el 2014.

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente se garantiza en dos artículos principalmente el **Art. 32.-** “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad,

calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de La República del Ecuador, 2008).

Y en el artículo **Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En Ecuador se pretende crear una política de seguridad del paciente, liderada por el ministerio de salud pública, cuyo objetivo será la prevención de situaciones que afecten la seguridad del paciente y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para lograr calidad y calidez en las instituciones del sector salud.

Sección séptima Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. . (Ecuador C. d., 2006)

✓

Artículo 23 numeral 20

Dispone que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; Que la disposición general segunda de la Ley Orgánica de Salud, establece que el Presidente de la República, deberá expedir el reglamento que norme su contenido; y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República. (Ecuador C. d., 2006)

Derechos del paciente

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a lo que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente

pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Art 145.- Homicidio culposo por mala práctica profesional. La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Además será inhabilitada para el ejercicio de su profesión por un tiempo igual a la mitad de la condena.

Art 151.- Lesiones. La persona que lesione a otra será sancionada de acuerdo con las siguientes reglas:

Si producto de las lesiones se produce en la víctima un daño, enfermedad o incapacidad de cuatro a ocho días, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.

Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de nueve a treinta días, será sancionada con pena privativa de libertad de dos meses a un año.

Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de treinta y uno a noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

Si produce a la víctima una grave enfermedad o una disminución de sus facultades físicas o mentales, o una incapacidad o enfermedad, que no siendo permanente, supere los noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Si produce a la víctima enajenación mental, pérdida de un sentido o de la facultad del habla, inutilidad para el trabajo, incapacidad permanente, pérdida o inutilización de algún órgano o alguna grave enfermedad transmisible e incurable, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.

Art 215.- Propagación de enfermedad de alta letalidad. La persona que cause un daño irreparable, irreversible o permanente a la salud de otra persona, al utilizar elementos biológicos o agroquímicos, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años.

Art 218.- Desatención del servicio de salud. La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en casos de emergencia o en estado crítico, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Si se produce la muerte de la víctima, la persona será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años. Si se determina responsabilidad penal de una persona jurídica, será sancionada con multa de treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y la clausura temporal.

Art 222.- Prescripción injustificada. La o el profesional de la salud que, sin causa justificada, recete sustancias estupefacientes, psicotrópicas o preparados que las contengan, será sancionado con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Si prescribe la receta a una o un incapaz absoluto, mujeres embarazadas, discapacitados o adultos mayores, será sancionado con pena privativa de libertad de cinco a siete años. s. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2013).

El gobierno nacional trabaja para lograr la igualdad, libertad y respeto a los derechos ciudadanos, implementando políticas públicas orientadas al beneficio colectivo, recuperando la autoridad del estado y preocupándose por atender con calidad y calidez a las ecuatorianas y ecuatorianos. La inversión pública

contribuye un factor fundamental para caminar rumbo a ese país diferente, en el que el ser humano sea el motivo y el fin de la acción pública (Senplades, 2013).

El Código de Nuremberg

El Código de Nuremberg de 1947 es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación. El Código fue producto de el “Juicio a los médicos”, también llamado el “Caso Médico”, uno de los juicios de Nuremberg contra la Alemania nazi. Ese juicio se abrió el 9 de diciembre de 1946 y tuvo pronunciamiento el 19 de agosto de 1947 con la imposición al día siguiente de la pena de muerte por horca a siete médicos. El veredicto de culpabilidad fue por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad con pruebas documentales de los experimentos médicos que abarcaban desde pruebas de supervivencia bajo situaciones de hambre, congelamiento, infecciones provocadas y exposición a gas mostaza, hasta diversas mutilaciones quirúrgicas y actos de esterilización y eugenesia.

El juicio concluyó así con la enumeración de un código de diez puntos sobre ética de la experimentación en humanos conocido como Código de Nüremberg. Irónicamente, las fuentes del mismo fueron las *Richtlinien* o directivas del Ministerio de Sanidad del Reich alemán relativas a los nuevos tratamientos médicos y la experimentación científica sobre el hombre, promulgadas en 1931. Estas normativas no tenían comparación alguna en su época y fueron el primer gran código ético sobre ensayos clínicos. Pero ese código nunca se aplicó en los campos de concentración y progresivamente se fue confirmando la tesis de que los médicos nazis no eran víctimas del régimen, sino parte activa de su desarrollo desde el Darwinismo social de las teorías higiénicas.

El Código de Núremberg, sin embargo, abrió una discusión creciente sobre la investigación biomédica y la necesidad de utilizar principios éticos que la regularan, y fue asimismo una expresión clara de la asociación entre la ética

médica y los derechos humanos cuya Declaración Universal sería aprobada al año siguiente.

La Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial, que daría lugar a la Declaración de Helsinki, se constituyó en Londres en 1946 y realizó su primera asamblea general en París en 1947. En esa asamblea se trataron un conjunto de resoluciones condenatorias de la conducta adoptada por los médicos en Alemania desde 1933. Sin embargo, no fue hasta 1953 en que se discutió la idea de un documento de posición sobre experimentación humana y así en 1954 la Asociación adoptó en su 8ª asamblea general la “Resolución sobre Experimentación Humana: Principios para Aquellos en Experimentación e Investigación”.

En marzo de 1960 la revista de la Asociación Médica Mundial publica una amplia sección sobre experimentación humana y en 1961 el comité de ética de la Asociación produce un borrador de un Código de Ética sobre Experimentación Humana que se publica al año siguiente en el *British Medical Journal*. En 1962, este borrador se discute en la reunión de la Asociación en Chicago y finalmente, después de varias discusiones, la versión final se adopta en la 18ª asamblea realizada en Helsinki en 1964.

La Declaración de Helsinki pasó a ser entonces la norma internacional sobre ética de la investigación biomédica que recogió el espíritu del Código de Nuremberg para perfeccionarlo desde un punto de vista procedimental y sustantivo. A través de sus sucesivas versiones, la Declaración se constituyó en la piedra angular de referencia internacional en ética de la investigación. La introducción en la versión de 1975 de la revisión de las investigaciones por comités de ética, así como la introducción de resguardos para el uso de placebos en la versión de 1996, y finalmente, las garantías de continuidad de tratamiento en la versión del año 2000, marcarían puntos relevantes de esta norma internacional

que tendría un amplio impacto en las normativas de distintos países y en otras normas internacionales tales como las Guías Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las Pautas CIOMS/OMS

En 1982, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”. El objetivo principal de esas pautas era el establecer guías para la aplicación en países en desarrollo de los principios establecidos por el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki. Las pautas consideraban especialmente la situación cultural y socioeconómica en esos países así como las normativas nacionales al respecto. Pero en 1991, viendo las particularidades de los estudios epidemiológicos CIOMS publicó las “Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos”.

En 1993, CIOMS publica las “Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos”. Estas pautas, en número de quince, fueron precedidas por la enunciación de tres principios éticos introducidos en Estados Unidos en 1979 por el *Belmont Report* de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Estos principios eran el de respeto por las personas, el de búsqueda del bien y el de justicia, que darían lugar al principialismo en bioética. De especial interés para los países de América Latina resultaba lo estipulado acerca de las investigaciones con personas de comunidades subdesarrolladas.

La Pauta 8 indicaba que no se debía hacer participar a personas de comunidades subdesarrolladas en ensayos que pudiesen realizarse razonablemente bien en comunidades desarrolladas. Por otro lado, las investigaciones debían ser

adecuadas a las necesidades de salud y prioridades de la comunidad, y los protocolos debían ser evaluados por comités que contaran con miembros familiarizados en costumbres y tradiciones de esa comunidad. (Tealdi & Keyesux, 2006)

Principios básicos

En toda investigación biomédica y epidemiológica que involucren seres humanos deberán respetarse éstos cuatro principios: respeto por las personas (autonomía y autonomía disminuida), b) beneficencia, c) no maleficencia, y d) justicia. Estos principios deberán tomarse en cuenta importantemente al elaborar los protocolos de investigación desde su propuesta, teniendo en cuenta que pueden tener diferentes pesos en importancia, sin embargo ninguno de ellos debe ser excluido. Uno de los objetivos de las pautas es que estos principios se apliquen en los estudios epidemiológicos.

- Respeto a las personas, Autonomía se refiere al respeto a la libre determinación que tienen las personas. La autonomía disminuida se refiere a aquellas personas que no tienen todas sus capacidades para decidir sobre su vida personal, dependiente o vulnerable.
- Beneficencia es el principio que es obligado en toda investigación, el prever el mayor beneficio de los participantes (individuos y/o colectividades). Esto se logra mediante un protocolo bien planteado en donde se reconozcan los riesgos y se minimicen al máximo.
- No maleficencia este principio ético protege a los individuos participantes en una investigación, en lo referente a no hacer daño, a no someterlos a riesgos innecesarios.

- Justicia el principio alude a que todos los casos similares se traten de forma equivalente. Para las personas dependientes o vulnerables se aplican las reglas de la justicia distributiva lo cual se refiere a que los participantes, que son representativos de un grupo, obtengan un beneficio y que los beneficiados del grupo, también asuman parte de los riesgos del estudio.

Derechos del paciente

- Consentimiento informado

El consentimiento informado individual, lo concede la persona que está consciente de que participará en una investigación y que asume los beneficios que resulten de ella, así como de lo que debe realizar o no y de los riesgos a los cuales se someterá. Puede no obtenerse el consentimiento informado si es poco factible encontrar a las personas involucradas, o de aquellas que al ser informadas, llegan a modificar sus conductas, también se puede hacer público que se utilizarán los datos para fines de la investigación epidemiológica.

- Procurar el máximo beneficio

A los individuos y/o grupos de participantes se espera que se les comuniquen los resultados del estudio y explicitarles el beneficio que tienen sobre su salud o en su caso, en la salud comunitaria, publicando los resultados por cualquier medio a su alcance.

- Reducir el daño

No se debe exponer a las personas o grupos a daños innecesarios; si el beneficio es mayor, entonces se deben reducir al mínimo los riesgos. Siempre los investigadores deberán reportar esto al comité evaluador de ética.

- Confidencialidad

Los investigadores deberán proteger la confidencialidad de los datos obtenidos de las personas o grupos. (González & Nava Chapa, 2011).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio y Diseño

Este proyecto de investigación fue observacional descriptivo-exploratorio, de corte transversal, ya que engloba la recopilación de datos descriptivos, y desarrolla un proceso social ya que analiza las creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha a demás permiten detallar la influencia que tiene cada uno de los entornos en la atención de enfermería para la seguridad del paciente.

3.2 Lugar de Estudio

Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, Provincia de Esmeraldas, ubicado en la Avda. Libertad y Malecón entre las calles Manabí y 24 de Mayo.

3.3 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 60 Profesionales de Enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, de la provincia de Esmeraldas, excepto el personal que no brindan cuidado directo al paciente.

3.4 Criterio de inclusión y exclusión:

3.4.1 Criterios de Inclusión

Todos los profesionales de enfermería de los servicios activos dentro de la institución, que brindan cuidado asistencial directo al paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyen personal de enfermería que no esté en servicio activo y no se encuentren asignados a servicios que presten cuidado asistencial directo a los pacientes.

3.5 Técnicas e instrumento

3.5.1 Técnicas

Revisión documental de registros hospitalarios, para lo que se contará con una lista de chequeo de la información requerida de acuerdo a las variables en estudio. Encuesta la cual evalúa la cultura desde la perspectiva de los profesionales de enfermería y del staff (AHRQ, 2004) traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture y adaptada por el grupo de investigación.

Observación Directa para la recolección de información, la cual tiene una validez de suma importante y consiste en el registro sistemático, válido y

confiable de la percepción de los profesionales acerca de la cultura de la seguridad de los pacientes en este hospital. (Busso N. F., 2004).

3.5.2 Instrumentos

- Encuesta adaptada AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture.
- Diario de campo
- Guía de Observación

3.5.3 Revisión documental

La revisión documental de cultura de seguridad del paciente, la cual se utilizó para captar la información sobre los antecedentes e investigaciones anteriores. Además la información se basó también en revistas, internet, citas bibliográficas que sirvió para obtener información del tema de investigación.

3.5.4 Revisión de literatura bibliográfica.

Se realizó una búsqueda en: Pudmed, Redalyc, Medline, Scielo, Chokrane y en informes de agencias nacionales empleando el inglés, castellano, portugués. El periodo de revisión fue considerada del 2000-2013. Las palabras claves empleadas en la búsqueda fueron: cultura de seguridad del paciente, seguridad del paciente, evento adverso. Finalmente se amplió con la búsqueda cruzada de artículos relacionados.

3.6 Procedimiento.

Tras solicitar y obtener los permisos pertinentes mediante entrevista personal y solicitud escrita, de acuerdo a las consideraciones éticas del estudio, informando de los objetivos del estudio, así como la metodología a seguir, se inició la recolección de la información a quienes estuvieron de acuerdo en participar empleando el cuestionario AHRQ (versión española). Adaptada por el grupo de investigación, la encuesta proporcionó información sobre la percepción de los profesionales de enfermería que brindan cuidado directo en el Hospital Delfina Torres de Concha la cual consta de las siguientes ocho dimensiones de la cultura de seguridad:

- Sección A: Su área /unidad de trabajo (consta de 18 ítems)
- Sección B Líder de enfermería (consta de 4 ítems)
- Sección C Institución (consta de 11 ítems)
- Sección D Comunicación (consta de 6 ítems)
- Sección E Frecuencia de eventos adversos/errores reportados (consta de 3 ítems)
- Sección F Grado de seguridad del paciente (consta de 5 ítems)
- Sección G Número de eventos adversos/errores reportados (consta de 6 ítems)
- Sección H Antecedentes (contiene 7 bloques H1; consta de 6 ítems, H2; 6 ítems, H3; 6 ítems de H4; 3 ítems, H4; 3 ítems, H5; 2 ítems H6; 6 ítems).

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

3.7. Análisis e Interpretación de Datos.

Para el análisis, interpretación y representación gráfica, se lo efectuó mediante el paquete Excel.

3.8 Validez y Confiabilidad.

La Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos apoyó el estudio “Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey” (Singer S, 2007). (Las percepciones de los trabajadores acerca de cultura de seguridad de paciente en el hospital: desarrollo y validación del clima de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias) cuyo objetivo fue describir el desarrollo de un instrumento para evaluar la percepción de la cultura de la seguridad del hospital “Hospital Survey on Patient Safety” de la AHRQ, evaluar su fiabilidad y validez.

Para garantizar la validez y confiabilidad, se aplicó la encuesta con la versión española del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, cuestionario AHRQ traducido y validado para que pueda ser utilizado por todos los sistemas de salud de habla española, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales.

A partir de los resultados obtenidos, se analizó el panorama de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha, de la provincia de Esmeraldas, identificando oportunidades de mejoramiento con las cuales se establece el marco de acción en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en este Hospital.

3.9 Variables

Categorización de Variables

Variables Independientes

- Cultura de seguridad del Paciente
- Área /Unidad de Trabajo
- Características de los encuestados
- Frecuencia de los sucesos notificados
- Valoración el grado de seguridad del paciente

Variables Dependientes

- Percepción de cultura de seguridad del paciente
- Percepción del proceso de la Comunicación
- Precepción Sobre la Unidad
- Percepción de Procedimientos para notificar
- Percepción del rol de Gestión de la unidad

3.10 Matriz de variables

Tabla 1 Relación de variables.

Variable	Definiciones	Indicador	Definición empírica	Escala
Área / Unidad de Trabajo	Unidad Básica de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios en Establecimientos de Salud, en relación directa con su complejidad. (salud I. E., 2002)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emergencia 2. Quirófano / centro obstétrico 3. Medicina interna 4. Cirugía 5. Ginecología 6. Pediatría/ neonatología 	Área de trabajo de enfermería donde uno o más usuarios desarrollan sus funciones diarias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Excelente

<p>Características de los encuestados:</p> <p>Experiencia Laboral</p>	<p>Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes. (Real Academia Española).</p> <p>Es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la participación y de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida, es un conocimiento que se elabora colectivamente.</p>	<p>a) Menos de 1 año</p> <p>b) De 1 a 5 años</p> <p>c) De 6 a 10 años</p> <p>d) De 11 a 15 años</p> <p>e) De 16 a 20 años</p> <p>f) 21 años o mas</p>	<p>Tiempo que lleva trabajando en la Institución</p>	<p>Cuantitativa</p>
		<p>a) Menos de 20 horas a la semana</p> <p>b) De 40 a 59 horas a la semana.</p> <p>c) De 20 a 39 horas a la semana</p> <p>d) 60 horas a la semana o más</p>	<p>Horas a la semana que trabaja en la institución.</p>	<p>Cuantitativa</p>

<p>Jornada de trabajo.</p>	<p>Está formada por el número de horas que el trabajador está obligado a trabajar efectivamente. (Bodas Martín, 2002).</p>			
<p>Percepción sobre la unidad</p>	<p>La noción de percepción deriva del término latino perceptio y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones__externas, o comprender y conocer algo).</p>	<p>1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo</p>	<p>La percepción consiste en un proceso de integración psicofísica, en cuya virtud la energía estimulante se manifiesta como un mundo al sujeto que percibe, esto es fundamental dentro del área de trabajo.</p>	<p>1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Excelente</p>

Rol de la gestión de la unidad	Es todo lo referente a (políticas, planes, programas, normas, estándares, requisitos)cuyo fin último es la reducción o la previsión y control permanente del riesgo de desastre en la sociedad, en consonancia con, e integrada al logro de pautas de desarrollo humano, económico, ambiental y territorial, sostenible	1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo	Se refiere a como se encuentra Organizada de la unidad de salud,	1) Mala 2) Regular 3) Buena 4) Excelente
	Cumplimiento de protocolos			1) Si 2) No 3) A veces
Proceso de comunicación	Es llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del		Proceso de interacción social democrática, basada en el intercambio de signos, por el cual los seres humanos	1) Mala 2) Regular 3) Buena 4) Excelente

	hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes. (Fonseca, 2000)	Relación interpersonal	comparten voluntariamente experiencias bajo condiciones libres e igualitarias de acceso, diálogo y participación	
Frecuencia de los sucesos notificados	Indica las veces en que se sucede un hecho en un determinado período de tiempo.	Frecuencia de notificados de sucesos	Se define a continuidad de notificación de sucesos presentes dentro de la unidad operativa.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Nunca 2) Rara vez 3) Algunas veces 4) La mayoría de tiempo. 5) Siempre
Valoración del grado de seguridad del paciente	Conocimiento de la calidad asistencial y organización en un determinado servicio hospitalario que se	Cultura del cuidado de enfermería	Se define como la capacidad de percepción de causar daño o no Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios hospitalarios.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Excelente 2) Muy bueno 3) Aceptable 4) Pobre

	brinda cuidado directo.			5) Malo
Procedimientos para notificar	Rutinas de secuencia para seguir un proceso que conlleva a fin específico. Método de ejecutar algunas cosas.	Formularios de notificación	Una guía de las mejores prácticas, que describe las actividades en las que las organizaciones y equipos de atención de salud para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden.	1) Nunca 2) Rara vez 3) Algunas veces 4) La mayoría de tiempo. 5) Siempre

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Delfina Torre de Concha de la Provincia de Esmeraldas referente a la percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente.

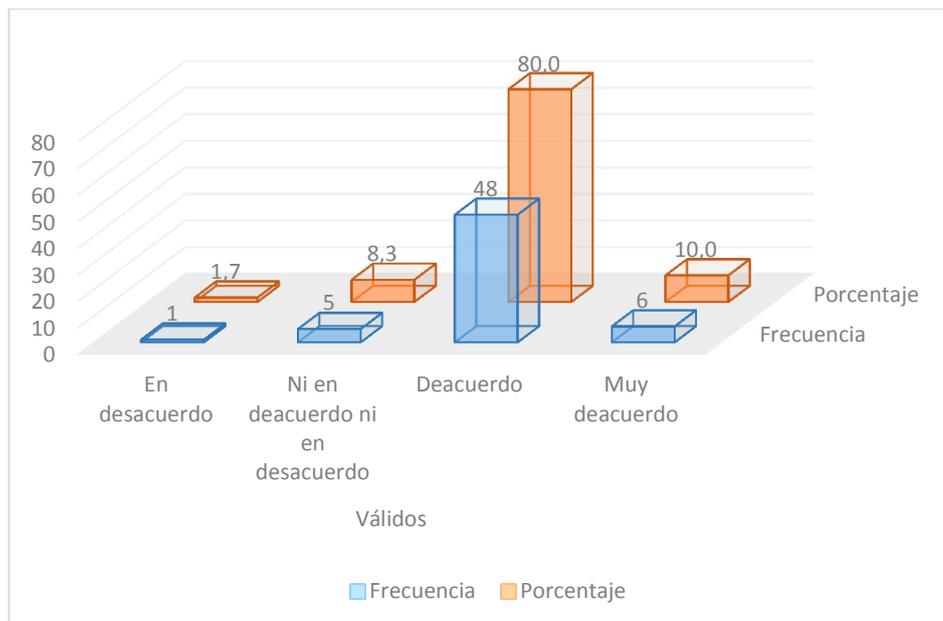
Tiene como objetivo determinar la percepción del personal de enfermería, del Hospital Delfina Torres de Concha, sobre cultura de seguridad del paciente.; el procesamiento y análisis de resultados, se refiere a una estadística descriptiva en donde se determinó la variable, frecuencia y porcentaje de lo que se investigó, a la vez tiene el propósito de implementar un curso virtual de Cultura de seguridad del paciente en este hospital.

Los resultados fueron alcanzados a través de la aplicación del instrumento de investigación tipo encuesta adaptada AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture a la muestra de la población determinada de 60 profesionales de enfermería que laboran en la institución y que cumplen con los criterios de inclusión, los resultados obtenidos en esta investigación se trabajó mediante la utilización del programa computacional Excel; para la presentación se utilizó en forma sistemática tablas de frecuencia, las mismas que en forma clara permiten evidenciar los datos e indicadores con los respectivos porcentajes, representando gráficamente los resultados, a través de barras con el correspondiente análisis y discusión, de forma que nos permita observar de manera clara la situación real de la investigación.

4.1 Sección A /Ambiente laboral

4.1.1 Trabajo en equipo

Gráfico 1 Trabajo en equipo



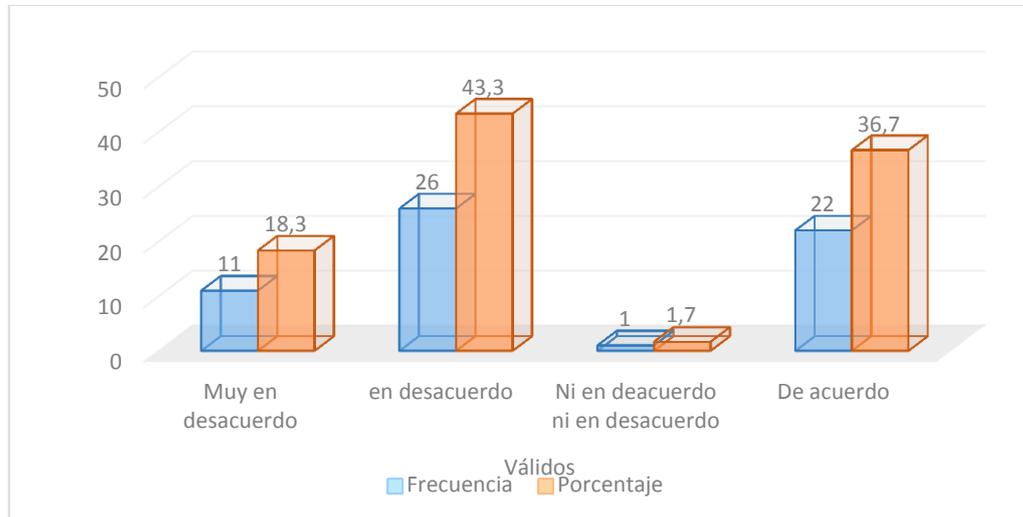
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Según los datos obtenidos emitieron un criterio de valor positivo, ya que evidenciamos un 90% de satisfacción de los profesionales en las distintas áreas de trabajo, siendo esta una cifra significativa, frente a un 10% que estima lo contrario; La creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos, la colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario en el que enfermeras, médicos y administradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos, esto revela que el trabajo en equipo, es un compromiso por realizar las actividades inherentes en la unidad ayudando así la calidad de atención.

4.1.2 Disponibilidad de Personal

Gráfico 2 Disponibilidad de Personal



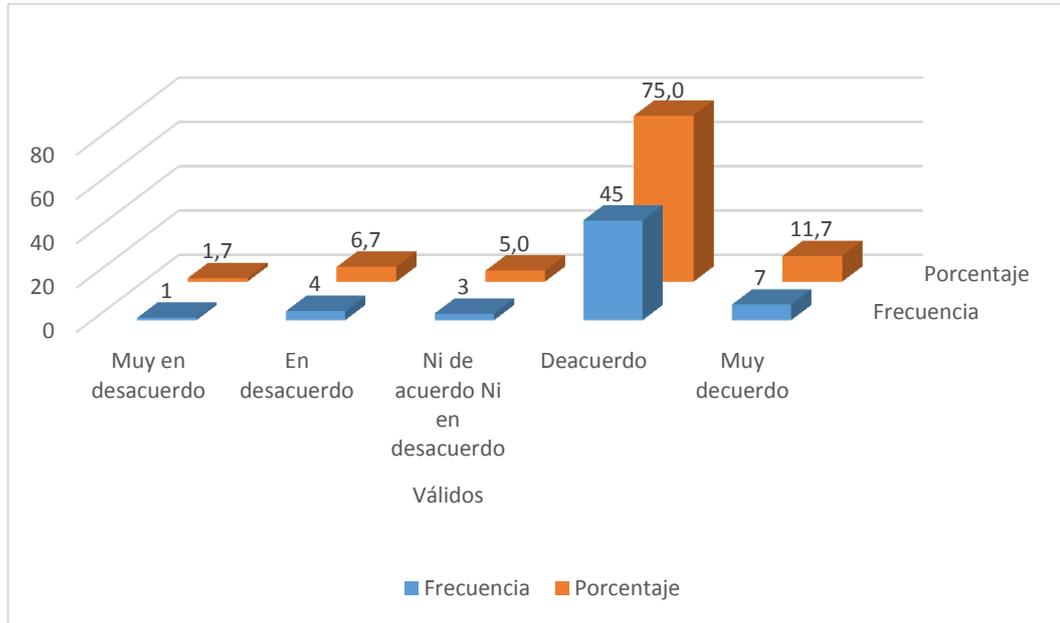
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: De los resultados obtenidos sobre la disponibilidad de personal un 63,3% de los profesionales de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, revelan la falta de personal que existe en los distintos servicios, lo cual es un factor predominante en la seguridad del paciente, por cuanto la sobrecarga de trabajo y la alta demanda de pacientes no permite ofrecer una atención de calidad al cliente interno, lo que refleja que la falta del personal de enfermería en la unidad, puede afectar a la seguridad del paciente, impidiendo prestar un óptimo servicio a la colectividad, con esto aumentando la carga laboral y afecta la relación enfermera-paciente.

4.1.3 Disposición del personal frente a la carga laboral

Gráfico 3 Disposición del personal frente a la carga laboral



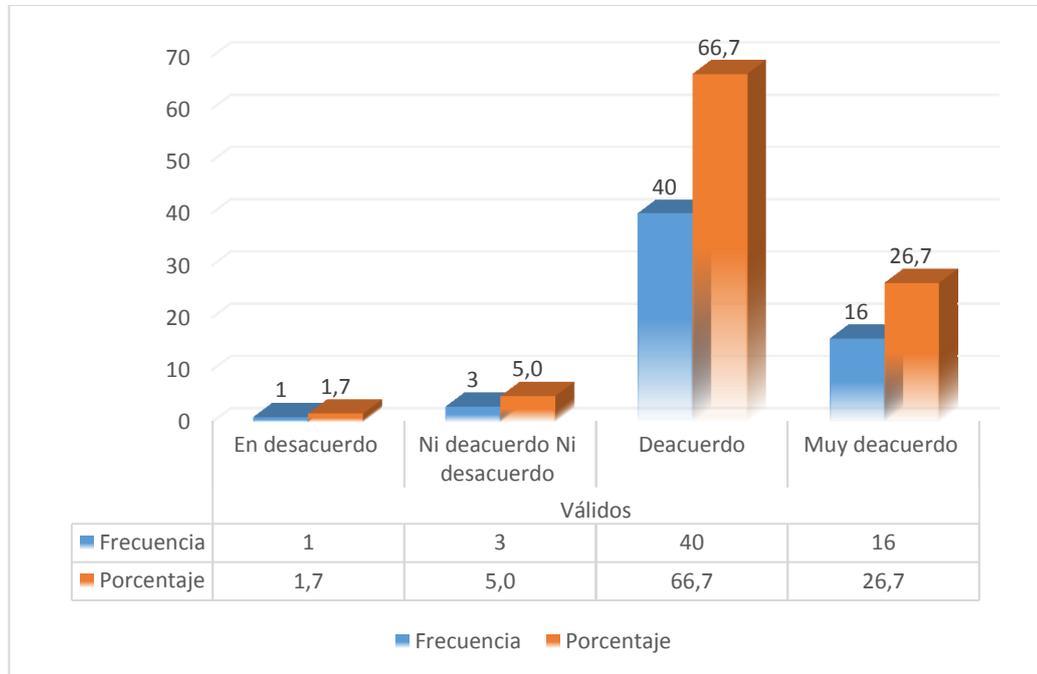
Fuente: Encuesta aplicada al Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos obtenidos indican que 86,6% del personal encuestado manifiestan su compromiso con su establecimiento, para colaborar con sus compañeros ante situaciones de exceso de trabajo frente a un 13,4% que discrepa y opina que en esta unidad no prevalece el trabajo en equipo lo cual afecta a la seguridad del paciente. Numerosos trabajos han puesto de manifiesto que una proporción de profesionales de enfermería apropiada en relación al tipo de pacientes ingresados en una unidad, tiene efecto positivo obteniendo una disminución en la aparición de eventos adversos, costos y estancia hospitalaria.

4.1.4 Trato entre el Personal

Gráfico 4 Trato entre el Personal



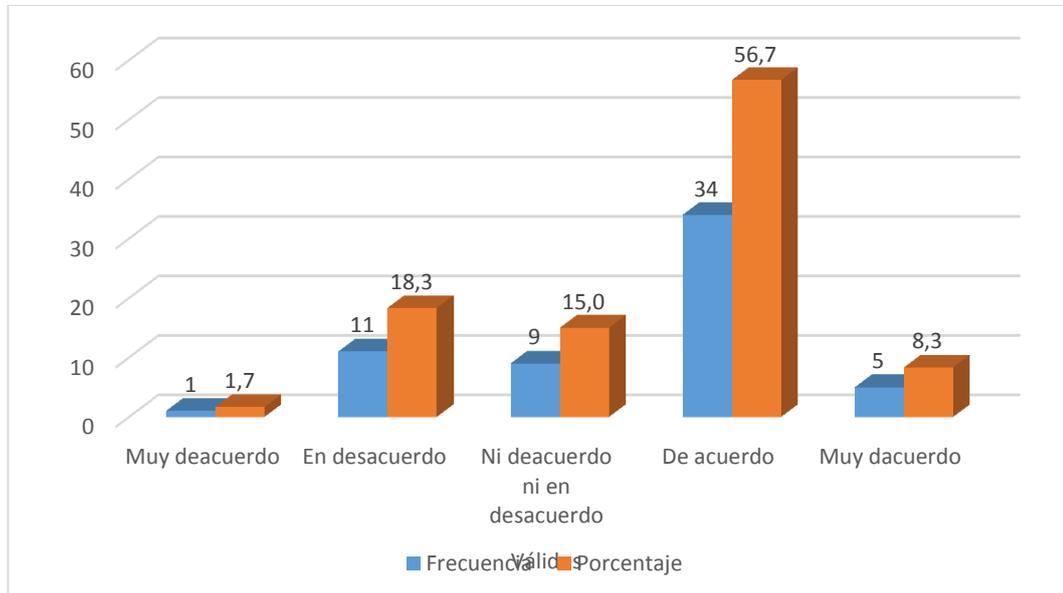
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Podemos apreciar que en el Hospital Delfina Torres de Concha, el respeto entre el personal es una de los valores que más predomina con un 93.3% siendo este un porcentaje significativo, ya que aporta al mejoramiento continuo de la atención de salud con calidad, humanidad y excelencia, (Garcia & Yopez, 2010). La colaboración interdisciplinaria y el respeto entre los miembros del equipo de salud es fundamental, para avanzar en una atención centrada en el paciente, la familia y en la seguridad del mismo.

4.1.5 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente

Gráfico 5 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente



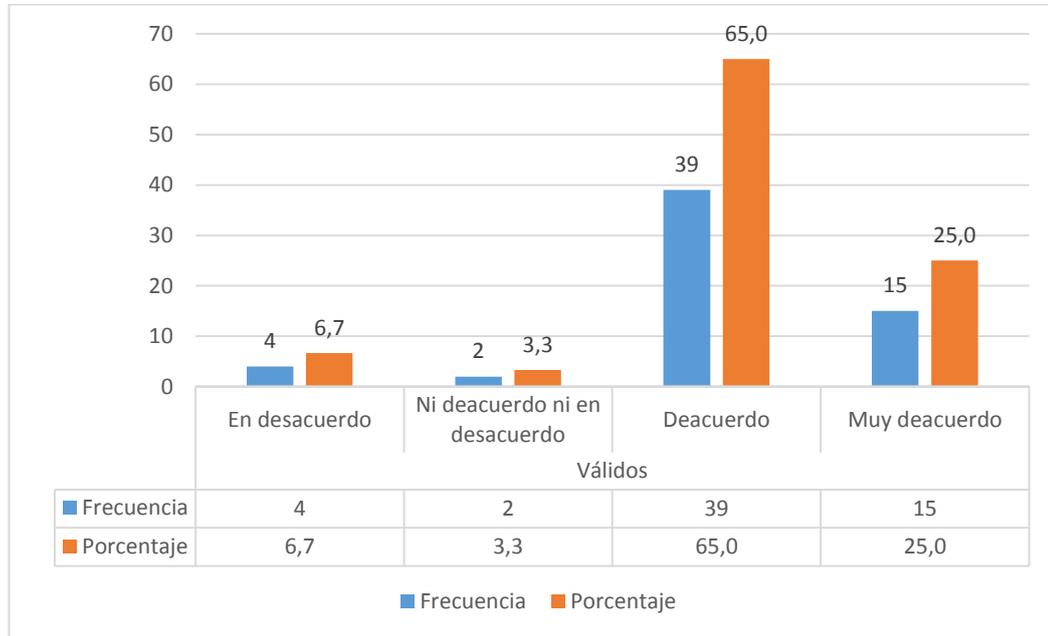
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En cuanto al tiempo adicional para el cuidado del paciente un 65% del personal de enfermería ostentan que si trabaja más horas de lo adecuado garantizando una mejor atención, ya que el papel de enfermería está basado en velar por el bienestar y su pronta recuperación del paciente, mientras que un 35% no está de acuerdo ya que ellas respetan sus horas laborables. En el área de la salud, trabajar durante muchas horas en ambientes laborales insalubres puede representar riesgos a la salud de los trabajadores, ocasionando el exceso de carga mental, stress siendo los principales causantes de la ocurrencia de errores.

4.1.6 Acciones sobre Seguridad del Paciente

Gráfico 6 Acciones sobre Seguridad del Paciente



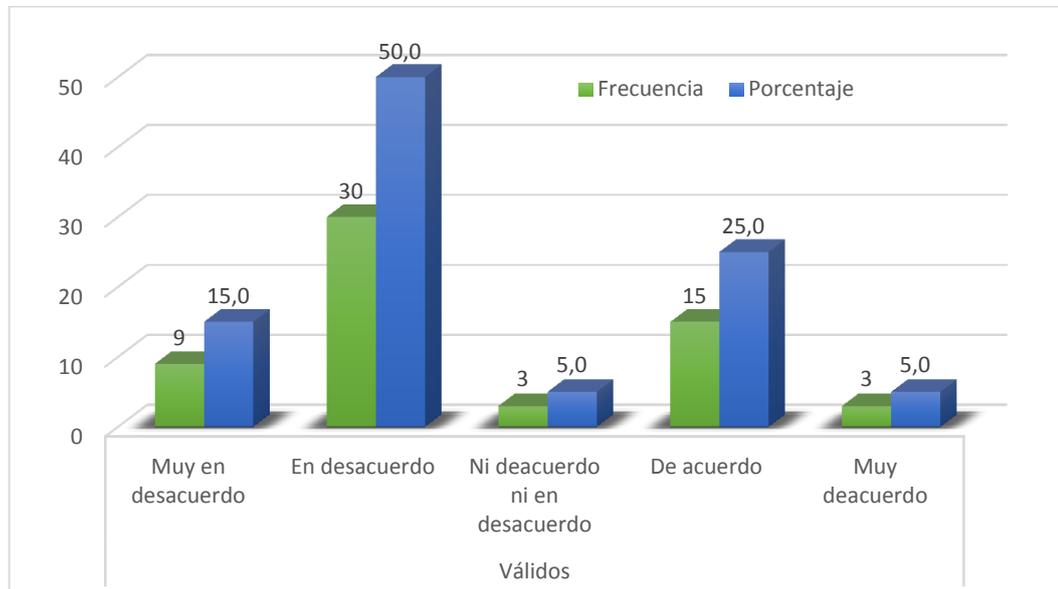
Fuente: Encuesta aplicada al Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El personal de enfermería de esta institución está tomando, su trabajo con gran responsabilidad e interés ,aportando así con aptitudes y practicas encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, siendo de gran importancia para el crecimiento de la institución ,esto se pudo evidenciar con la cifra significativa de 90% que nos reportó la presente investigación. El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención. (Uribe M, 2010).

4.1.7 Asignación temporal de personal

Gráfico 7 Asignación temporal de personal



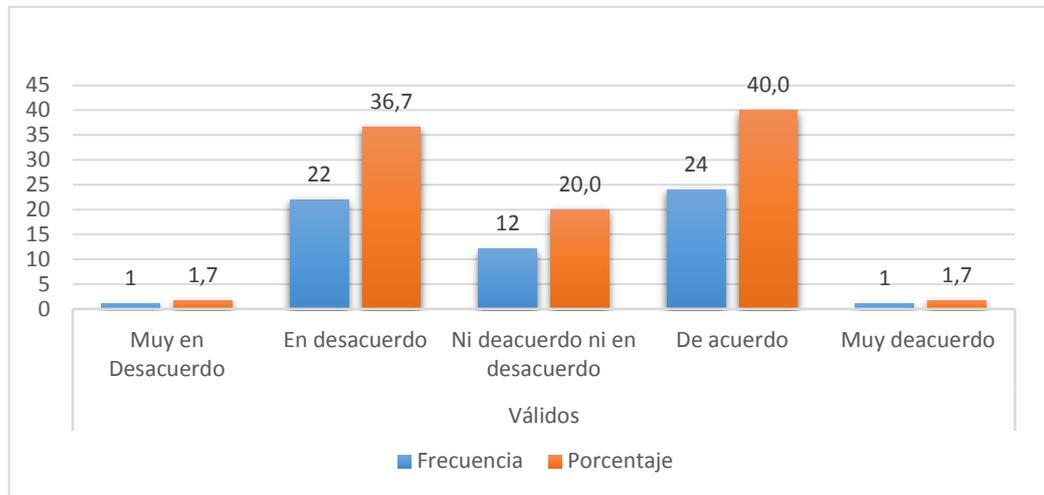
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos obtenidos revelan que el 70% de los encuestados, exhiben que en los servicios donde laboran usan personal temporal para optimizar la atención y cuidado de los pacientes, sobretodo en ocasiones en donde la demanda es muy alta, ya que otros servicios aportan con el fin de brindar un cuidado optimo al paciente, mientras que un 30% exponen que en sus servicios no se ha implementado personal temporal ocasionando así sobrecarga laboral. Los profesionales de enfermería cumplen un papel muy importante en cuanto a la promoción, restablecimiento, cuidados y rehabilitación de la salud de los enfermos, debiendo cumplir a cabalidad con las acciones de atención integral, para así proporcionarle seguridad y bienestar elementos necesarios para el buen funcionamiento de cualquier institución.

4.1.8 Percepción sobre errores implicación del error profesional

Gráfico 8 Percepción sobre errores implicación del error profesional



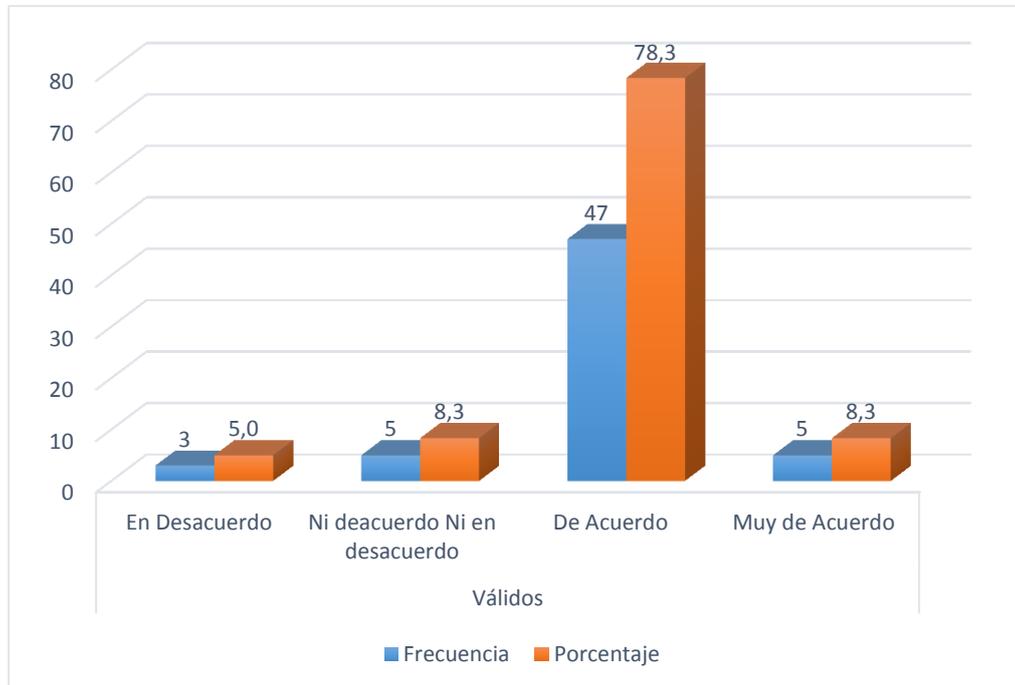
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 58.4% del personal de enfermería, manifiestan que sus errores no deben ser utilizados en su contra mientras que un 41,6% el cual es un porcentaje casi equitativo piensa lo contrario, que se deberían tomar acciones ante la presencia de un error cometido, impulsando al cambio de la cultura tradicional de culpa y vergüenza ya que esta ha sido crítica por obstruir el cambio y la posibilidad de aprender de los errores. Una de las maneras más eficaces para identificar estos factores es mediante la revisión y la investigación de los errores que informa el personal. El desarrollo de una cultura en la que el personal no tenga miedo de reportar los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difícil, debido a que en muchas organizaciones existe una tendencia persistente a responder a los errores de una manera que es la norma social, es decir, culpar a alguien.

4.1.9 Toma de decisiones para fomentar el cambio

Gráfico 9 Toma de decisiones para fomentar el cambio



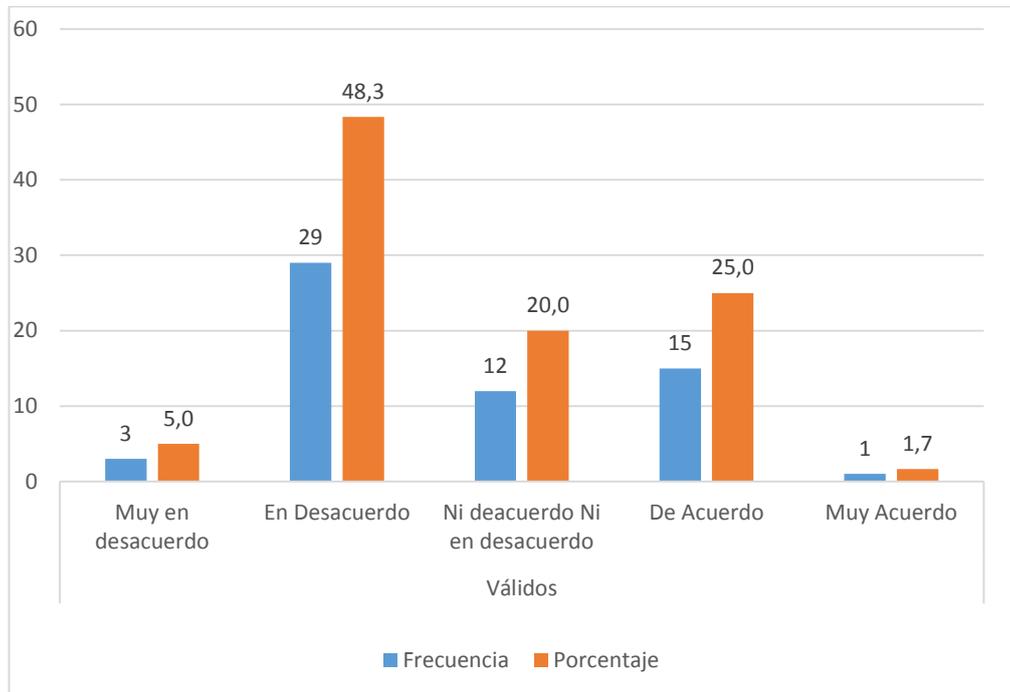
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: De los resultados alcanzados se refleja que el 86.6% del personal afirma que el análisis de los errores y corrección de los mismos ha llevado a cambios positivos, los que ha fortalecido la atención en esta unidad de salud, mientras que el 13.3% discrepa ya que piensa que el análisis de los errores en esta unidad no ha llevado a ningún cambio, es importante señalar que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos, de manera que los errores no se vuelvan a producir.

4.1.10 Percepción sobre la casualidad del error

Gráfico 10 Percepción sobre la casualidad del error



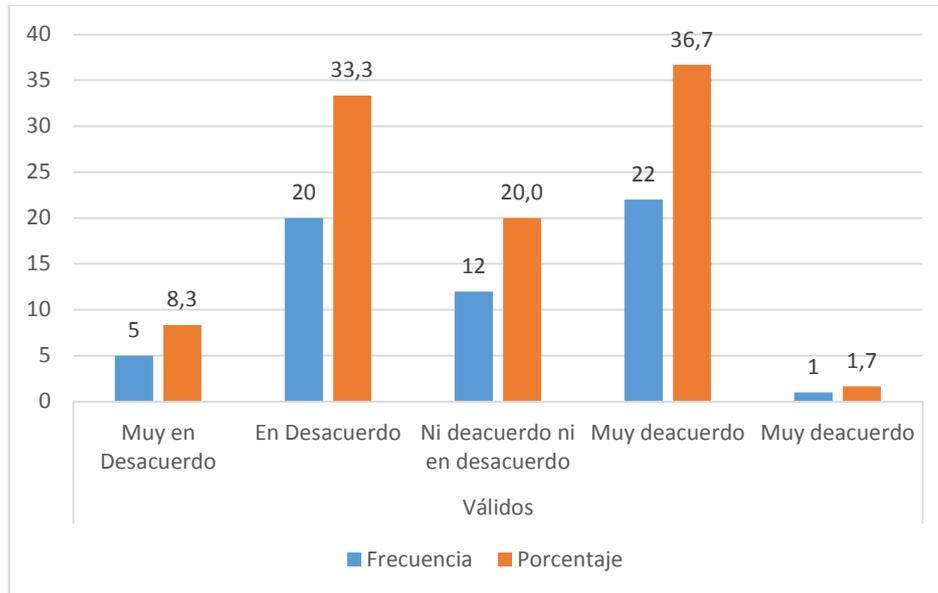
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión. En lo referente a la casualidad del error, podemos apreciar que los profesionales de enfermería señalaron que en las unidades donde ellos laboran no es casualidad que sucedan errores serios ya que encontramos un 73.3 % que no están de acuerdo con esta consulta ya que existe una alta incidencia de errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente frente a un 26, 7% que afirman lo contrario. Es importante resaltar que los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, esto refiere que el personal encargado debe buscar reducir al mínimo el daño que puede sufrir lo pacientes a través de una buena comunicación entre el personal y los pacientes que se encuentran en la unidad.

4.1.11 Trabajo colaborativo en la unidad

Gráfico 11 Trabajo colaborativo en la unidad



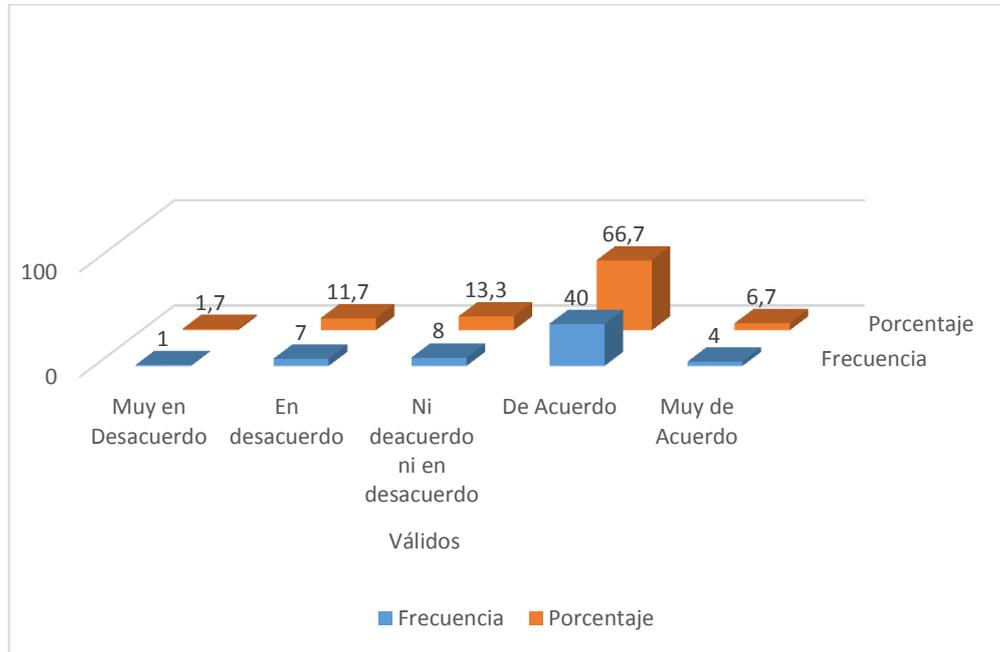
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Con respecto al apoyo entre los distintos servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, se estableció que el 38,4 % de los profesionales se ayudan mutuamente para realizar las actividades relacionadas con el cuidado del paciente, mientras un 61,6% estima que no hay colaboración entre las unidades ya que existe una sobrecarga laboral. Se hace necesario resaltar que el profesional de la salud es pieza clave de la calidad asistencial que precisa conocimientos, destrezas, recursos y un marco y entorno seguro para contribuir decididamente a la seguridad del paciente lo cual puede verse afectado por un exceso de trabajo.

4.1.12 Percepción de la notificación del evento adverso

Gráfico 12 Percepción de la notificación del evento adverso



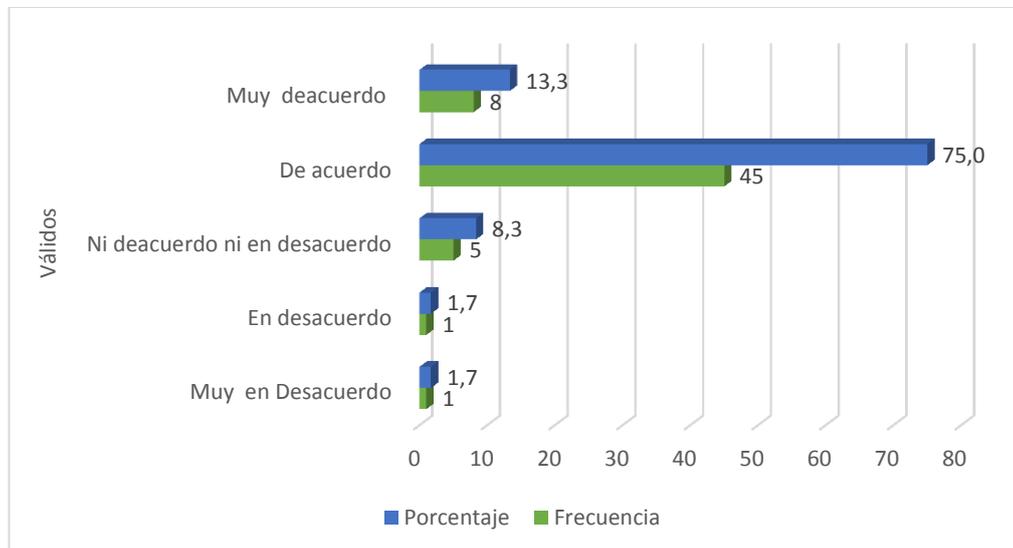
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 73.3 % de los encuestados están de acuerdo en reportar el evento adverso, mas no a la persona que lo comete, frente a un 26.7% que notifica que se debería notificar tanto el evento adverso como a la persona que lo cometió, pero en realidad no se busca culpables, al contrario lo que se requiere es trabajar para que la gente comprende que el reporte de estos eventos podría mejorar la seguridad del paciente garantizando una buena atención. Una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes

4.1.13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

Gráfico 13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente



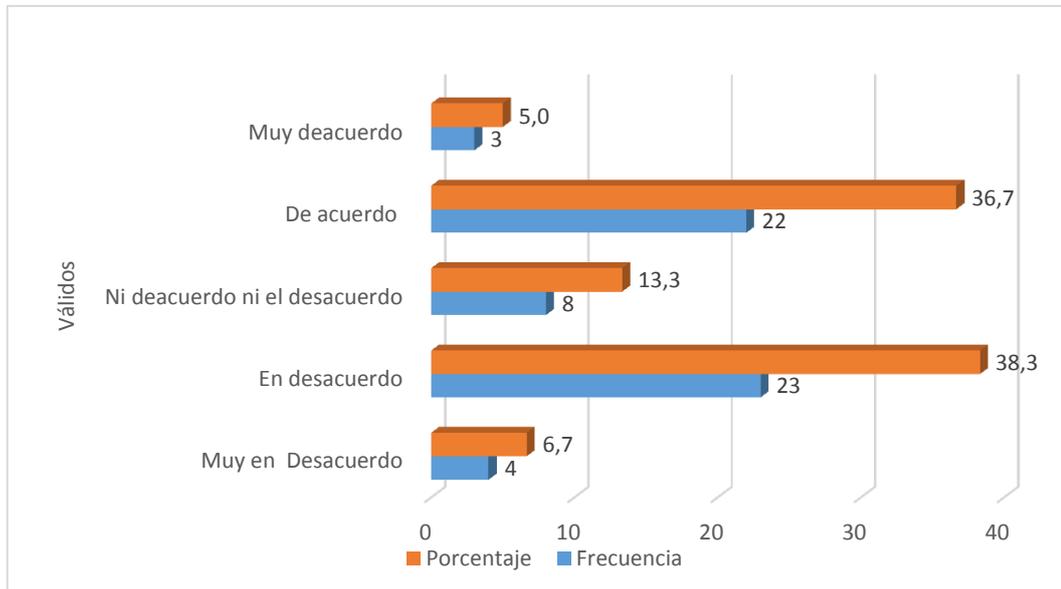
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos obtenidos en relación con la percepción de la seguridad del paciente en los distintos servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, un 96,6% de los profesionales afirman que existe un enfoque claro de los procesos en seguridad del paciente. En este sentido, la consecuencia de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, fortaleciendo esta investigación, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

4.1.14 Capacidad de respuesta en situación de urgencia

Gráfico 14 Capacidad de respuesta en situación de urgencia



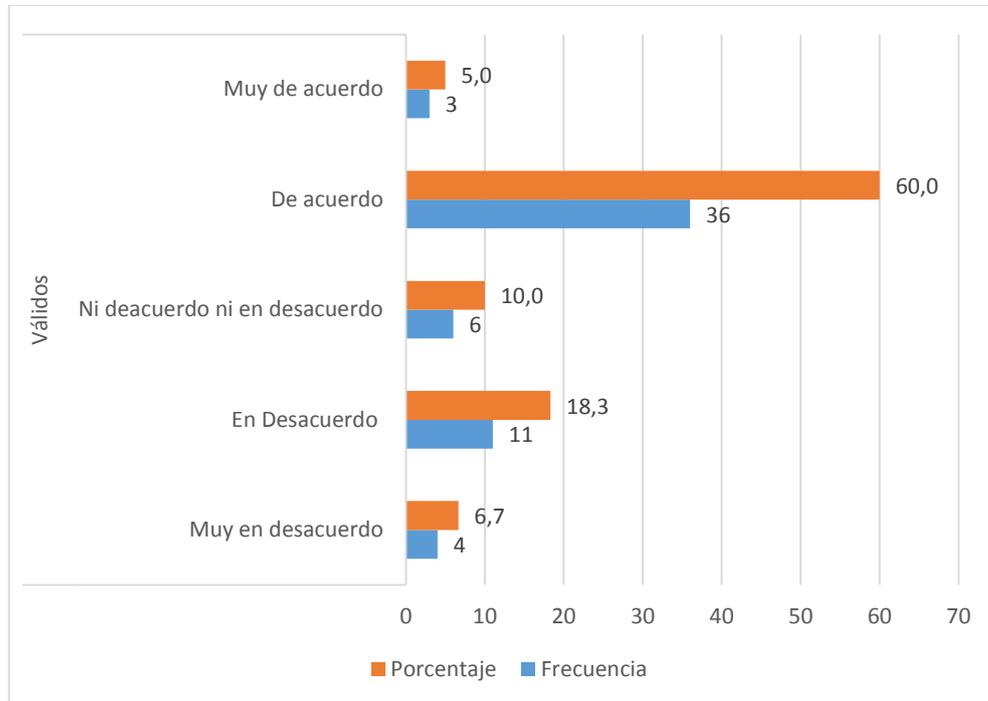
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 55 % del personal de enfermería, del Hospital Delfina Torres de Concha, manifiestan que la capacidad de respuesta en situación de urgencia, la ejecutan con el fin de ofrecer cuidados seguros para los usuarios, y señalando que, la colaboración es el elemento que más influencia el trabajo en equipo. Ya que carencia de colaboración contribuye a crear problemas de calidad y eficiencia en la atención del paciente las intervenciones para mejorar la colaboración deberían teóricamente tener un efecto positivo sobre la atención. (E. Bautista, 2008) , frente a un 45 % que expresa no tienen capacidad de respuesta frente a situaciones de urgencia laboral.

4.1.15 Carga laboral y Seguridad del paciente

Gráfico 15 Carga laboral y Seguridad del paciente



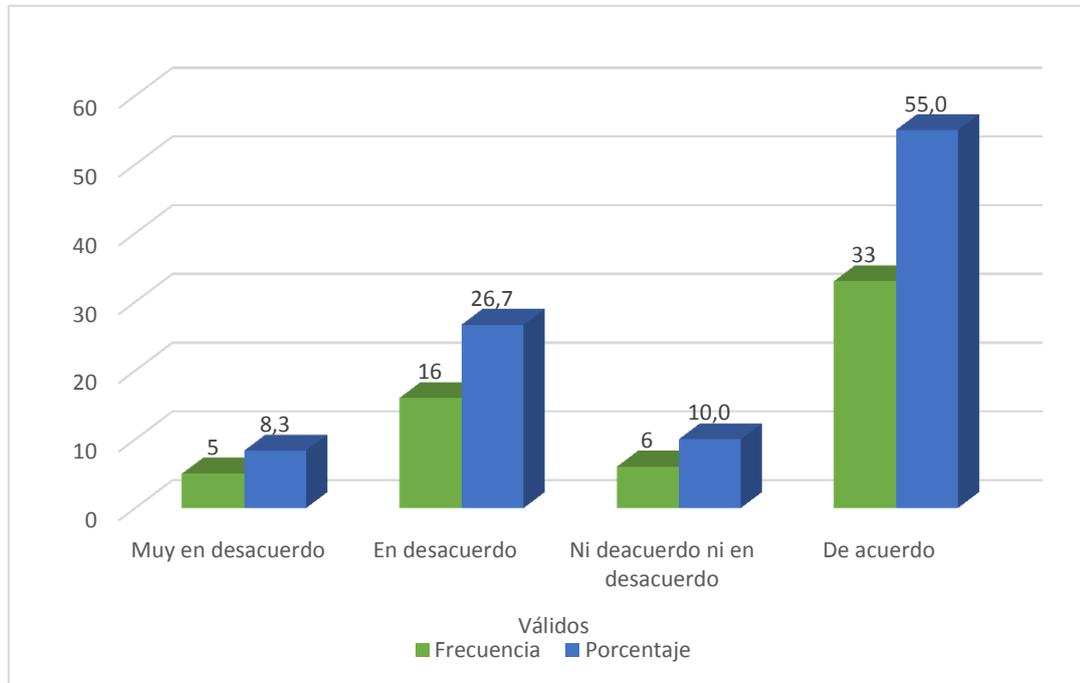
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En lo que respecta a carga laboral frente a la seguridad del paciente en donde los profesionales de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, respondieron un 75% estar desacuerdo ya que, para ellos no compromete realizar más trabajo, en lo que respecta a la seguridad del paciente y un 25% que, consideran lo contrario. Ya que la carga laboral podría ser un factor importante en la ocurrencia de incidentes en la unidad. Al tenerse una menor vigilancia sobre algunos pacientes, y disminuir la supervisión del personal técnico, pudiesen aumentar las transgresiones a las normas y en consecuencia la frecuencia de incidentes, incluyendo las infecciones intra-hospitalarias. (Aiken LH, 2002)

4.1.16 Percepción sobre las disposiciones administrativas

Gráfico 16 Percepción sobre las disposiciones administrativas



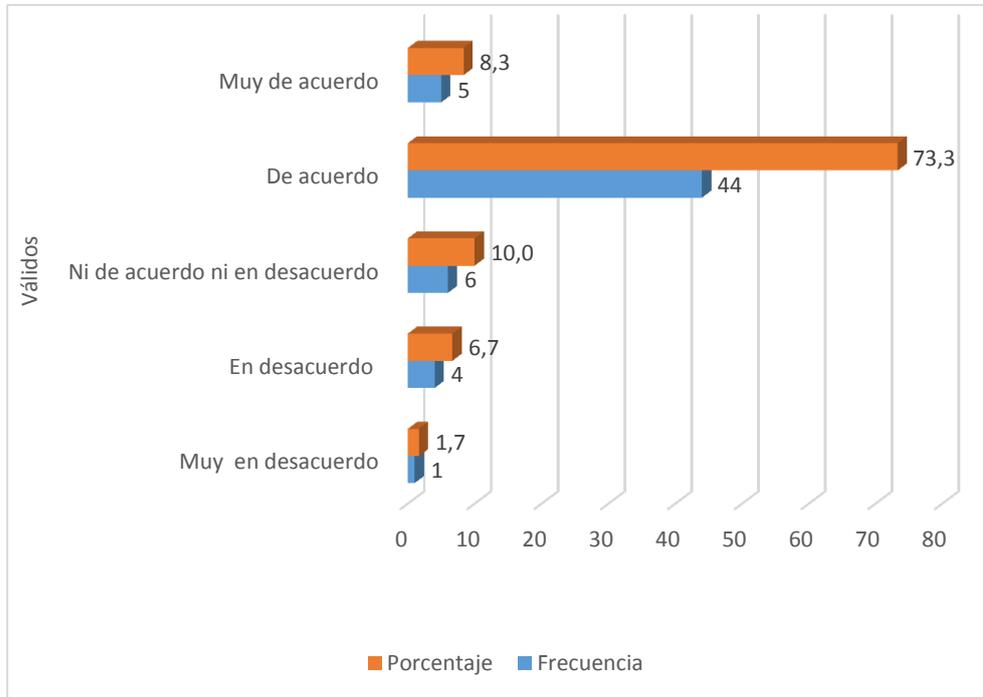
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: La percepción sobre las disposiciones administrativas de los profesionales de enfermería es del 65% considerando que los errores si son fundamentales registrarlos en su expediente laboral por lo cual se puede afirmar que, es necesario consolidar el uso de sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su utilidad en este hospital, trabajando para que, el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de ineficiencia técnica, fomentando la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir.

4.1.17 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad

Gráfico 17 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad



Fuente:

Encuesta aplicada en el Hospital Delfina de Concha

Elaborado por: Investigadoras

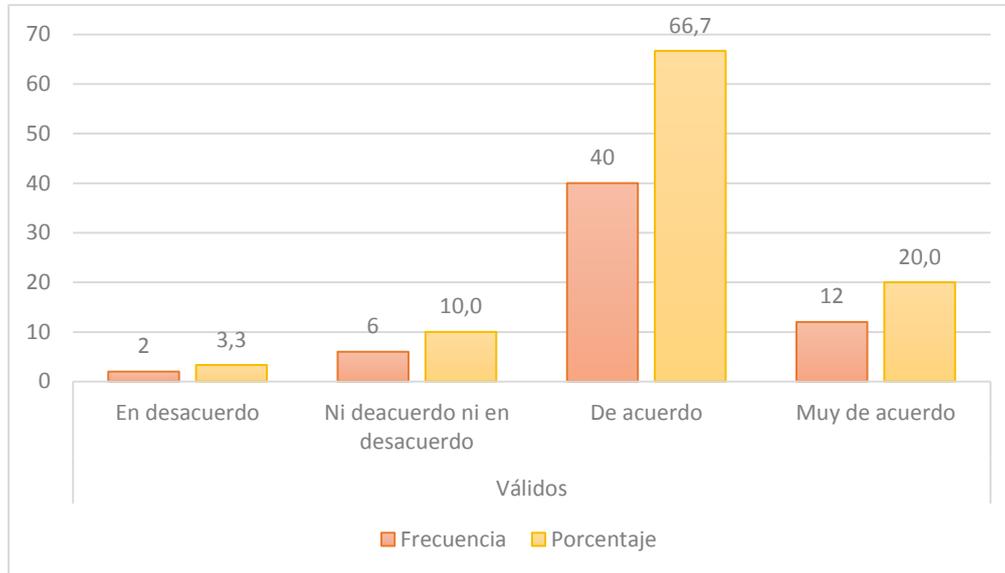
Análisis

y

Discusión: Los datos obtenidos sobre percepción de seguridad del paciente en los distintos servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, encontramos un 18.4 % de los profesionales de enfermería percibieron, que no existe una visión clara de los procesos en seguridad del paciente, frente a un 81,6% que revelan que, en esta institución se están diseñando nuevos métodos que garanticen el cumplimiento de seguridad del paciente tratando estos temas como un problema de equipo, no individual ya que la percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser aprovechada para mejorar la atención de salud.

4.1.18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores

Gráfico 18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

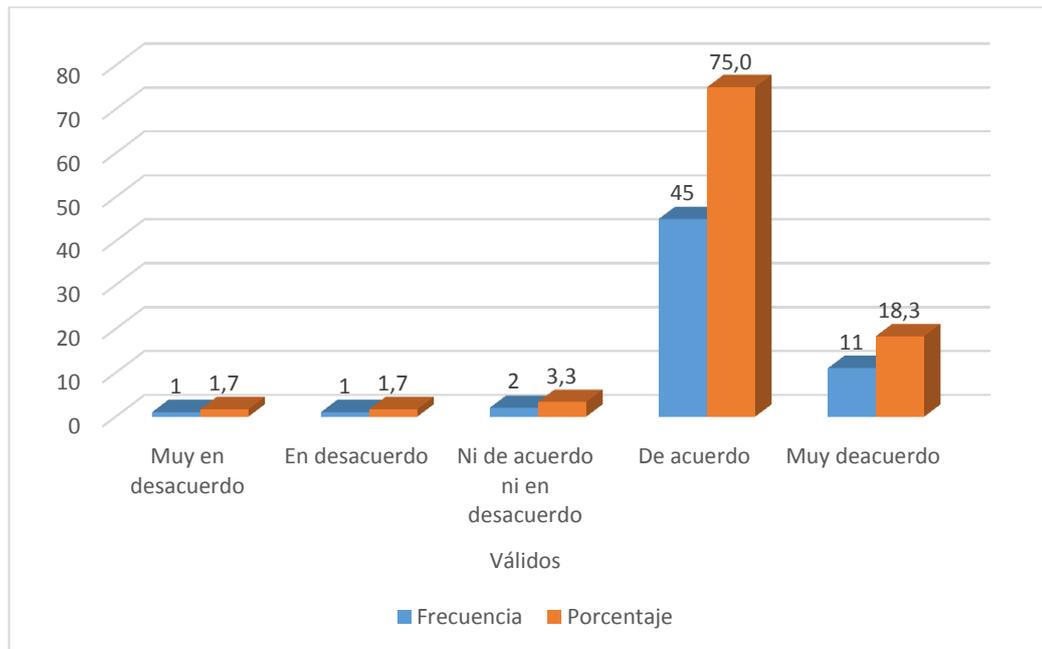
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Las estrategias utilizadas frente a la prevención de errores en la institución, son eficaces así lo afirma el personal de enfermería con un 86,7% a diferencia de un 13,3% que da entender que hay aspectos por mejorar los cuales requieren ser trabajados, para prestar atención de calidad y dentro de esta, conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea una prioridad para la implantación de procedimientos y sistemas en los servicios de salud, que ayuden al mejoramiento continuo recalando que, la existencia de métodos para identificar las fallas en los sistemas y en las prácticas, es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente

4.2 Sección B/Su líder de enfermería

4.2.1 Estímulo al personal

Gráfico 19 Estímulo al personal



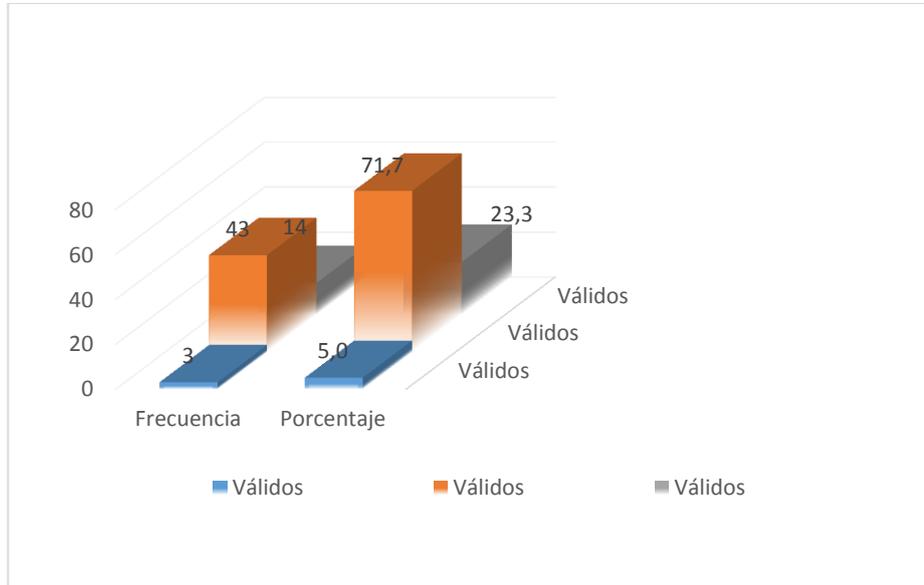
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos de la investigación revelan que el líder de enfermería realiza comentarios favorables cuando el trabajo de los profesionales se encuentra bien realizado con una cifra muy relevante del 93.3% ya que está encaminado a mejorar la atención en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el documento “*calidad de la atención seguridad del paciente*” “la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.

4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias

Gráfico 20 Disposición para aceptar sugerencias



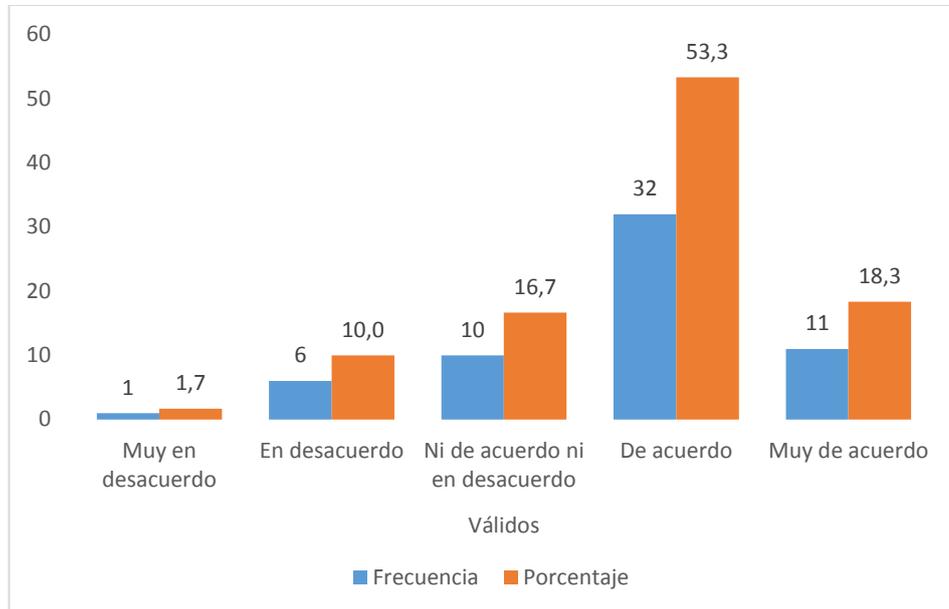
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El personal de enfermería emite un criterio positivo dando a conocer que el líder de enfermería acepta sugerencias, lo cual demuestra, que está dispuesta a tomar en cuenta recomendaciones para mejorar y transformar actitudes y practicas referente a la seguridad del paciente. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ven unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas encaminadas a brindar una atención de calidad.

4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión

Gráfico 21 Tolerancia al trabajo bajo presión



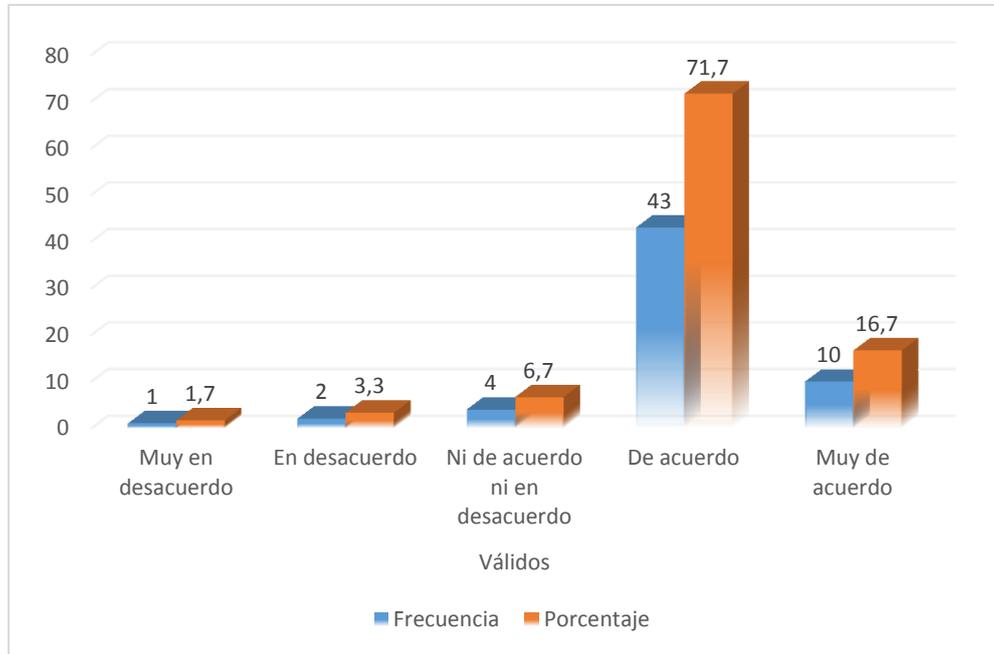
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Con respecto a las situaciones bajo presión que impiden mejorar los procesos de atención un 71,6 % manifestaron estar de acuerdo que trabajar bajo presión no impiden saltar pasos importantes para mejorar la atención frente a un 28,47% que refleja que el trabajo bajo estas circunstancias afecta la calidad y productividad del trabajo excluyendo procesos importantes para la atención. Uno de los factores que inciden en esta actividad, es la escasez del recurso humano de enfermería, por lo que se incrementa la carga de trabajo del personal, impidiendo brindar un cuidado óptimo y personalizado a los usuarios de la unidad, lo que incide directamente en la calidad de atención.

4.2.4 Toma decisiones frente a problemas

Gráfico 22 Toma decisiones frente a problemas



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

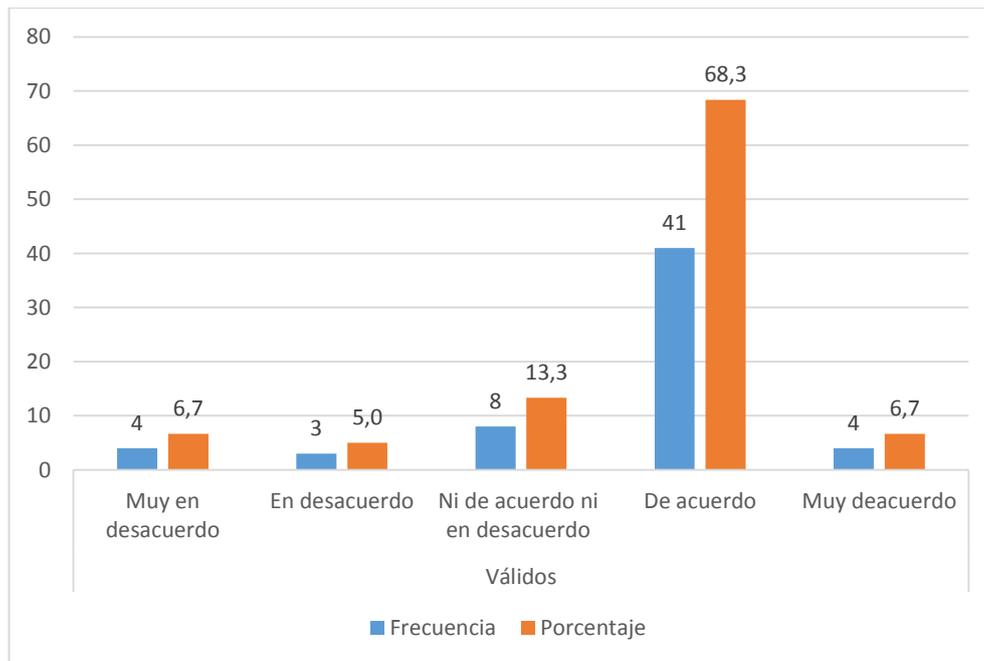
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En los datos obtenidos se observa que la toma de decisiones frente a los problemas relacionados con la seguridad del paciente es tomada en cuenta por su frecuencia de aparición e impacto el 88,4% está de acuerdo, llevando a cabo planes y acciones de mejoramiento para con ello evitar que se repita el mismo error en la unidad, frente a un 11,7% que, emiten estar en desacuerdo, ya que no se toma ninguna acción para la detección y prevención de casos en relación a la ocurrencia de eventos adverso argumentando la falta de registros en esta institución.

4.3 Sección C/ su Institución

4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente

Gráfico 23 Ambiente laboral para la seguridad del paciente



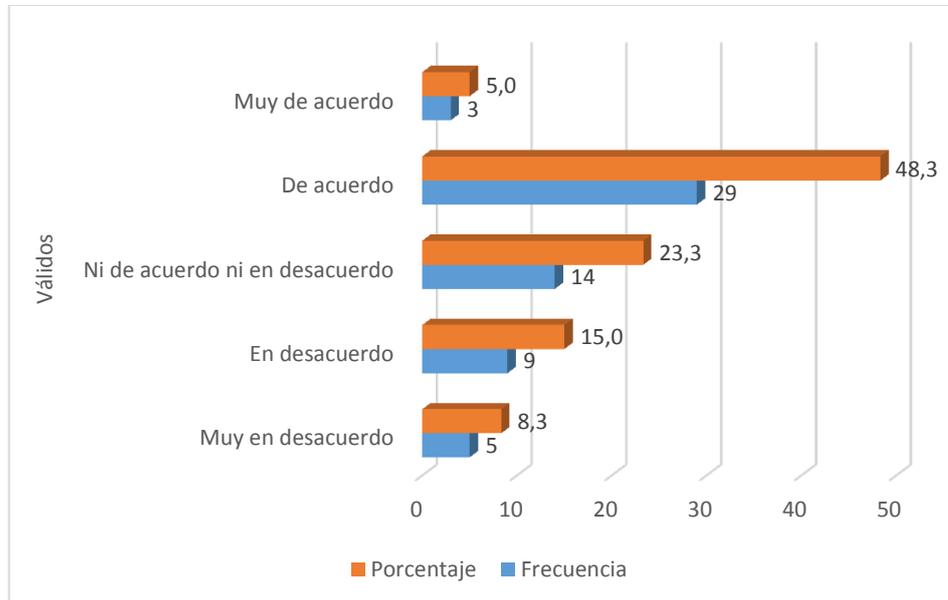
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 75% del personal de enfermería afirman que la institución brinda un ambiente seguro al paciente a fin de evitar problemas graves de salud del paciente, ya que aquellas acciones, elementos y procesos derivados de la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud frente a un 25% que no emiten un juicio de valor.

4.3.2 Coordinación institucional

Gráfico 24 Coordinación institucional



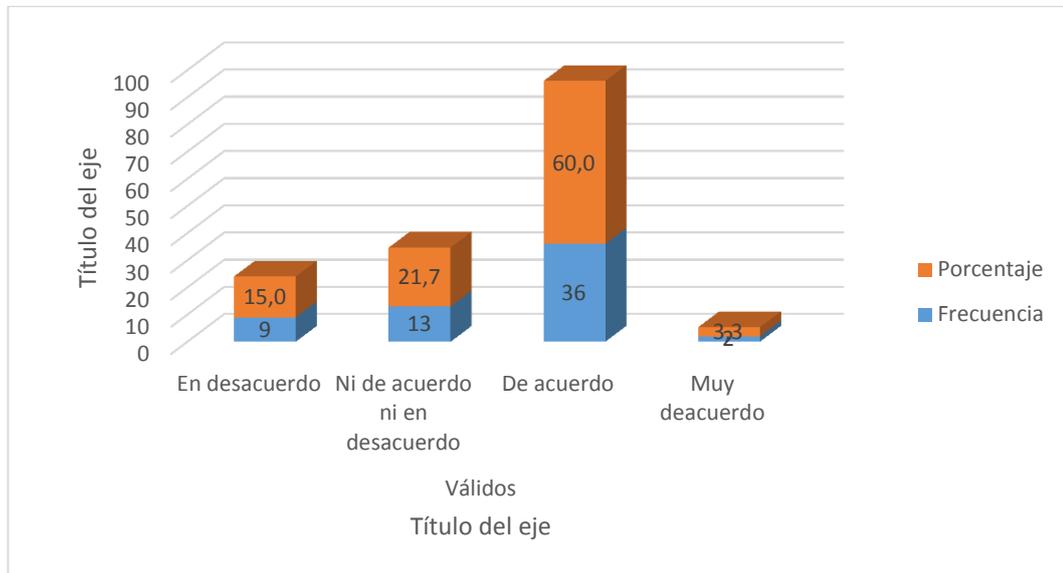
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: 53.3% de los encuestados describen que las unidades de esta institucional están coordinadas entre sí, apoyándose mutuamente ante cualquier imprevisto, mientras que el 46.6% el cual es un porcentaje bastante significativa asume que no hay una coordinación institucional lo cual impide un trabajo conjunto, y por ende esto no beneficia a la institución, por lo que sería de gran utilidad mantener una comunicación adecuando entre el personal de cada servicio.

4.3.3 Continuidad en la atención

Gráfico 25 Continuidad en la atención



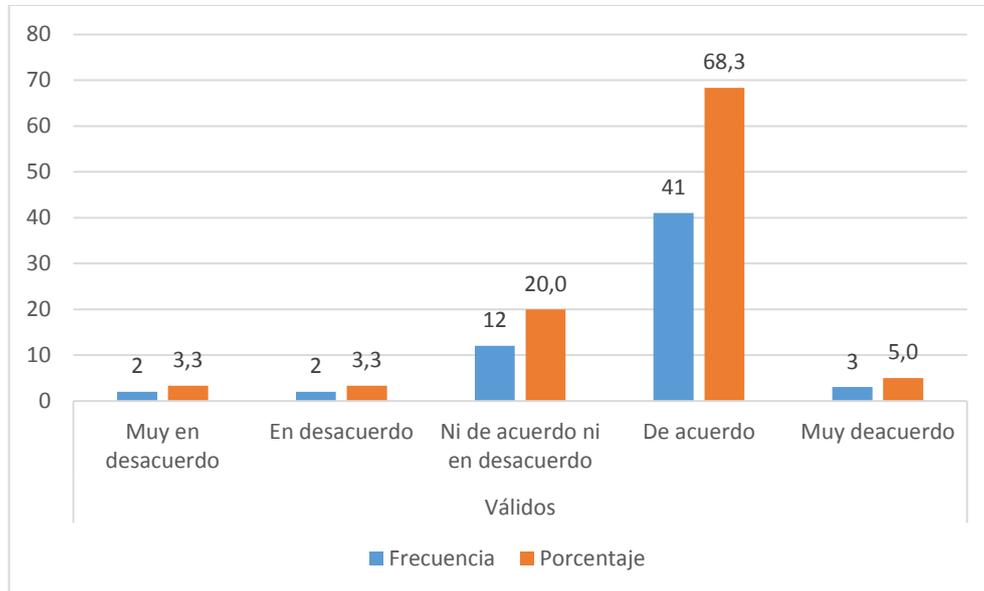
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : En los datos obtenidos se puede apreciar que el 63.3% de los encuestados afirman que siempre hay continuidad en la atención de los pacientes, ya que cuando un paciente es atendido en el servicio de consulta externa y este amerita atención oportuna, es enviado al servicio de emergencia existe una secuencia de atención, a fin de evitar problemas graves que pueden ocurrirle al paciente, mientras que el 37.7% no expresa un criterio de valor en cuanto a si existe o no la continuidad de atención de los pacientes y se piensa que no hay un adecuado seguimiento del paciente entre las unidades y que por ende existe eventos adversos que pueden ser evitables.

4.3.4 Cooperación institucional

Gráfico 26 Cooperación institucional



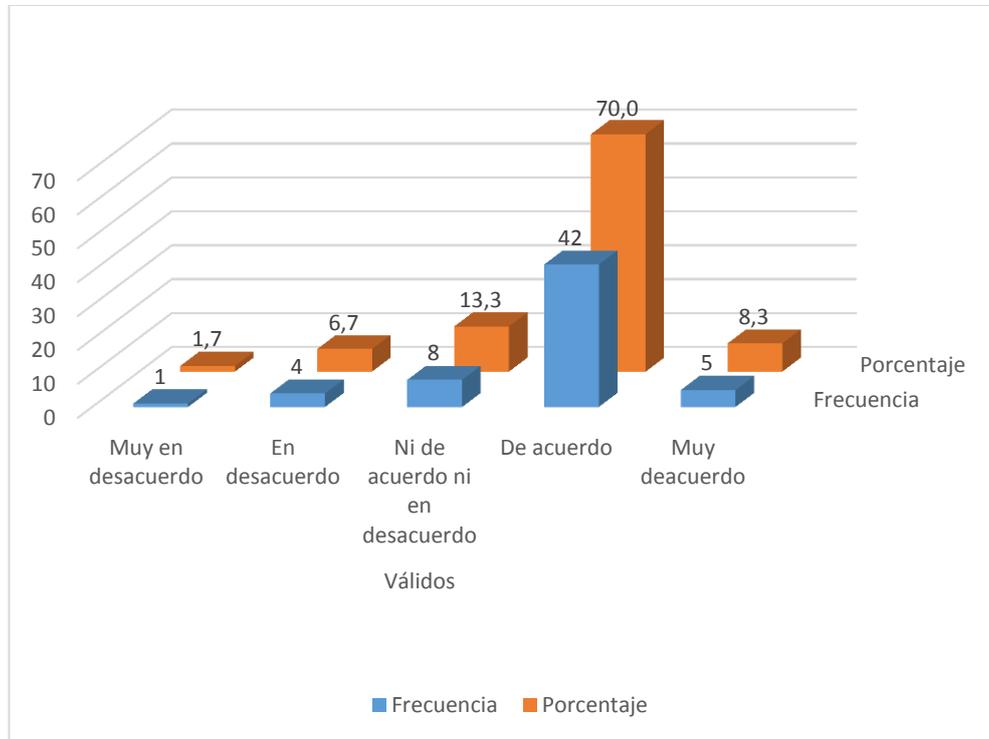
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Correspondiente a la cooperación entre las unidades de la institución, se observa que el 73,3% afirmaron que en la institución se trabaja en forma correcta con calidad y calidez, siempre encaminados a mejorar la seguridad del paciente frente a un 26,6% que revela que no existe cooperación entre los distintos servicios del hospital, estos resultados nos dan a deducir que un modelo de prestación de servicios pueda mejorar su rendimiento y la eficacia de los mismos, manteniendo una buena cultura organizacional, conducidos por los mismos valores y objetivos.

4.3.5 Entrega recepción de turno

Gráfico 27 Entrega recepción de turno



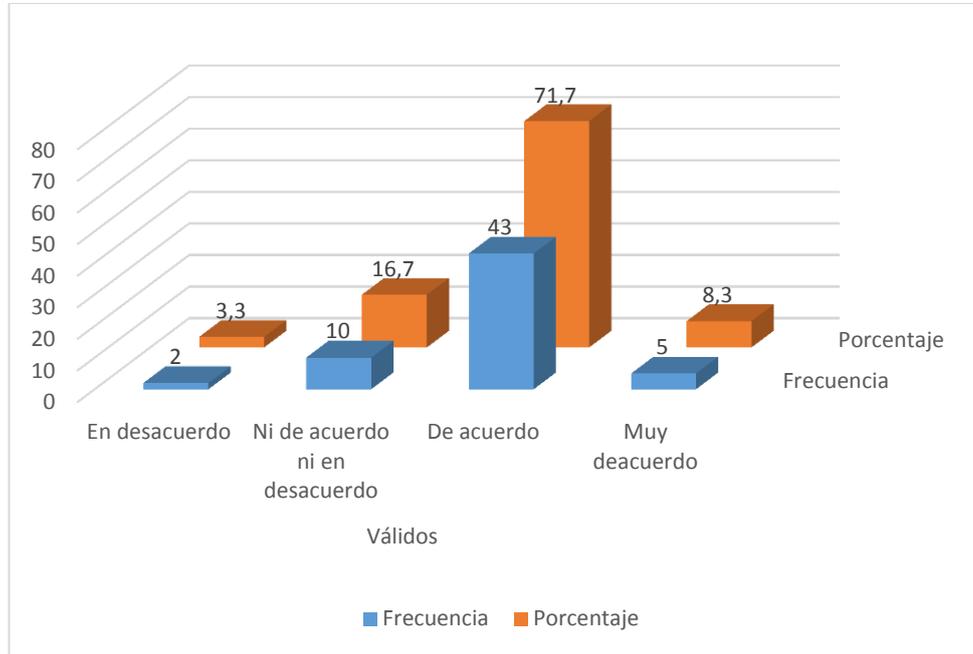
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 78,3% de personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, garantizan que existe una buena entrega y recepción del turno ,sin embargo se manifiesta que, existe dificultades en el manejo de la información , afirmado por el 21,7% siendo este un valor considerable para pensar que no todos los profesionales están comprometidos a brindar una atención de calidad sin darse cuenta que un mal manejo en el cambio de turno ,impide la continuidad de una adecuada atención lo cual puede generar eventos adversos.

4.3.6 Ambiente laboral institucional

Gráfico 28 Ambiente laboral institucional



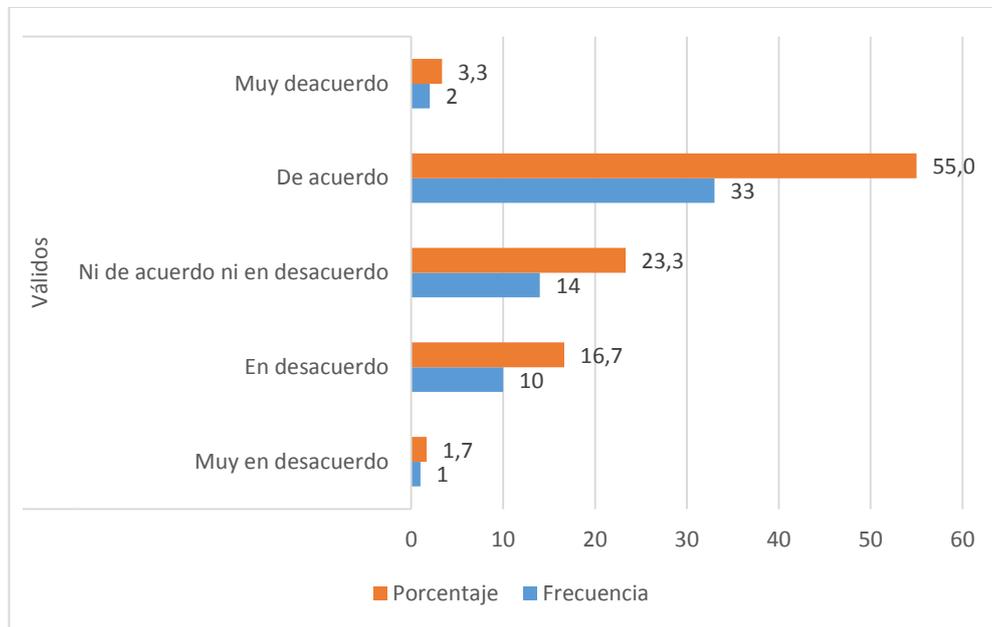
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En lo referente a si existe, un buen ambiente laboral para trabajar con personal de otras unidades en esta institución, observamos que 80 % emitieron estar de acuerdo, es decir el ambiente es considerado óptimo para laborar y dar una atención de calidad mientras que el 20 % afirman que no existe un buen ambiente laboral en la institución. Es importante resaltar que para brindar una atención de calidad se necesita la colaboración interdisciplinaria de todos los miembros del equipo de salud, esto es fundamental para avanzar en una atención centrada en el paciente y en la seguridad del mismo.

4.3.7 Comunicación de la información

Gráfico 29 Comunicación de la información



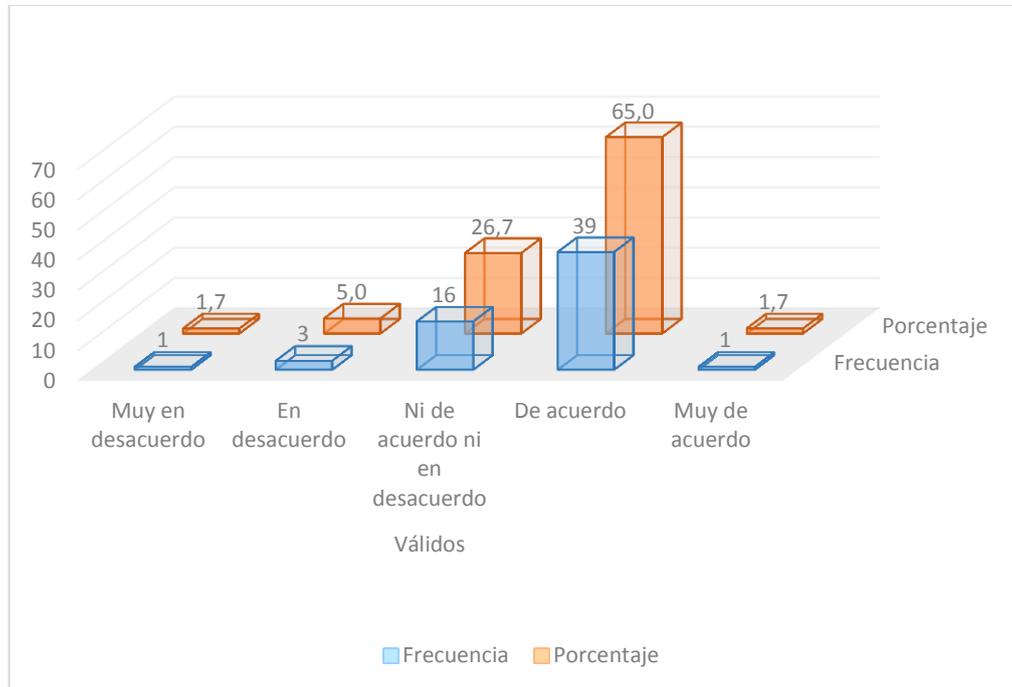
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: los resultados obtenidos sobre la comunicación de información interinstitucional son poco satisfactorios un 58.3% no es una cifra que represente mayoría, por lo que da a entender que la comunicación en esta institución es ineficaz, siendo un problema grave en el sistema de salud, muchos autores manifiestan que la comunicación de información es un pilar importante en la seguridad del paciente, que permite actuar de manera más idónea encaminados a satisfacer las necesidades del usuario.

4.3.8 Medidas para la seguridad del paciente

Gráfico 30 Medidas para la seguridad del paciente



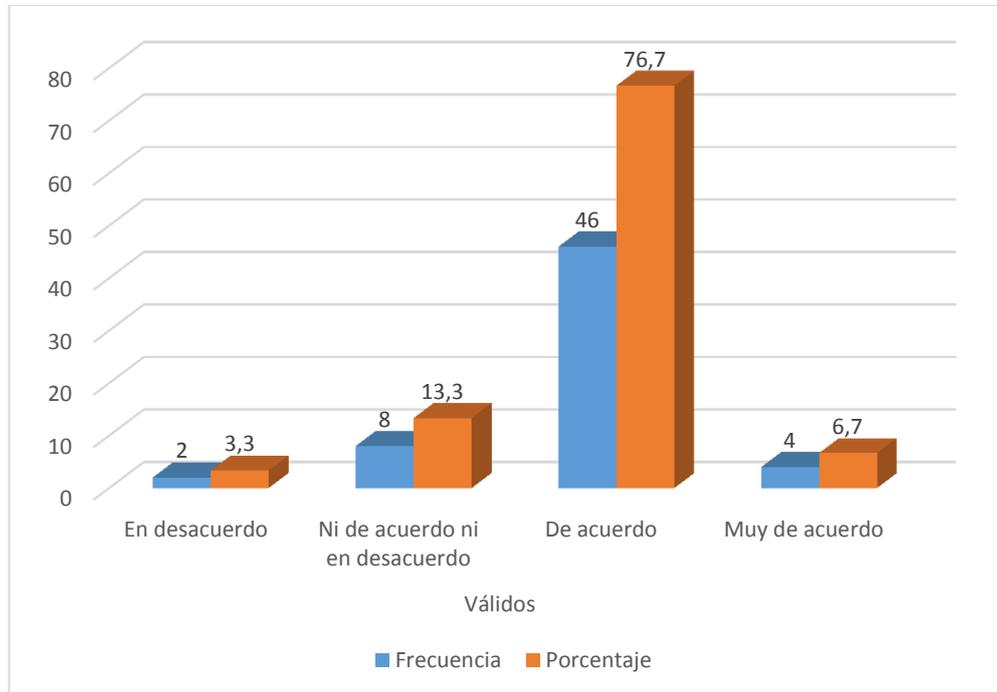
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos obtenidos acerca de qué medidas toma la dirección de esta institución frente a la seguridad del paciente un 66.7% muestran que es altamente prioritaria, ya que se comunica la importancia de políticas y estrategias de seguridad que ayuden a la seguridad del paciente frente a un 33.4 % que emitieron un criterio negativo para esta pregunta. Aunque aún hay poca experiencia empírica en los servicios de salud sobre este tema, la evidencia que se desprende de esta investigación, señalan que existe preocupación y la necesidad de implementar capacitaciones acerca del esta temática.

4.3.9 Política institucional y seguridad del paciente

Gráfico 31 Política institucional y seguridad del paciente



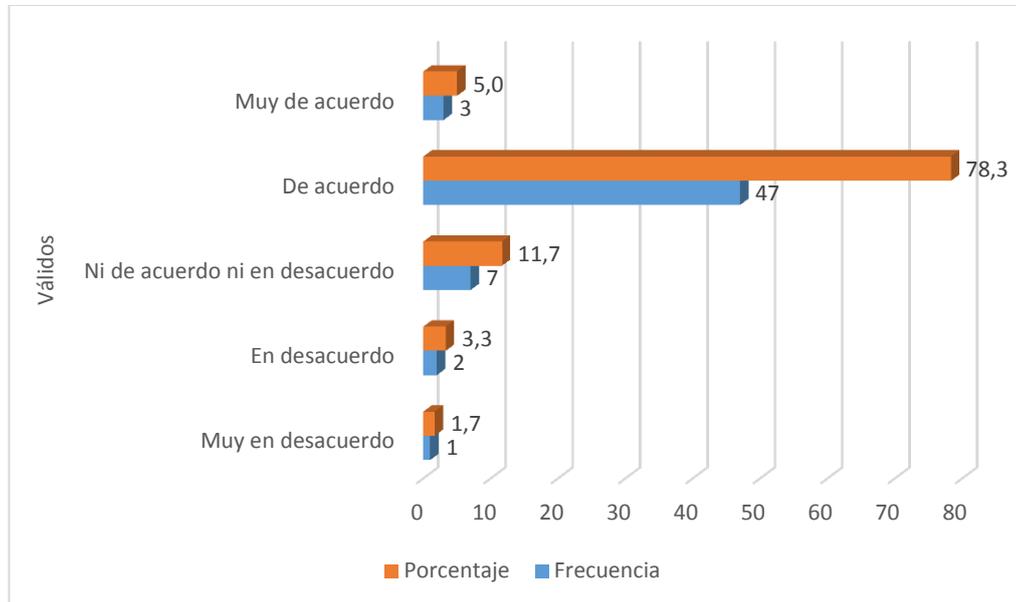
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Los datos obtenidos permiten evidenciar la importancia de evitar un error en la institución, frente a esta problemática el personal de enfermería frecuentemente se encuentra socializando errores que se comenten en los diferentes servicios, lo cual ha permitido ir mejorando, esto se puede evidenciar ya que el 83,4 % del personal lo manifestó, y solo el 16,6 % emite su negativa argumentando que existe poco conocimiento sobre este tema. Para el Gobierno Nacional del Ecuador y el MSP como Autoridad Sanitaria, menciona que el cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo del país y el logro del Buen Vivir.

4.3.10 Cambios de turno del personal

Gráfico 32 Cambios de turno del personal



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

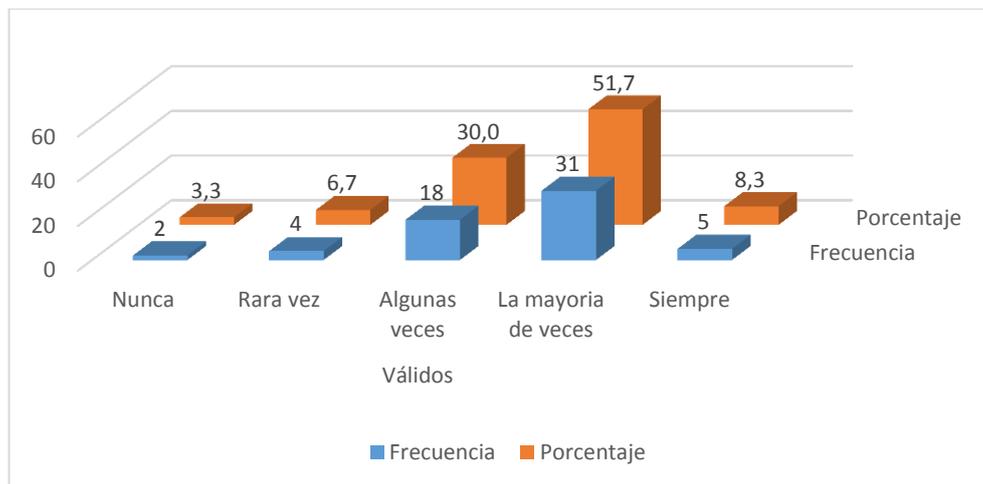
Elaborado por: Investigadores

Análisis y Discusión: El 83.3% manifiesta que los cambios de turno no afectan el estado o recuperación del paciente, cuando la información dada por el personal de enfermería es adecuada y el 16.7 % de los encuestados emitió lo contrario. Podemos afirmar que el traspaso de información del paciente en la recepción y entrega del turno, tiene un impacto directo en la continuidad de atención, lo cual permite orientar el cuidado de enfermería, considerando el estado general del paciente, optimizando los tiempos y recursos disponibles en relación a las necesidades del mismo.

4.4 Sección D/ Comunicación

4.4.1 Retroalimentación para el cambio

Gráfico 33 Retroalimentación para el cambio



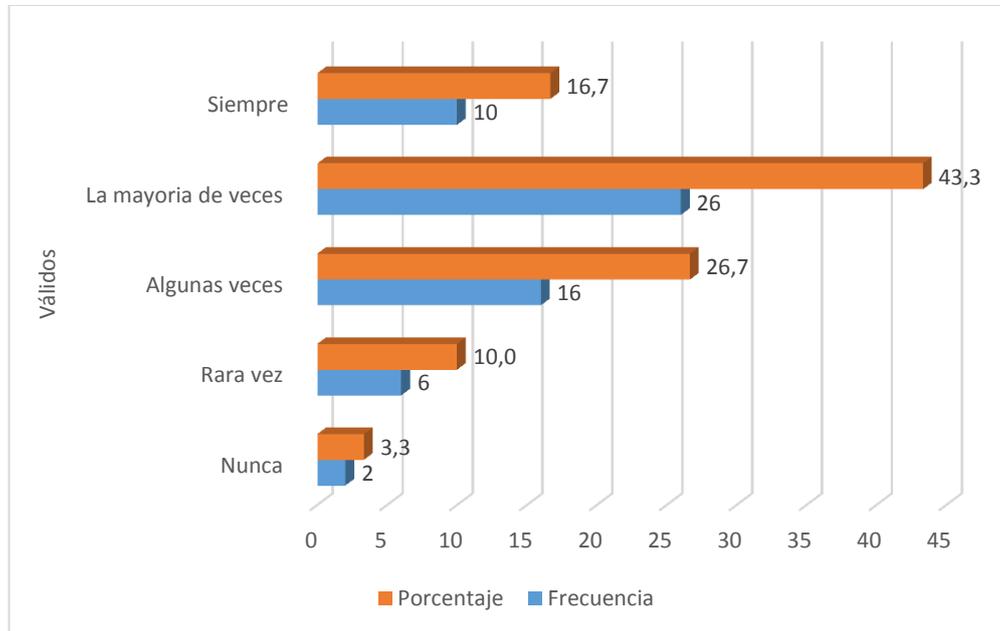
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Correspondiente a la unidad de gestión clínica que informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos adversos el 60% reveló que los cambios que se realizan en la institución son socializados para mejorar la atención de salud, mientras que el 40% no está de acuerdo. Es importante profundizar la Revolución en Salud, mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos: La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

4.4.2 Aceptación de opinión del personal

Gráfico 34 Aceptación de opinión del personal



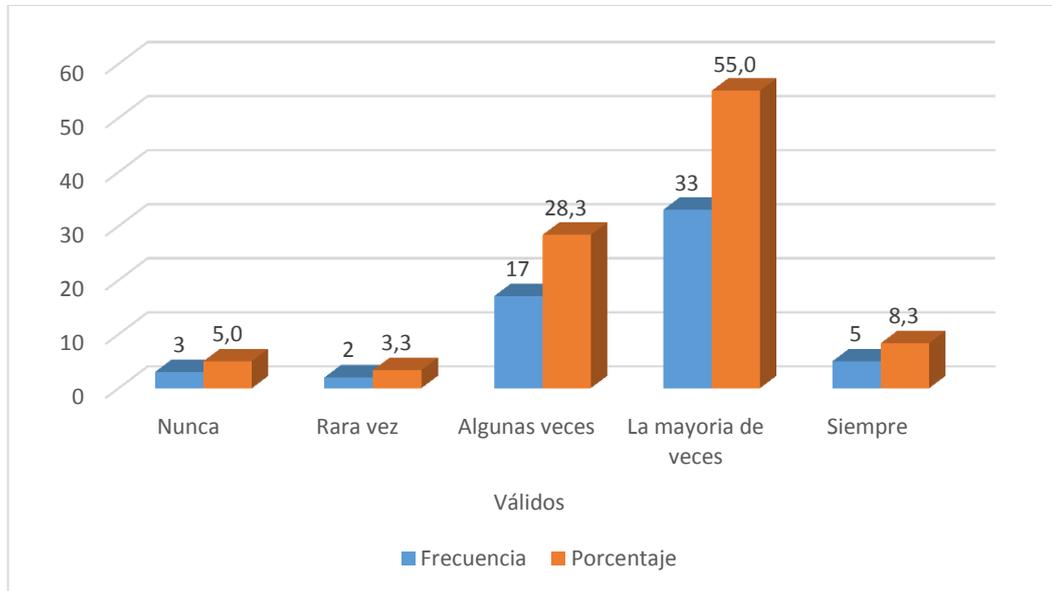
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Se analiza que el 60% del personal de enfermería tiene libertad para expresar sus inquietudes, ante su superior, motivado por cambio y enfocado a mejorar la calidad de atención, demostrando que existe una comunicación por parte del personal de enfermería que brinda cuidado directo al paciente, pero que en ocasiones no son aceptadas las sugerencias ya que el 40% que es una cifra muy significativa así lo emitió. Mediante la generación de nuevo conocimiento y el desarrollo y el ensayo de nuevos enfoques de atención, las organizaciones no sólo consiguen la eficacia clínica, sino que también sientan las bases para la práctica basada en la evidencia y una atención de alta calidad.

4.4.3 Notificación de errores

Gráfico 35 Notificación de errores



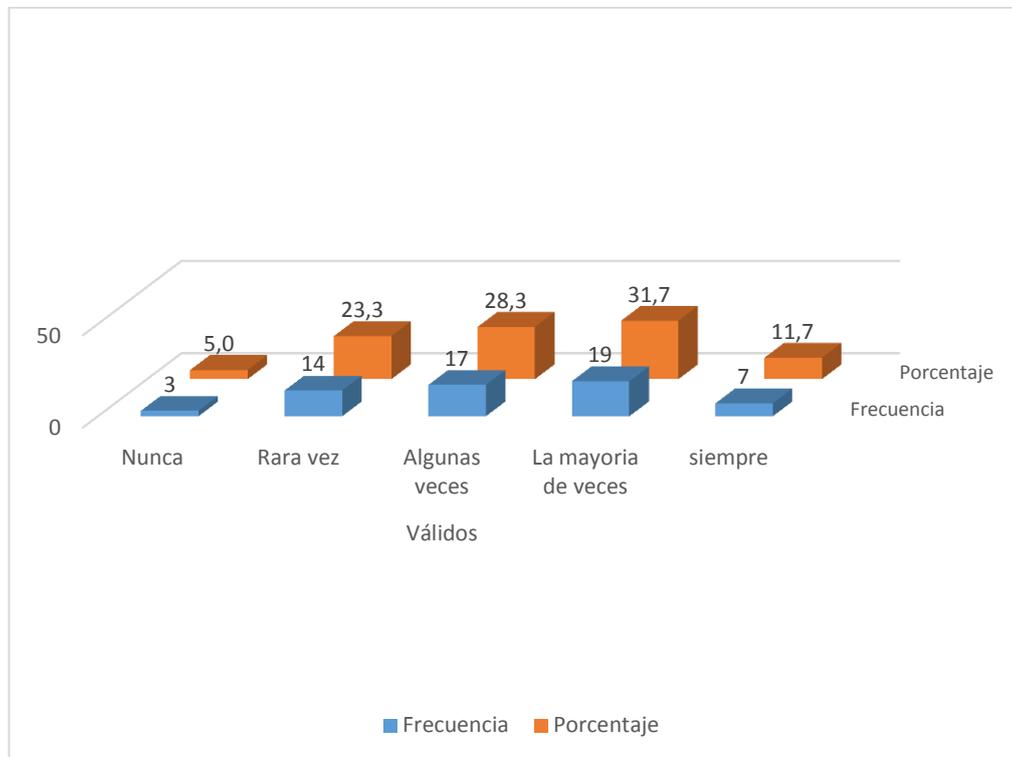
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis Discusión: Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir nos ayuda a tener una actitud positiva para aprender de ellos, siendo esta una fortaleza que debe ser aprovechada, en el Hospital Delfina Torres de Concha el 63.3% del personal encuestado afirmaron que si se realiza la notificación al líder del servicio ,de los eventos adversos presentados, pero que no existe una guía o un registro por lo que el 36.6% no lo manifiesta ,es pues necesario consolidar una cultura institucional educativa y no punitiva que parta del informe y análisis de los errores y eventos adverso ,en la que se reconozco que los errores siempre van a existir por que hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos

4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

Gráfico 36 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones



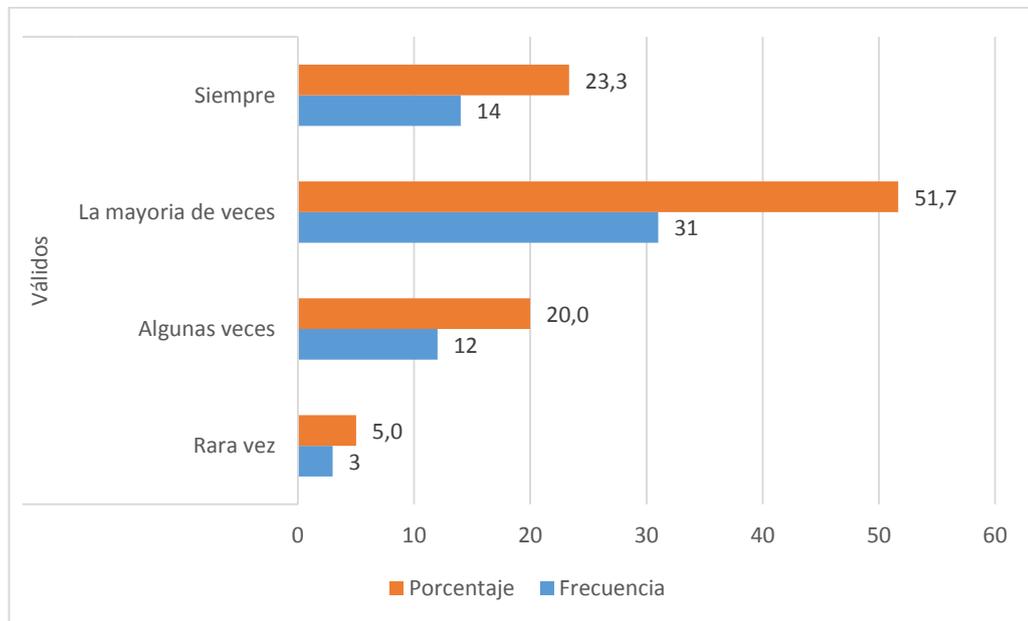
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En el estudio de estrategias y decisiones para el mejoramiento del servicio llama la atención que el 95% afirmaron que, si participan en el análisis y toma de decisiones en la institución aportando así al cambio y al mejoramiento continua de la seguridad del paciente frente a un 5% que manifiesta que nunca le ha interesado los cambios de mejora en la misma. Al apoyar al cambio se está creando la base de conocimientos necesaria para desarrollar una práctica basada en la evidencia y mejorar la calidad de atención.

4.4.5 Análisis de toma de decisiones

Gráfico 37 Análisis de toma de decisiones



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

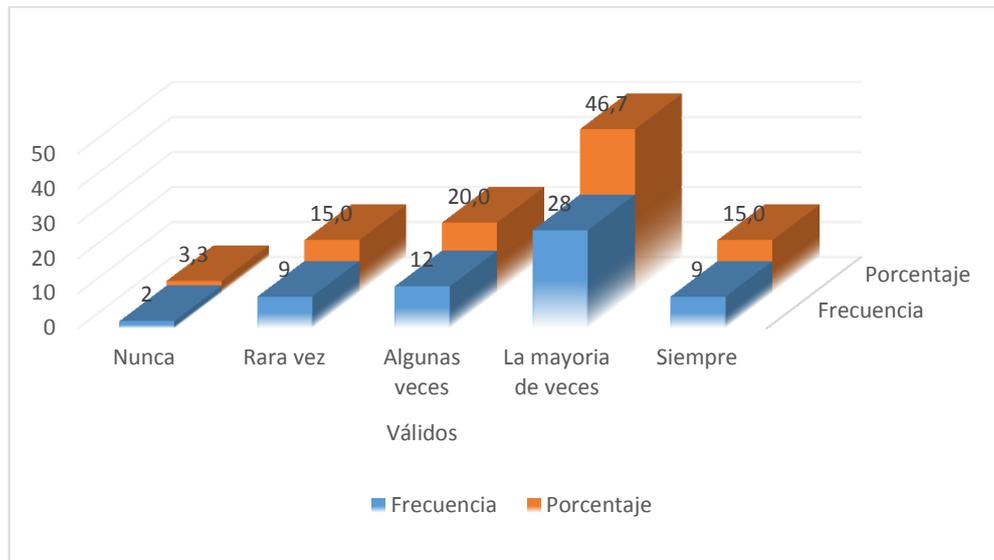
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : Los datos correspondiente a la forma de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer, el personal de enfermería tiene en cuenta que un error y su frecuencia de ocurrencia puede ser un factor que perjudique el estado y la vida del paciente pero recalcan que no existe una guía que permita el análisis y la toma de decisiones para que estos no se vuelvan a comentar por lo que 75 % de trabajadores corroboran a este estudio mientras que el 25 % hace caso omiso a esta problemática ,entorpeciendo el avance de una mejor calidad de atención de salud.

4.5 Sección E/ Frecuencia de eventos adversos/ Errores reportados

4.5.1 Reporte de errores

Gráfico 38 Reporte de errores



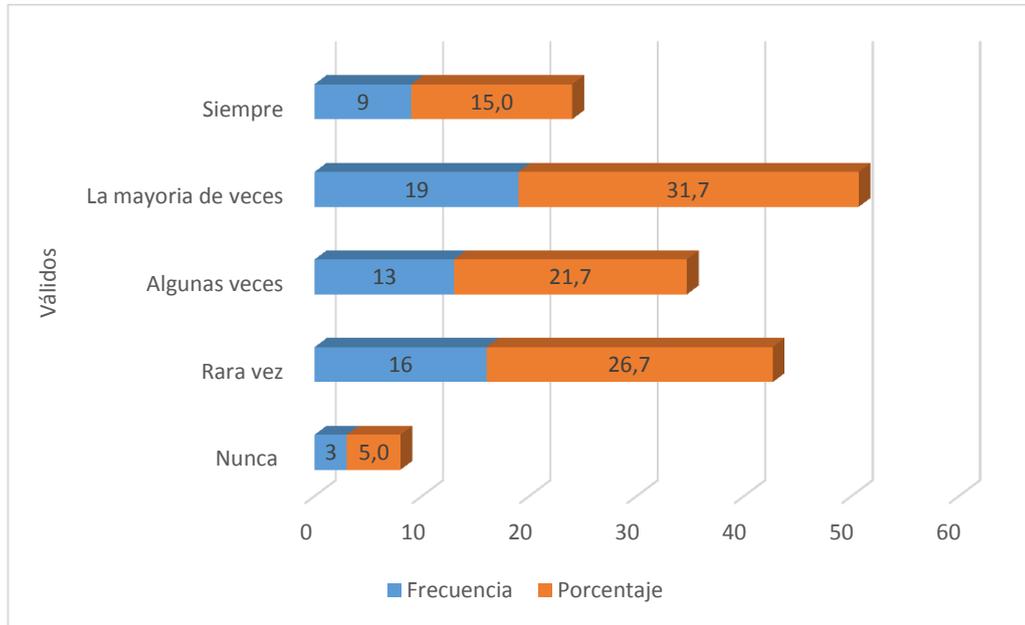
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadores

Análisis Discusión: La frecuencia de reportes cuándo se comete un error y es corregido antes de afectar al paciente, el personal de enfermería informa que no hay una cultura de reporte que se aplique ya que este tipo de errores no son causados solo por el personal enfermería, sino por todo el equipo de salud el 61.7% así lo asegura, frente a un 38.3% que desconoce sobre esta temática. En otro estudio se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones punitivas en su contra (Nieva VF, 2013).

4.5.2 Reporte de error sin daño al paciente

Gráfico 39 Reporte de error sin daño al paciente



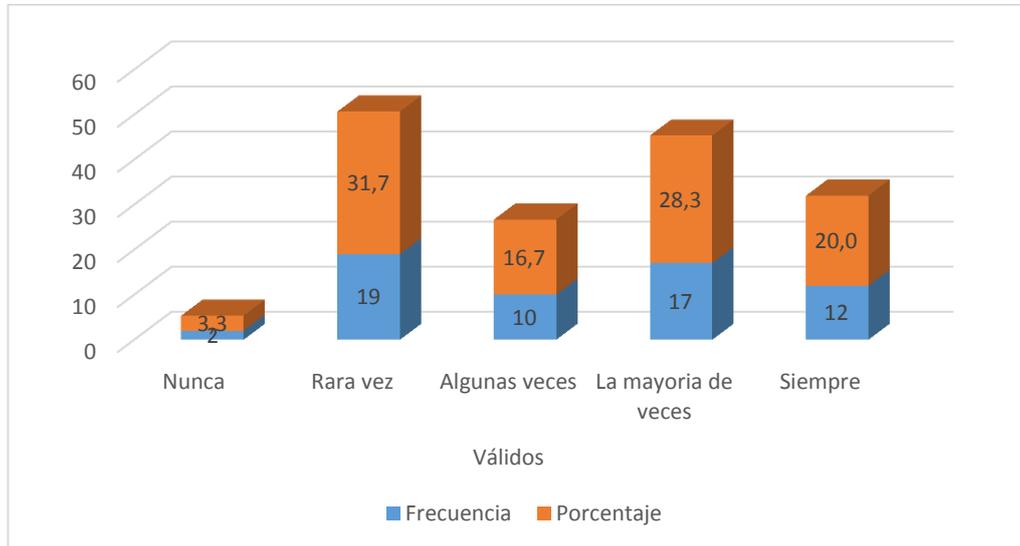
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : En relación al reporte de errores sin daño al paciente, el 5% del personal de enfermería, considero que no existe reporte de errores ya que no preexiste un registro único y adaptado para este tipo de casos mientras el 95 % del personal que labora refirió que si se reporta a pesar de que no exista un registro ,que aporte para el cambio, y creación de una cultura de seguridad del paciente esto se logró evidenciar no solo en nuestro país, ya que la bibliografía encontrada de muestra que en otros países se encuentra en la misma situación .

4.5.3 Reporte de errores sin daño potencial al paciente

Gráfico 40 Reporte de errores sin daño potencial al paciente



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

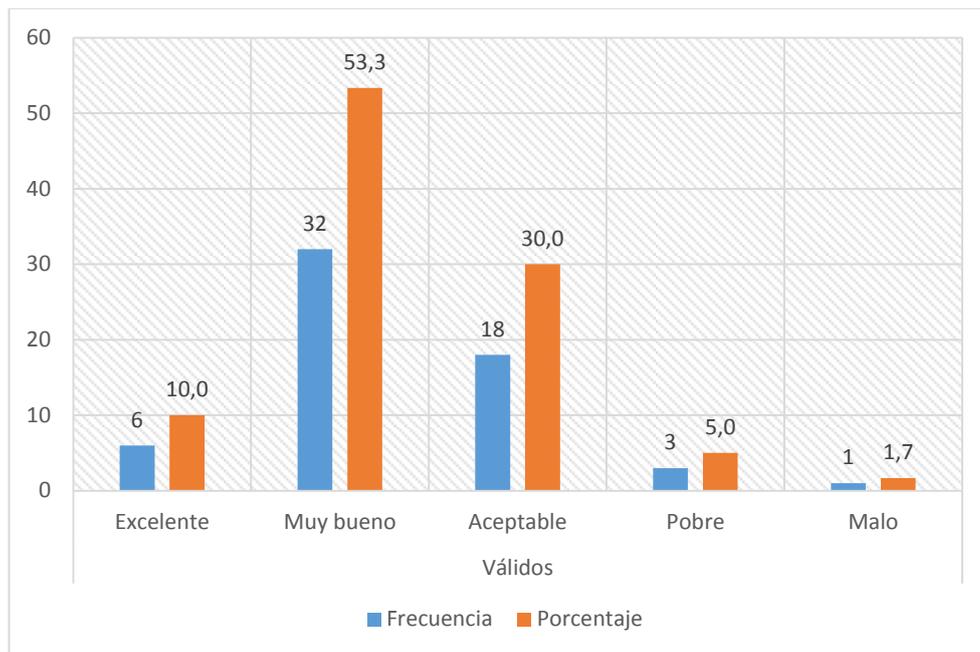
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : Los datos obtenidos reflejan el daño potencial que puede o no ser producido luego de cometerse un error en un paciente y la frecuencia con que es reportado este tipo de caso, el personal de enfermería reveló la importancia de la vigilancia de errores, la que puede ser de menor o alto impacto para el paciente ayudando a prevenir un error, el 96.7 % está de acuerdo y el 3.3 % de los casos no son tomados de la misma forma es decir, no se reporta errores sin daño potencial ya que se cree que están controlados y no hay riesgo para el paciente.

4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente

4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente

Gráfico 41 Valoración del grado de seguridad del paciente



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

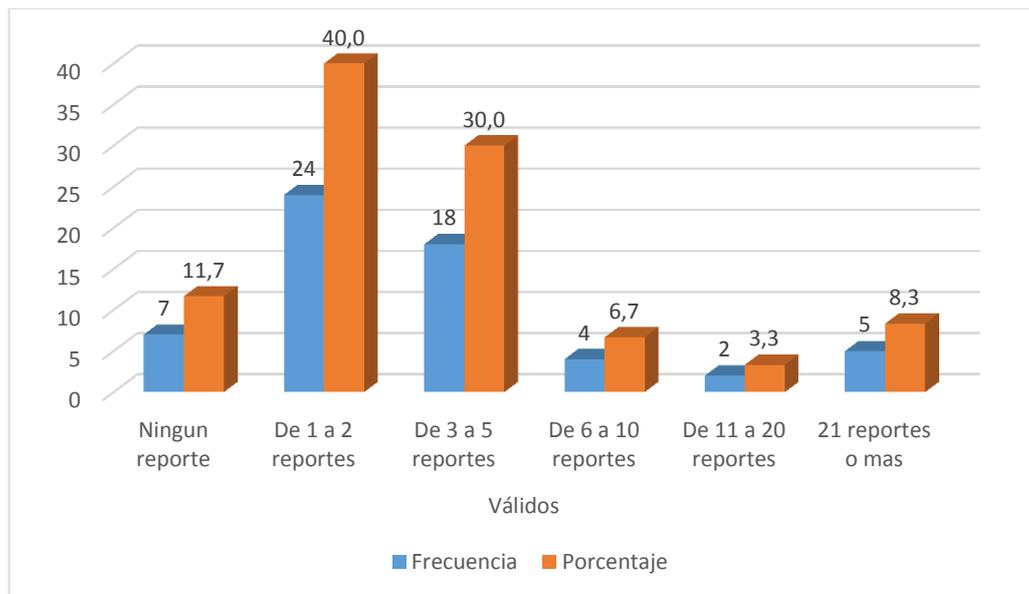
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : Referente a la valoración por parte del personal de enfermería a su unidad respecto al grado de seguridad del paciente, se encontró que en el Hospital Delfina Torres De Concha , el 93.3% el personal de enfermería aseveraron que el grado de seguridad de sus servicios es muy bueno , y revela la importancia para estructurar barreras, y políticas encaminadas a mejorar la cultura de seguridad, y un 6.7% tiene total desconocimiento y poca importancia sobre seguridad del paciente.

4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados

4.7.1 Eventos adversos reportados

Gráfico 42 Eventos adversos reportados



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

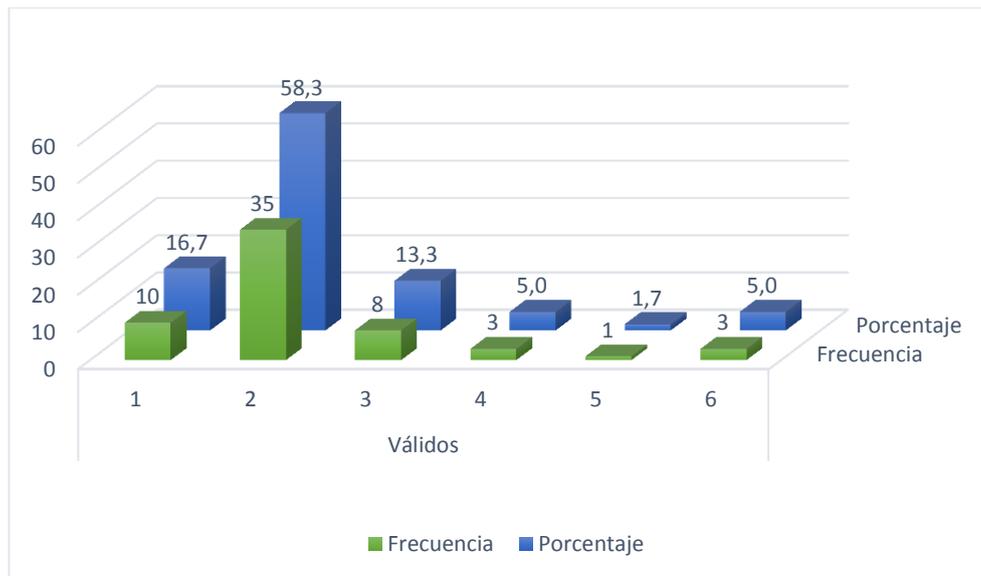
Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: Concerniente al número de eventos reportados en el año pasado, nos llama mucho la atención ya que el 88,3% afirmaron que si se han reportado eventos adversos pero se desconoce la cantidad de estos, debido a que no existe un registro ,y un 11,7% afirman no haber reportado ningún evento adverso, Para avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos de sistema desde dos aspectos distintos. En primer lugar desde el punto de vista político, desarrollando estrategias que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de eventos Adversos.

4.8 Sección H: Antecedentes

4.8.1 Experiencia laboral

Gráfico 43 Experiencia laboral



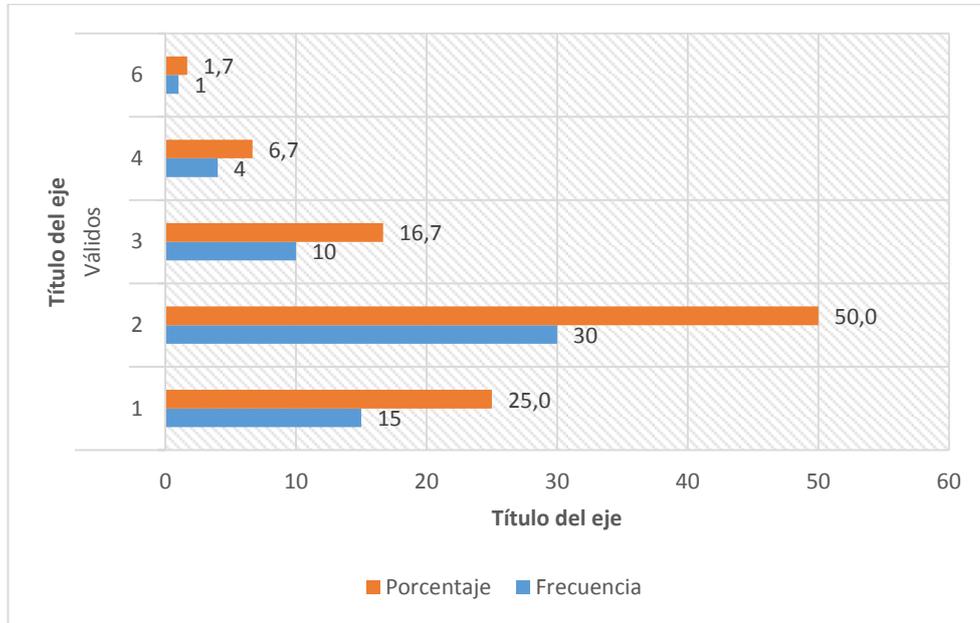
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: La experiencia laboral de los profesionales de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, se los clasifico de la siguiente forma: el 58,3% trabajando un periodo de 1-5 años en la institución, 16,7% menos de un año, el 13,3% de 6- 10 años, el 1,7% de 16 a 20 años y finalmente un 5% de 21 años y más, es importante recalcar que la mayoría de profesionales tienen trabajando en la institución de 1-5 años.

4.8.2 Desempeño laboral vigente

Gráfico 44 Desempeño laboral vigente



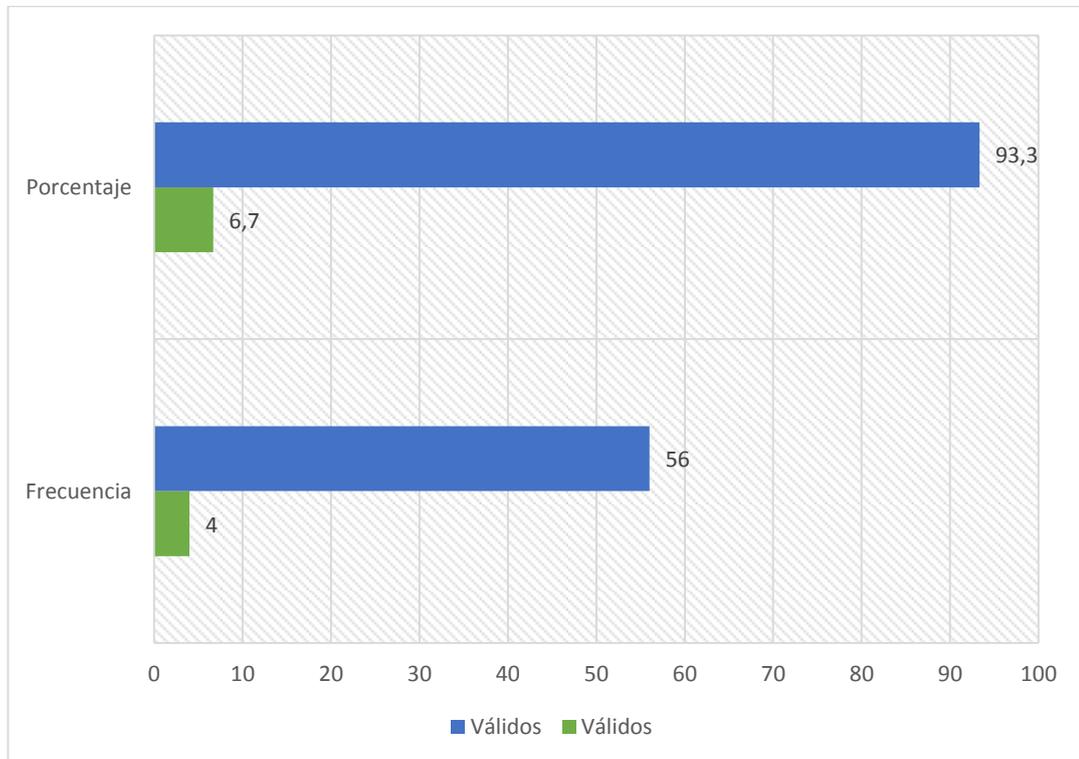
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El desempeño laboral vigente en la actual unidad de trabajo la mayoría de los encuestados respondieron que se encuentran laborando menos de 1 año en un porcentaje del 50% seguido de 1 a 5 años un 25%, de 6 a 10 años con 16,7%, de 11 a 15 años con 6,7%, y en un porcentaje menor 1,7 % de 21 años y más.

4.8.3 Desempeño laboral vigente

Gráfico 45 Desempeño laboral vigente



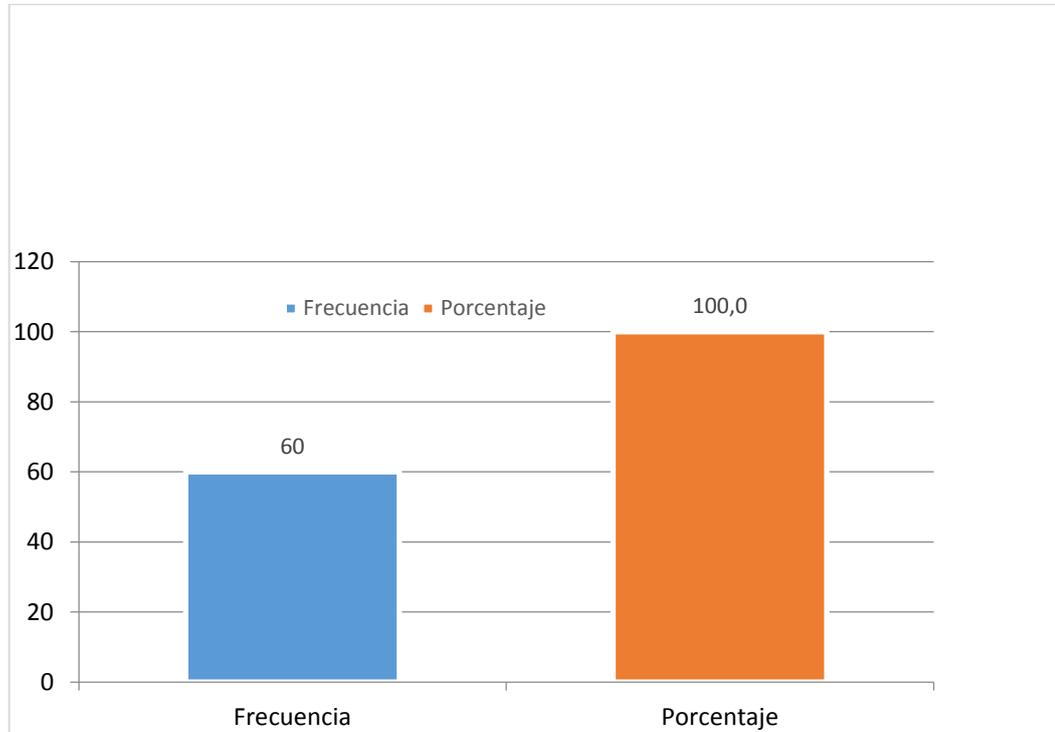
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: El 93,3% manifiesta que trabajan de 40-59 horas a la semana y el 6,7% respondieron 20-39 horas debido a que son madres en periodo de lactancia, es importante recalcar que según los datos obtenidos se cumplen a cabalidad los horarios de 40 horas a la semana las cuales están encaminadas a brindar un cuidado de calidad y calidez a la paciente.

4.8.4 Desempeño laboral

Gráfico 46 Desempeño laboral vigente



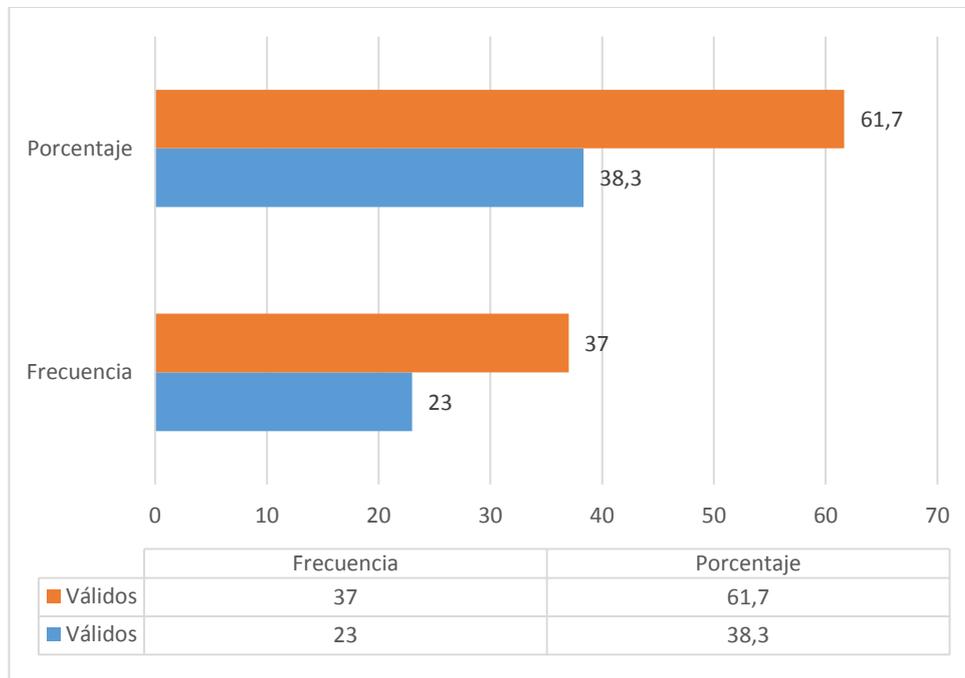
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: 100% de los encuestados son enfermeras de la institución cumpliendo los criterios de inclusión planteados por la investigación.

4.8.5 Contratación laboral

Gráfico 47 Contratación laboral



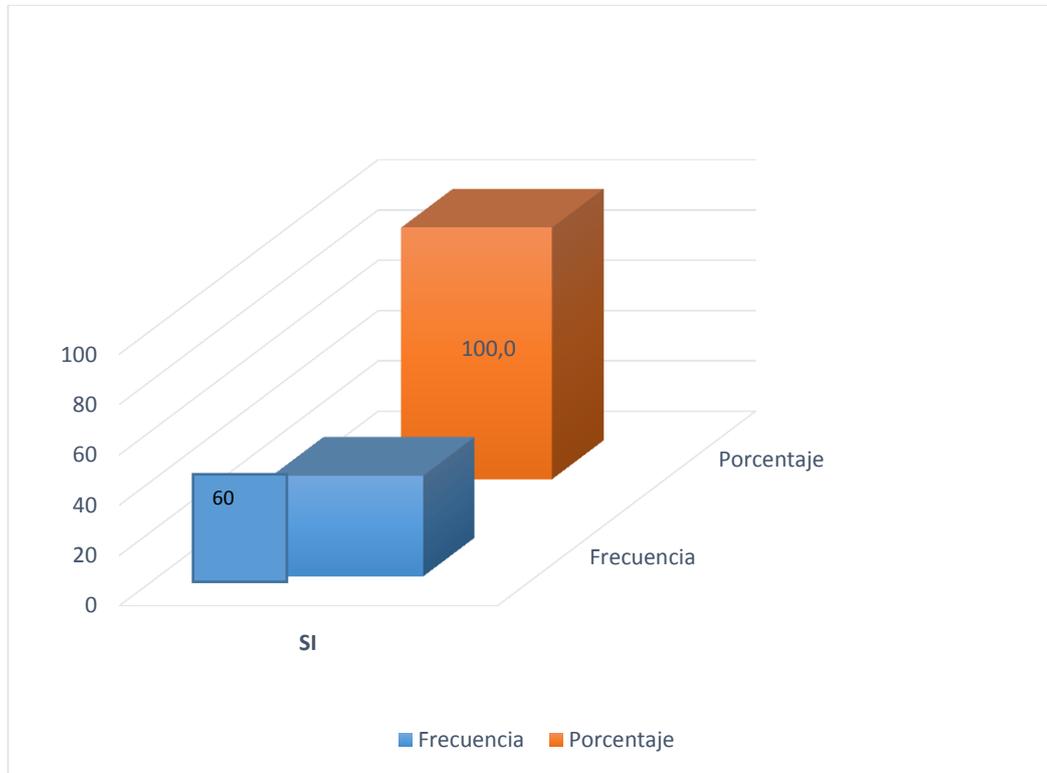
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: investigadoras

Análisis y Discusión: Se pudo observar que el 61,7% del personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha tiene un contrato ocasional a diferencia de 38.3% que manifiesta tener contrato de planta, El contrato laboral sirve básicamente, como toda forma de contrato, para establecer tanto los derechos como las obligaciones de las partes que toman lugar en su firmado. Así, el contrato sirve como prueba de que el trabajo es legal y que además cualquiera de las dos partes puede exigir el correcto cumplimiento del mismo si por alguna circunstancia esto no sucede. Logrando identificar que una gran mayoría de los profesionales de salud hoy en día no tienen un estabilidad laboral por lo que se encuentra en constante riesgo de desempleo y más aún si no se desempeñan sus funciones correctamente.

4.8.6 Relación del cuidado

Gráfico 47 Relación del cuidado



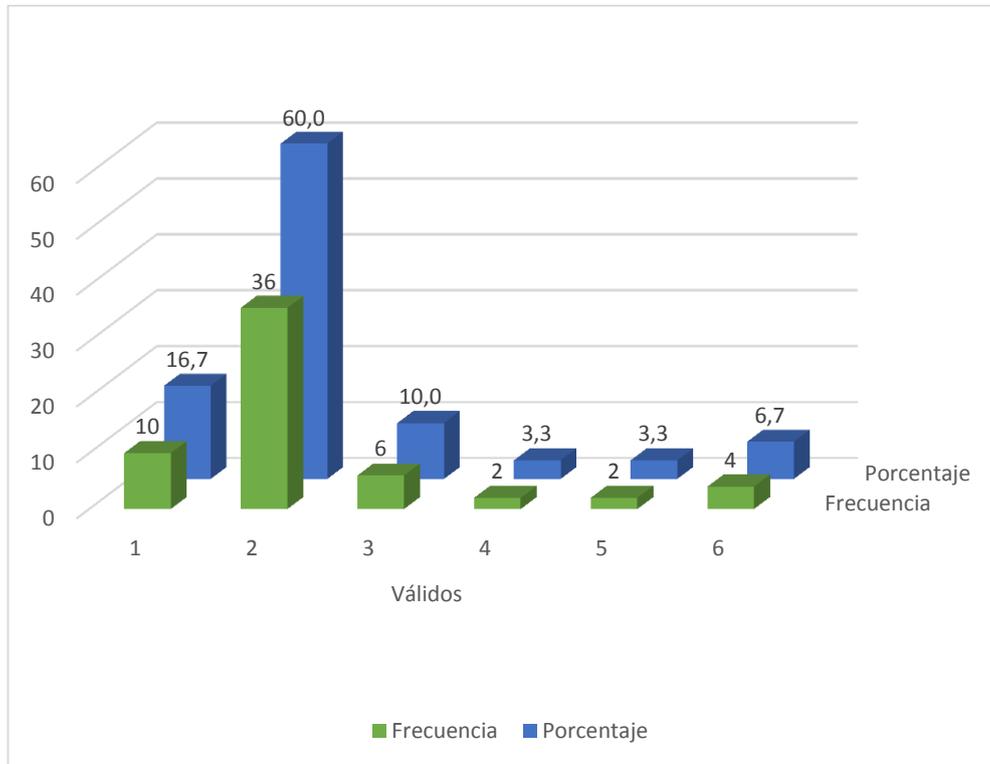
Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión: En relación a la prestación de cuidado directo a los pacientes el 100% realiza actividades asistenciales relacionadas con el cuidado directo al paciente con el fin de aportar al mejoramiento de la salud.

4.8.7 Experiencia profesional

Gráfico 48 Experiencia profesional



Fuente: Encuesta aplicada en el Hospital Delfina Torres de Concha

Elaborado por: Investigadoras

Análisis y Discusión : Referente a la experiencia profesional, del personal de enfermería que laboran en el Hospital Delfina Torres de Concha, el 60% ejercen su profesión en un rango de 1-5 años, frente a un 40% que llevan un mayor tiempo ejerciendo esta función para el mejoramiento de salud de los pacientes.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA “CURSO VIRTUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

The screenshot displays a virtual course interface. At the top, a dark blue banner features the text "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE" in a stylized, multi-colored font on the left. On the right side of the banner, the phone number "0993307083" and the email address "Email: office@office.eu" are listed in white text. Below the banner is a large image showing a group of healthcare professionals in white uniforms posing in front of a building with a sign that reads "FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD". The image is presented as a slide in a carousel, with four small circular navigation dots at the bottom center. Below the image is a navigation menu on the left side, titled "Menú Principal" in a blue box. The menu items are "INICIO", "AULA VIRTUAL", and "MATERIALES AULA", each preceded by a right-pointing arrow. To the right of the menu, the text "Usted está aquí: Inicio" is displayed, followed by a blue square icon and the word "INICIO" in bold blue letters.

Índice

5. Propuesta

5.1 Introducción

5.2 Justificación

5.3 Objetivos

5.3.1 Objetivos General

5.3.2 Objetivos Específicos

5.4 Metodología

5.5 Módulos de estudio

Módulo 1

- Breve historia
- Seguridad del paciente
- Cultura de seguridad del paciente
- Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

Módulo II

- Que es un evento adverso
- Tipos de eventos adversos
- Cultura del reporte de eventos adversos

Módulo III

- Factores que influyen en la cultura de seguridad del Pte.
- Alcances de la cultura de seguridad del paciente
- Clima de cultura de seguridad del paciente.

Módulo IV

- Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- Política institucional de seguridad del paciente
- Trabajo en equipo

- Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

Módulo V

- Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad.
- La enfermera líder de conocer sobre.
- Calidad de atención por el personal de enfermería
- Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente

5.6 Cuestionario

CURSO VIRTUAL SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Introducción

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. (Barberos García M, 2008).

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención sanitaria, lograr una cultura de seguridad requiere una comprensión de valores, creencias y normas sobre lo que es importante en una organización.

Mejorarla requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano, todas estas medidas se han evidenciado como faltantes en el sistema de salud en los países en proceso de desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

A pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de

un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud ,situación que pone entre dicho la efectividad en la implementación de las diferentes normas, que se han promulgado para abordar dichos temas.

La Universidad Técnica del Norte en su calidad de Institución de Educación superior, como un referente del norte del país, contribuye permanentemente con el progreso de la población en temas relacionados específicamente con educación, investigación y salud en lo que le compete a la Facultad Ciencias de la Salud y la carrera de enfermería; aportando en esta oportunidad con un plan de intervención con el tema “Curso Virtual de Seguridad del Paciente “con el que pretendemos, fortalecer destrezas, actitudes y competencias relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

5.2 Justificación

La seguridad del paciente desde la perspectiva de la atención de salud supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud. Incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de enfermería seguros, así como de ajuste del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal (Cometto, PF, GT, RA, SH, & C, 2011)

Nuestro país no es ajeno a la problemática de la seguridad del paciente, por lo que el principal alcance de esta investigación es poner a disposición de los actores del sistema de salud, información pertinente acerca de las condiciones de seguridad de los pacientes en la prestación de servicios de salud, con base a una revisión bibliográfica de lo que se ha avanzado frente al tema en Estados Unidos, Chile, España y Colombia. Adicionalmente se diseñó un plan de intervención

“Curso Virtual de Seguridad del Paciente “en el Hospital Delfina Torres de Concha que permita a la institución de salud, estimar las condiciones de seguridad que debe tener un paciente a la hora de solicitar servicios de salud.

Este curso virtual es una herramienta integradora o de apoyo en los procesos de enseñanza/aprendizaje tiene como mira, Desarrollar y fortalecer destrezas, actitudes y competencias relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, con el propósito de mejorar los conocimientos sobre el tema, aportando con una estrategia de cambio e innovación para una atención segura.

5.3 Objetivos:

5.3.1 Objetivos General

Desarrollar y fortalecer destrezas, actitudes y competencias relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, con el propósito de mejorar los conocimientos y la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos mediante la aplicación de este curso virtual.

5.3.2 Objetivos Específicos

- Empoderar el conocimiento en el personal de enfermería del Hospital Delfina de Concha, sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente para que la atención brindada sea de calidad.

- Implementar en el Hospital Delfina Torres de Concha el Curso Virtual de “Seguridad del Paciente” en los planes de educación continua, dirigidos al personal de enfermería para mejorar la calidad de atención.
- Aportar con el Hospital Delfina Torres de Concha, en la seguridad del paciente con la implantación del curso Virtual en beneficio del cliente externo e interno.

5.4 Metodología

Se trata de un curso tutorizado, basado en la cultura de seguridad del paciente, que es un tema en constante evolución. Además se basará en los cuidados de salud mediante su aplicación a problemas muy concretos y prácticos. Por otra parte la alternancia entre teoría y práctica permitirá que las enfermeras/os apliquen a su realidad las diferentes herramientas propuestas durante el curso. Para facilitar la comprensión entre profesionales, los contenidos se ilustrarán con ejemplos de investigaciones que han sido realizadas en otros países y ante situaciones de salud similares a nuestro país.

Los módulos están dirigidos a todo el personal de la institución a nivel asistencial, docente y administrativo que intervienen de forma directa en la gestión de atención del paciente dentro de la institución. Para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas, utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas que son fundamentales en cualquier práctica, también se presentan allí los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental seguir las instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

El presente curso consta de 5 Módulos en cuales se encuentra material bibliográfico referente a seguridad del paciente, además al final de cada módulo se ha realizado un banco de preguntas de opción múltiple, completar, subrayar, y

verdadero y Falso las cuales son evaluadas sobre 10 puntos, al término de esta evaluación el sistema emitirá un certificado por cada módulo con la calificación respectiva, evaluada sobre 10 puntos.

- Puntuación menor de 7 Déficit de Conocimientos
- Puntuación mayor a 7 Conocimientos Adecuados

5.5 Módulos de estudio

Módulo 1

- Breve historia
- Seguridad del paciente
- Cultura de seguridad del paciente
- Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

Bases teóricas

Dentro de los estudios efectuados tenemos los realizados en Estados Unidos, como también los publicados en Europa, estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego, y, con otra, en UCI de hospitales del Reino Unido. Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea. En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla.

Seguridad del paciente

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

La seguridad del paciente es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos, como es previsible, aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un efecto adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

Muchos de estos efectos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales, pero existen otros que podrían evitarse, por ejemplo reflexionando sobre cómo se aplican determinados procedimientos (sondajes, administración de fármacos, etc.). Esta es la razón de que se promuevan programas orientados a incrementar la seguridad clínica de los pacientes.

Cultura de seguridad del paciente

Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente que se pudiera originar como resultado del proceso de atención en salud.

“La cultura de seguridad de una institución se define; por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas”. Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

- Liderazgo “responsables asistenciales”
- Compromiso
- Incorporar la seguridad en el “día a día”
- Seguimiento constante
- Revisión sistemática del tema
- Verificación y seguimiento a las acciones de seguridad
- Observar el sistema, examinar dónde hay fallas y actuar

Módulo II

- Que es un evento adverso
- Tipos de eventos adversos
- Cultura del reporte de eventos adversos

¿Qué es un evento adverso?

Se define al evento adverso como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención o el cuidado que se está brindando, que con la

enfermedad de base que tiene el paciente, estos son más atribuibles a que puedan conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos de no calidad.

Es un acto que genera daño, después de que éste ingrese a una institución de salud, los mismos que en un 60% de los casos son prevenibles y evitables, el término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunden muy fácilmente con el de complicación. Por esto es importante, hacer notar que al hablar de error se hace referencia al resultado y que una complicación no siempre es un evento adverso por lo que debemos diferenciar uno del otro.

Los eventos adversos constituyen uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento afectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario.

Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

- Evento adverso prevenible: el cual se define como el resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Cultura del reporte de eventos adversos

La cultura del reporte de eventos adversos, es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, pero sobretodo en la ética profesional que la persona tiene, y que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

A través del proceso administrativo se puede desarrollar proyectos sociales de salud y planes de mejoramiento sobre como reportar los eventos adversos e incidentes adversos. La razón más grande que tiene el personal al no reportar un evento adverso es el llamado de atención, el reporte en su hoja de vida, la desconfianza con los mismos colegas de la institución, entre otras cosas.

Más allá de identificar culpables y acusar indiscriminadamente la finalidad del reporte del evento adverso es la identificación de estas, mas no la culpabilidad de la persona o la organización, además de convertir el reporte de los eventos un hábito dentro de la unidad, una parte integral de la rutina diaria tanto de médicos como del personal asistencial, evitando que el personal sienta que es una carga adicional, injustificada e inservible. El primer paso para que este reporte se haga un hábito es generar un cambio cultural de la organización, enfocando las acciones a garantizar que todas las personas la confidencialidad y no el riesgo.

Módulo III

- Factores que influyen en la cultura de seguridad del Pte.
- Alcances de la cultura de seguridad del paciente
- Clima de cultura de seguridad del paciente.

Factores que influyen en la seguridad del paciente

- Factores de paciente: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.
- Factores individuales: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.
- Factores de tarea: Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.
- Factores sociales y de equipo: Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.
- Factores de formación y entrenamiento: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.
- Factores de equipamiento y recursos: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el

personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error.

- Condiciones de trabajo: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ejemplo: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente.
- Factores organizativos y estratégicos: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes, debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación. (Recio, 2005)

Alcances de la cultura de seguridad del paciente.

- Reúne a la gente como miembros de un equipo y da pautas de comportamiento en situaciones normales e inusuales.
- Influye los valores, creencias y comportamientos que miembros de distintos grupos sociales comparten entre sí.
- Reconoce que la actividad en la cual se desenvuelve puede estar propensa a errores y accidentes
- Estimula el análisis de errores y equivocaciones sin centrarlo en el individuo que lo cometió.
- Promueve la colaboración en los diferentes niveles jerárquicos

- Destina recursos a la seguridad.

Clima de seguridad para el paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “la salud ambiental está relacionada con todos, los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. El clima de seguridad para el paciente engloba factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

Los factores ambientales que repercuten en la seguridad del paciente se clasifican en:

- Factores ambientales externos: Es todo aquello que rodea la vivienda, trabajo o institución de salud.
- Factores ambientales internos: Es todo aquello que está dentro de la vivienda, trabajo o institución

Factores ambientales externos

- Humedad.
- Energía eléctrica.
- Agua.
- Aire.
- Desechos.
- Radiaciones.
- Infraestructuras.
- Polvo.

- Luz solar.

Factores ambientales internos

- Infraestructura.
- Temperatura.
- Ventilación.
- Iluminación.
- Aire.
- Agua.
- Humedad.
- Ruido.
- Silencio.

Otros factores:

- Entre otros factores que pudieran afectar la seguridad al paciente es el síndrome de desgaste profesional en el equipo multidisciplinario o el llamado síndrome de burnout.
- Otras causas principales de que las medidas de seguridad del paciente no se implementen adecuadamente o no den resultado para un clima de seguridad son:
 - La renuencia al cambio por parte del personal
 - La falta de conocimientos de la seguridad del paciente
 - La falta de equipo de trabajo
 - La empatía
 - La prevención es uno de los elementos que garantiza la seguridad del medio ambiente hospitalario.
 - Desarrollar planes estratégicos que incluyan la revisión continua, con tareas preventivas y correctivas así como la actualización del inmueble.

- Monitoreo de los indicadores de seguridad.

El desarrollo de una cultura de prevención. (Ruiz, 2012)

Módulo IV

- Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- Política institucional de seguridad del paciente
- Trabajo en equipo
- Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud

Los principios orientadores de la política

- Enfoque de atención centrado en el usuario

Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- **Cultura de seguridad**

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

- **Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.**

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

- **Multicausalidad**

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

- **Validez**

Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible

- **Alianza con el paciente y su familia**

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

- **Alianza con el profesional de la salud**

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Política institucional de seguridad del paciente

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Lineamientos claros de cómo implementarla:

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo,
- Componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

Trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un método de trabajo colectivo «coordinado» en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma individual.

Principios

- Complementariedad
- Coordinación
- Comunicación
- Confianza
- Compromiso

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente. La primera causa de EA en la atención en salud lo constituyen las fallas en la comunicación entre las personas que atienden a un paciente.

La comunicación es el único medio que permite estrechar los lazos con la comunidad, es el recurso más importante dentro del trabajo de salud; comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla permitirá «comprender» lo que quieren decir los otros.

Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente:

La primera causa de EA en la atención en salud lo constituyen las fallas en la comunicación entre las personas que atienden a un paciente. La comunicación es el único medio que permite estrechar los lazos con la comunidad, es el recurso más importante dentro del trabajo de salud; comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla permitirá «comprender» lo que quieren decir los otros.

Módulo V

- Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad.
- La enfermera líder de conocer sobre.
- Calidad de atención por el personal de enfermería
- Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente.

Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad

A diferencia del médico, cuya función principal es uno de diagnóstico y tratamiento, el papel de la enfermera puede ser pensado en términos de cuidado, curación y tratar al paciente de forma íntima como él o ella pasa por el proceso de mejorar su salud. Esto hace necesariamente que la enfermera responsable de lo físico, mental, emocional y bienestar a veces espiritual del paciente. Para cumplir eficazmente su misión, sin embargo, la enfermera debe no sólo actuar como un administrador de atención, sino también como un líder en general bienestar. Esta es la filosofía de uno de los principales teóricos de enfermería, hermana Calista Roy. Según Roy, el papel de la enfermera es funcionar como un facilitador de la capacidad natural del propio paciente para adaptarse a lesiones y enfermedades. Este modelo dinámico de enfermeras en lo que es esencialmente una capacidad de liderazgo, trayendo sus conocimientos, conocimientos, técnicas y compasión para guiar al paciente hacia la buena salud.

La gestión del cuidado debe estar a cargo de un profesional enfermera/o, con formación y competencias técnicas y de gestión en el área de la gestión de los cuidados, además se le dan atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud.

La gestión del cuidado es intransferible ya que requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, jurídicos y científico-técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería, la gestión sólo será delegable a otra enfermera/o" (Categorización de servicios de enfermería, 2009).

La enfermera líder de conocer sobre:

- **Organización**

"La responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería" (R., 2004), debe "apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar en forma individualizada al paciente y su familia" (M., 2005), considerando siempre los "valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados"; debe ejercer un liderazgo, el que "debe ser comprensivo, generando un clima de trabajo favorable, participativo, fomentando el trabajo en equipo, haciendo partícipe a su personal en las decisiones" (Kerouac S, 2002).

- **Comunicación.**

La habilidad para comunicarse es el núcleo del liderazgo por lo tanto "la comunicación constituye un elemento fundamental en el proceso de ejercer el liderazgo en enfermería, ya que la forma en que se transmite el mensaje interferirá con el resultado deseado" (Balsanelli A, 2006). En este sentido, "la comunicación es la base de liderazgo, porque el liderazgo es una relación interpersonal en la que los líderes influyen en las personas a cambiar a través del proceso de comunicación.

- **Escuchar**

Más que explicar el proceso de comunicación, creemos importante abordar algunos elementos necesarios que deben estar presentes en la comunicación. Uno de ellos es la escucha activa, "escuchar activamente es poner todos los medios a nuestro alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además un afán de interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar"; escuchar es una de las mejores formas de obtener la mayor cantidad de información, además de demostrar el interés por el otro, es también interpretar lo escuchado, evaluarlo y responder a la información transmitida.

- **Toma de decisiones**

En este estudio se plantea que el profesional de enfermería, toma decisiones y resuelve problemas en todas las actividades de organización y coordinación de la atención de enfermería.

Otra de las capacidades que consideramos primordial al ejercer el rol de líder en la gestión de los cuidados en enfermería es la capacidad de tomar decisiones. Es así que para tomar una decisión se requiere percibir diversas opciones, significa decidir o elegir entre varias alternativas, aunque éstas sean las más elementales o primarias; sí o no, actúo o no actúo, dejo las cosas como están o hago un cambio. "La toma de decisiones es un proceso reflexivo e intelectual conformado por unas secuencias que pueden ser analizadas, perfeccionadas e integradas, con objeto de conseguir una mayor precisión y exactitud en la solución de los problemas y en el inicio de acciones", incluye identificar un problema, buscar soluciones y seleccionar la alternativa que mejor permita alcanzar el objetivo de quien toma la decisión (Potter P, Fundamentos de Enfermería 2002).

5.11.3 Calidad de atención por el personal de enfermería

En la calidad de servicios de una institución participan diferentes miembros del equipo de salud; sin embargo, los servicios de Enfermería, debido a su amplia e importante intervención, durante el proceso de cuidado integral a los pacientes, necesita conocer el proceso de gerencia de calidad, como un estímulo para el desarrollo de una atención al paciente, en forma eficiente, libre de riesgo, oportuna, segura, humana y sistemática, haciendo uso del control y mantenimiento de los recursos disponibles.

Se observa que no todas las enfermeras elaboran por escrito el plan de cuidados al paciente hospitalizado, en el formato Kardex, destinado al registro de trabajo de la enfermera, y que aún en la actualidad no lo escriben, lo que contribuye a aumentar el número de complicaciones intrahospitalarias, tales como presencia de escaras primarias, caídas y flebitis.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende una asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su continuidad.

La calidad de la atención a la salud requiere cada día una mayor exigencia por parte de los profesionales de la salud. Una vez alcanzada una cobertura relativamente razonable, se transita hacia la preocupación por otorgar servicios con una calidad mínima indispensable. La calidad debe ser mejorada continuamente para garantizar que el paciente reciba los mayores beneficios posibles con los menores riesgos, logrando a la vez eficiencia. La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados, según se observa

Estructura: entre estos factores se encuentran:

- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.
- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- La introducción de un personal de Enfermería vigilante epidemiológica cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.
- Procesos: Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención.
- Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- Miembro activo en las comisiones de selección de estudiantes que aspiran a cursos de nivel básico, de especialización y de nivel universitario de la profesión.
- Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.

- Ejecuta normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.
- Integra diferentes comités de actividades científicas: infecciones, evaluación de historias clínicas.

En éstos y otros elementos, Enfermería incide en los resultados del sistema de salud, al controlar el comportamiento de los factores de estructura y procesos, mediante instructivos elaborados al efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del Sistema.

Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia). Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud.

El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

En el cumplimiento de los objetivos, papel importante es el impulso al desarrollo científico-técnico, que aporta la Sociedad Cubana de Enfermería a través de la realización periódica de eventos científicos a nivel de unidades, provincias y nación.

En la ejecución de todas las acciones de Enfermería, siempre que de calidad se trate, estará unida la actuación profesional, integralidad de procederes y la aplicación de la ética médica.

Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente

El personal de enfermería deben prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, de tener una elevada autoestima, deben contar con un equilibrio mental y físico que le permita ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes. Particularmente las enfermeras por su constante relación con los enfermos están sometidas a una recarga traumática derivada a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte.

Una de las áreas que causan mayor estrés es un hospital, ya que. Los profesionales de la salud, en este caso, los profesionales de enfermería, son más susceptibles a presentar estrés como reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, es decir, el factor característico es el estrés que surge en la interacción social paciente-cuidador.

Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, es decir, cuando la razón enfermera-paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud.

Esto ha llevado a buscar la relación que existe entre la cantidad de enfermeras vs la cantidad de pacientes y cómo esta relación ha afectado directamente la calidad de los cuidados prestados.

A lo anterior también se le suma el alto grado de responsabilidad que como enfermeras profesionales se tiene al estar a la cabeza de un servicio y a cargo de una cantidad de pacientes no proporcional a sus capacidades de cuidado, lo que ha generado un sinnúmero de manifestaciones y movimientos políticos en pro de unas mejores condiciones laborales en donde se garanticen cuidados de alta calidad hacia los pacientes, reconocimiento a la profesión de enfermería y un aporte hacia el mejoramiento continuo de la calidad del sector salud.

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano; para el caso de enfermería resulta de gran importancia observar y determinar la razón enfermera-paciente con el fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria.

Respecto a este tema (razón enfermera-paciente) son muchas las investigaciones realizadas que relacionan este índice con los indicadores hospitalarios de calidad (mortalidad, mayor estancia hospitalaria dada por complicaciones como: infecciones nosocomiales, escaras, caídas y desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras).

CUESTIONARIO

Cuestionario del Módulo I

Seleccione la respuesta correcta

1. ¿En qué países se han realizado estudios internacionales sobre cultura de seguridad del paciente?

- Panamá
- Colombia
- **Estados Unidos , Europa ,Noruega ,Japón y Colombia**

2. Subraye ¿Qué es seguridad del paciente?

- Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

3. ¿Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad?

- Trabajo en equipo
- Entrenamiento profesional y gestión de cuidados
- Liderazgo, Compromiso, Incorporar la seguridad
- Seguimiento constante, Revisión sistemática del tema, Verificación y seguimiento, examinar dónde hay fallas y actuar.
- **c y d son correctas**

4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?

- Es el grado de satisfacción laboral entre el personal
- b. Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente.
- **c. Todas las anteriores**

5. Subraye ¿Qué es la promoción de la cultura de seguridad del paciente?

- Es la relación entre los trabajadores técnicos y los pacientes
- Es fomentar ideales en los trabajadores de la salud o relacionados con alguna de las fases del proceso de atención, donde cada uno acepte la responsabilidad de generar seguridad.
- Es la educación a la familia de pacientes en han sufrido un evento adverso

Cuestionario Módulo II

1. ¿Qué es un evento adverso?
 - a) Es un tipo de incapacidad producida a causa de una enfermedad crónica agravada.
 - b) **Son complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud.**
 - c) Es el deterioro del estado de salud de un paciente el cual genera incremento de costos en la atención en salud.

2. ¿Qué es un evento adverso prevenible?
 - a) **Resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.**
 - b) Es el resultado no deseado causado de forma no intencional que pudo ser evitado sin el cumplimiento de estándares de calidad.
 - c) Resultado causado de forma intencional evitando el cumplimiento de estándares de calidad.

3. ¿Qué es un evento adverso no prevenible?
 - a) **Resultado no deseado causado de forma no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.**
 - b) Es el resultado no deseado que se presenta con o sin el cuidado del personal de salud
 - c) Resultado no deseado causado por la atención inadecuada del personal de salud.

4. ¿Qué es la cultura del reporte de eventos adversos?
 - a) **Es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en la ética profesional.**
 - b) Es un método mediante el cual se pueden evitar los eventos adversos.

- c) Es un patrón del manejo de la calidad de atención basado en el manejo de la atención en salud.
5. ¿Por qué o quién está determinado el éxito de un sistema de reportes?
- a) Está determinado por el tipo de enfermedad y evento adverso de cada paciente.
- b) Está determinado por actitud del paciente.
- c) **Está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales y técnicos de la línea de frente del cuidado en salud.**

Cuestionario Módulo III

Subraye la respuesta correcta

1. ¿Cuál de estos corresponden a factores que influyen en la cultura y seguridad del paciente?

- Factores gubernamentales
- Factores psicológicos
- **Personalidad del individuo**

Verdadero o falso

2. ¿Con respecto a los alcances de la cultura de seguridad del paciente que persigue?

Reunir a la gente como miembros de un equipo y da pautas de comportamiento en situaciones normales e inusuales (**V**).

Complete según corresponda

3. ¿De acuerdo a lo mencionado sobre el clima de seguridad del paciente?

El clima de seguridad para el paciente engloba factores ambientales y **laborales** que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de las **enfermedades** y en la creación de ambientes propicios para la **salud**

4. Mencione 3 Factores ambientales externos.

- a. Humedad
- b. Agua
- c. Aire

5-Subraye cuál de estos factores ambientales internos NO ES CORRECTO

- Infraestructura.
- Temperatura.
- **Empatía**
- Ventilación.
- Iluminación

Cuestionario del Módulo IV

1.- Cuales de los siguientes son principios orientadores de la política:

- 1. Cultura de seguridad.**
2. Personalidad del individuo.
- 3. Multicausalidad.**

2.- Complete:

Uno de los propósitos de la Política de seguridad del paciente es:

Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal para la seguridad del paciente.

3.- Verdadero o Falso

En los lineamientos para la política de seguridad del paciente:

- a. No es necesario la creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos. (F)
- b. se debe garantizar la confidencialidad de los análisis. (V)

4.- Verdadero o Falso

El Trabajo en Equipo consiste en que los participantes intercambien sus experiencias, respeten sus roles y funciones; para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta. (V)

5.- Subraye la respuesta correcta

¿Cómo hay que comunicarse para mantener la Seguridad del paciente?

Comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla para comprender lo que quieren decir los otros.

Desarrollando planes estratégicos que ayuden a una mejor comunicación.

Cuestionario Módulo V

1. ¿Cuáles son las cualidades para obtener un buen liderazgo?

- a) Ser optimista, comunicativo, entusiasta.
- b) Ser organizado, activo, comunicativo, educado.
- c) Ser activo, dinámico, el motor del grupo, quien demuestra mucha energía, vigor iniciativa y entusiasmo en cada una de las actividades que realiza.**

2. ¿Por qué razón un líder debe ser un Buen Comunicador?

- a) Porque debe expresarse de forma clara, oportuna y sencilla permitirá comprender lo que quiere decir a otros.**
- b) Para mantener al personal bien informado
- c) Porque la comunicación es importante para mantener buenas relaciones laborales

3. ¿Cuál es el objetivo de implementar una mejor calidad en atención de enfermería?

- a) El objetivo es mejorar la seguridad de los usuarios y del trabajador de salud
- b) **La finalidad de implantar cuidados es que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su bienestar.**
- c) Brindar atención integral a todos los pacientes.

4. Verdadero o Falso

¿Qué influencia tiene el exceso de carga laboral en el cuidado del paciente?

- a) Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud. **(V)**
- b) La carga laboral influye de forma positiva sobre el personal de salud permitiendo atender a la mayor cantidad de usuarios posible. **(F)**

5. Puede aumentar la estancia hospitalaria por la presencia de:

- a) Infecciones nosocomiales, escaras, caídas, desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras.
- b) Caídas, golpes, déficit de cuidados, infecciones.
- c) Rehabilitación, desplazamiento de tubos y sondas, infecciones nosocomiales
- d) **Todas las anteriores.**

Conclusiones

Al finalizar la investigación con el tema: “Percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha 2013-2014” se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los resultados obtenidos en la investigación permiten evidenciar, que existe un ambiente laboral óptimo, para desempeñar con responsabilidad

cada una de sus funciones, brindando así una atención con calidad y calidez, que garantice la seguridad del paciente.

- El personal de enfermería del hospital Delfina Torres de Concha en un porcentaje significativo manifiesta que existe un déficit de personal, lo que constituye un factor de riesgo debido a la gratuidad de la salud, que provoca alta demanda de pacientes y trae consigo la sobrecarga laboral, Fatiga, cansancio físico y mental, siendo estos factores predisponentes para la ocurrencia de eventos adversos.
- En relación a la cooperación entre los servicios del Hospital Delfina Torres de Concha, se determina que es buena, resaltando la importancia del trabajo en equipo, para contribuir ampliamente en la cultura de seguridad del paciente, constituyendo a su vez una plataforma para el dialogo, que permita la toma de decisiones encaminada a mejorar la calidad de atención.
- De los resultados obtenidos, del estudio realizados desprende la necesidad de capacitar y actualizar al personal de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, con la implementación del curso virtual “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE “el cual está encaminado ampliar los conocimientos la seguridad del paciente.
- Es importante resaltar que el 81.7 % de los profesionales de enfermería del Hospital Delfina Torres de Concha, manifiesta que, notificarían un error si llegara a suceder, siendo necesario implementar un sistema de notificación de eventos adversos.
- La falta de comunicación de los eventos adversos impiden la continuidad de los procesos de la atención en salud; limitando y/o retrasando la creación de estrategias de prevención en un marco de calidad basados en la gestión de seguridad del paciente.

Recomendaciones:

El presente estudio de investigación luego de los resultados obtenidos se determina las siguientes recomendaciones :

- Los directivos del Hospital Delfina Torres de Concha en la planificación anual deberán considerar la creación de partidas para profesionales de enfermería, que cubran la atención, de la alta demanda de pacientes que acuden a esta casa de salud, a fin de mejorar la calidad de atención en beneficio de la comunidad Esmeraldeña.
- Es necesario implementar en el Hospital Delfina Torres de Concha, un sistema de registro de notificación de errores, que permita evaluar, la frecuencia de aparición y su impacto, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente, y crear estrategias de cambio encaminados a reducir los errores, por lo cual, los directivos, deberían considerar el diseño de un formato de registro de eventos adversos.
- Es necesario implementar dentro de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte , diferentes estrategias que permitan inculcar en los estudiantes y profesionales, la necesidad de actualización en conocimientos de Cultura de Seguridad del Paciente, lo que generará en ellos aún más confianza en sus aptitudes y una mayor conciencia de las acciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente, así con el tiempo se logrará que la notificación de eventos adversos en salud se vea reemplazada por el reporte de conductas de riesgo antes de afectar al paciente
- La Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, en su interés de aportar de forma activa con la colectividad, se plantea incorporar contenidos que fortalezcan investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente, que garantice la calidad del cuidado de enfermería a través, de la implementación del curso

virtual, “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE “que deberá ser acogido por el Hospital Delfina Torres de Concha.

- Se pondrá a disposición el curso virtual “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”, el cual deberá ser tomado en cuenta por las autoridades de la Carrera de Enfermería, para que sea impartido a los estudiantes ampliando sus conocimientos y fortaleciendo su perfil académico.

Referencias bibliográficas

1. (s.f.). Obtenido de <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/frecuencia>
2. Aiken LH, C. S. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. . *JAMA*, 93.
3. Arenas Gutiérrez, W., Gómez Ramirez, O., Gonzáles Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galemo, E., & Soto Gómez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *scielo*, 97-111.
4. Asamblea Mundial De La Salud. (2002). Calidad de Atención., *Seguridad del paciente*.
5. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2013). Proyecto de Código Orgánico Integral Penal. *asamblea nacional*, 167.
6. Barberos García M. (2 de Septiembre de 2008). *Alianza mundial para la seguridad del paciente*. Obtenido de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
7. Bernal, M. D., Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela. (2007). La seguridad del paciente:.. *eje toral de la calidad del paciente* , 128.
8. Bodas Martín, R. (2002). La jornada laboral. Madrid. (pág. 12). Madrid : Dykinson.
9. Busso, N. F. (Mayo de 2004). Los eventos adversos y la Calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *scielo*, 5, 99-144-149.
10. Busso, N. F. (Mayo de 2004). Los eventos adversos y la Calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *scielo*, 5, 99-144-149.
11. Cabañas, R. (1994). Evaluación de la Atención de la Salud. *Revista Médica Hondureña* -, 64.
12. Cabañas, R. E. (s.f.). Evaluación de la Atención de la Salud. *Revista Médica Hondureña* -.

13. Cernadas, D. C. (2009). La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad. (D. J. Cernadas, Ed.) *Arch Argent Pediatr*, 385-386.
14. Cometto, PF, G., GT, D. S., RA, Z., SH, D. B., & C, F. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. 1-17.
15. Constitución de La República del Ecuador. (2008). *II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud*. Quito, Pichincha.
16. Constitución de la República del Ecuador. (2008). *VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad*. Quito, Pichincha, Ecuador.
17. Cuadrado, M. J. (2006). Estrategia para la seguridad del paciente. (C. d. Andalucía, Ed.) *consejería de salud*.
18. E. Bautista, A. D. (2008). Enfermería: ¿Trabaja en equipo? 1.
19. Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO.
20. Eduardo, P. O. (s.f.). Promocion de la Cultura de Seguridad del Paciente . *Buenas Practicas para la Atencion en Salud* .
21. Española, R. A. (s.f.). Obtenido de <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=procedimientos>
22. Española, R. A. (s.f.). <http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=procedimientos>.
23. Fonseca, Y. M. (2000). *Comunicación Oral Fundamentos y Práctica Estratégica* (primera ed.). Mexico.
24. García, M. T., Yees Gil, L. M., & García Gómez, L. F. (2010). Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos.
25. García, M. T., Yepes Gil , L. M., & García Gómez , L. F. (2010). Seguridad del paciente Asectos generales y conceptos básicos.
26. Garcia, M., & Yopez, L. (2010). *Seguridad del paciente aspectos generales y concetos basicos*.
27. Gerencia de calidad. (2010). Unidad de Gestión de Riesgo Clíniconico. *ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE*.

28. González, D. J., & Nava Chapa, G. (2011). Principio de la etica y bioetica, y conocimientos del hombre. En D. J. González (Ed.). Pachuca , Hidalgo, Mexico.
29. Hurtado, H. P. (2009). *Gerencia de Calidad*. Obtenido de www.hurtadohosp.cl
30. León, M. C. (julio.-septiembre. de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. (". Ameijeiras", Ed.) *Cubana Enfermeria*, 22(3).
31. M., M. (2004). Evaluación de la carga de trabajo de enfermería . *propuesta de un modelo informático. Bol Hosp Viña del Mar*, 53-62.
32. Ministerio de Proteccion Social. (Octubre de 2006). *SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Bogota.
33. Nieva VF, S. J. (2013). A tool for improving patient. *Safety culture assessmen*, 17-26.
34. Ordóñez Molina, J. E. (2008). Promocion de Cultura de Segridad del paciente. *PAQUETES INSTRUCCIONALES BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD*.
35. Organización Mundial de la Salud. (18 de 01 de 2002). *Calidad de la atención*. Recuperado el 20 de 09 de 2013, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb109r16.pdf.)
36. Organización Mundial de la Salud. (2006). Seguridad del paciente. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*, 1.
37. Organización Mundial de la Salud, O. (2 de Septiembre de 2008). Seguridad del Paciente. *Calidad de la atención*.
38. Organization, W. H. (MAYO de 2007). Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) *Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, 1.
39. Ortega C, S. M. (2006). Estrategias para su aplicación. . *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. .
40. Pizzi LT, G. N. (2001). Making health care safe. *Promoting a culture of safety*(43), 447-457.

41. Real Academia Española. (s.f).
<http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=caracter%C3%ADstica>.
42. Recio, M. (2005). ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES. *National Patient Safety Agency (NPSA)*.
43. Romero, M. B. (2006). *SEGURIDAD DEL PACIENTE*. AXARQUIA: Infantes, 42. 29740-TORRE DEL MAR.
44. Ruelas-Barajas E, S.-G. O.-V. (2007). Seguridad del paciente hospitalizado. México. *Instituto Nacional de Salud Pública-Editorial Médica Panamericana*;, 136.
45. Ruiz, A. M. (2 de noviembre de 2012). *SlideShare*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/CarmenEstevez1/seguridad-del-paciente-15001606>
46. Salud, A. M. (18 de Mayo de 2002). Calidad de la atención. *Calidad de la atención: seguridad del paciente*.
47. salud, I. E. (2002).
48. salud, O. M. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *OMS*, 1.
49. Senplades. (2013). Planificación y desarrollo. *secretaría nacional de planificación y desarrollo*, 5.
50. Singer S, M. M. (2007). Workforce perceptions of hospital safety culture: *development and validation of the patient safety climate in healthcare of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare*.
51. Tealdi, J. C., & Keyesux, G. (1 de abril de 2006). Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública. *Universidad*, 33,62.
52. Uribe M, M. C. (2010). Percepción del paciente hospitalizado por falla cardíaca. *Medicina UPB.* , 124-134.
53. Vazzano, H. (2009). Hacia la elaboración de una señalización sanitaria. *Hacia la Calidad en Salud*, 7.

54. Villareal Cantillo, E. (2007). Seguridad del Paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Redalyc*, 113.
55. World Health, O. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.

Linkografía

Real Academia de la Lengua . (s.f.). Obtenido de
<http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=procedimientos>
Real Academia de la Lengua . (s.f.).
<http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=caracter%C3%ADstica>.
Real Academia de la Lengua . (s.f.).
<http://www.wordreference.com/es/en/frames.aspx?es=procedimientos>.
Barberos García M. (2 de Septiembre de 2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Obtenido de
<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Glosario de términos

Clasificación de Términos en Seguridad del Paciente:(Taxonomías)

Agente: sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

Atención sanitaria: servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Características del paciente: atributos seleccionados de un paciente.

Clasificación: organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.

Concepto: elemento portador de significado.

Clase: grupo o conjunto de cosas similares.

Casi error / “near miss”: Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.

Circunstancia: situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante

la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

Daño asociado a la atención sanitaria: daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.

Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.

Detección: acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

Evento: algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso (EA): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.

Efecto secundario: efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.

Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores

"a pie de cama". Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.

Grado de daño: gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

Factor atenuante: acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.

Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.

Incidente con daños (evento adverso): incidente que produce daño a un paciente.

Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o un evento.

Relación semántica: la forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.

Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de

consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.

Reacción adversa: daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

Resultado para el paciente: repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.

Paciente: persona que recibe atención sanitaria.

Práctica clínica segura: Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Peligro: circunstancia, agente o acción que puede causar daño.

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Seguridad: reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.

Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno

de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".

Tipo de incidente: término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.

Negligencia: Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.

Anexo 2. Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

La encuesta tiene como propósito recoger la opinión del personal de enfermería sobre seguridad del paciente en las diferentes unidades operativas de salud, misma que servirá de base para los planes de intervención de la carrera

INSTRUCCIONES: Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de la “Cultura del personal de enfermería sobre la seguridad del paciente”. Le tomará 10 a 15 minutos completarla.

“**Evento adverso**” se define como cualquier situación que produzca daño o lesión en un paciente, secundario a la atención médica y que no tenga que ver con su patología de ingreso.

“**Seguridad del paciente**” se define como el conjunto de estrategias que se implementan para evitar la ocurrencia de errores y eventos adversos.

Sección A: Su Área/ Unidad de Trabajo

En esta encuesta, piense en su “unidad” como el área de trabajo, departamento o área Clínica de la institución donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo.

¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Urgencias	
2	Clínicas Médicas	
3	Clínicas Quirúrgicas	
4	Investigación & Epidemiología	
5	Administrativa – Financiera	
6	Apoyo Gerencial	
7	Apoyo diagnóstico	
8	Apoyo terapéutica	
9	Apoyo al usuario	

Marque con una (X) indicando su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo.

Marque UNA SOLA OPCIÓN:

1: Muy en desacuerdo

2: En desacuerdo

3: Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.

4: De acuerdo

5: Muy de acuerdo

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
	1	2	3	4	5
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.					
2. Tenemos suficiente personal para realizar					
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente					
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del					

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en desacuerdo.	En desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	De Acuerdo	Muy de Acuerdo.
	1	2	3	4	5

7. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.					
8. El personal siente que sus errores no son motivos para ser usados en su contra					
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.					
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.					
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.					
12. Cuando se informa de un evento adverso, se denuncia el problema más no a las personas.					
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.					
14. Se evita trabajar en "situación de urgencia" intentando hacer mucho muy rápidamente					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. No es primordial para los empleados que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.					

17. Hay buena seguridad de los pacientes en esta unidad.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					

Sección B: Su líder de enfermería.

Marque con una (X) indicando su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe o la persona a la cual usted le reporta directamente. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo.	Muy de acuerdo.
	1	2	3	4	5
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.					

2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
3. Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención.					

4. Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.					
--	--	--	--	--	--

Sección C: Su Institución indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución. Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su unidad /área de trabajo.	Muy en desacuerdo.	En Desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	De Acuerdo.	Muy de Acuerdo.
	1	2	3	4	5
1. La Dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
2. Las unidades de esta institución están bien coordinadas entre sí.					
3. Hay continuidad de la atención de los pacientes cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.					
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente.					
5. Se garantiza la entrega completa de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.					

6. Existe un buen ambiente laboral para trabajar con personal de otras unidades en esta institución.					
7. Son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.					
8. Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
9. La Dirección de la institución se muestra siempre interesada en la seguridad del paciente aun cuando no ocurre un incidente adverso.					
10. Las unidades de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.					
11. Los cambios de turnos en esta institución no representan problemas para los pacientes.					

Sección D: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurre lo siguiente en su área/unidad de trabajo? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su unidad /área de trabajo	Nunca.	Rara vez.	Algunas veces	La mayoría de veces.	Siempre.
	1	2	3	4	5
1. La Unidad Funcional de gestión clínica nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.					

2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente.					
3. Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
5. En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan acometer					
6. Piensa que el personal tiene libertad a la hora de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto					

Sección E: Frecuencia de Eventos adversos/ errores reportados.

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿con qué frecuencia son reportados? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su unidad /área de trabajo	Nunca.	Rara vez.	Algunas veces	La mayoría de veces.	Siempre.
	1	2	3	4	5

1. ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
2. ¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
3. ¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?					

Sección F: Grado de Seguridad de paciente

Por favor, asígnele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA X SOLA OPCIÓN.

1	Excelente	
2	Muy Bueno	
3	Aceptable	
4	Pobre	
5	Malo	

Sección G: Número de Eventos adversos/ errores reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de Eventos adversos / errores ha diligenciado y enviado? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Ningún reporte	
2	De 1 a 2 reportes	
3	De 3 a 5 reportes	
4	De 6 a 10 reportes	

5	De 11 a 20 reportes	
6	21 reportes o más	

Sección H: Antecedentes

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?

1	Menos de 1 año	
2	De 1 a 5 años	
3	De 6 a 10 años	
4	De 11 a 15 años	
5	De 16 a 20 años	
6	De 21 años y más	

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad?

1	Menos de 1 año	
2	De 1 a 5 años	
3	De 6 a 10 años	
4	De 11 a 15 años	
5	De 16 a 20 años	
6	De 21 años y más	

3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?

1	Menos de 20 horas a la semana	
2	De 20 a 39 horas a la semana	
3	De 40 a 59 horas a la semana	
4	De 60 a 79 horas a la semana	
5	De 80 a 99 horas a la semana	
6	De 100 a la semana o más	

4. ¿Cuál es su cargo en esta institución? Marque LA OPCION que mejor describa su posición laboral.

1	Enfermera profesional	
2	Enfermera auxiliary	
3	Médico de planta	

4	Médico Residente	
5	Médico Especialista	
6	Químico Farmacéutico	
7	Técnico (Ej. ECG, laboratorio, radiología)	
8	Fisioterapeuta	
9	Bacteriólogo	
10	Terapista ocupacional	
11	Nutricionista	
12	Camillero	
13	Fonoaudiólogo	
14	Administrativo	
15	Personal de Dirección y Gerencia	
16	Personal de mantenimiento	
17	Otro, por favor especifique:	

4. ¿Qué tipo de contrato tiene? Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Personal de planta	
2	Personal cooperado	
3	Contrato ocasional	

6. En su cargo, ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Si	
2	No	

5. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

1	Menos de 1 año	
2	De 1 a 5 años	
3	De 6 a 10 años	

4	De 11 a 15 años	
5	De 16 a 20 años	
6	De 21 años y más	

Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes, reporte de errores o eventos adversos en su institución.

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 3. Oficio de solicitud de autorización al Hospital Delfina Torres de Concha

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 28 marzo 2014
Oficio 104

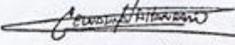
Doctor
Juan Carlos Arce
DIRECTOR HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA

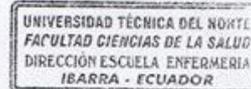
Cordial saludo:

El presente tiene por objeto solicitar a su autoridad, se autorice la aplicación de la encuesta sobre "Cultura de Seguridad del Paciente del personal de enfermería", información que servirá de base para el desarrollo del proyecto interinstitucional de "Gestión de los Cuidados de Enfermería en la zona 1".

Por la favorable atención se sirva el presente, le reitero mi agradecimiento

Atentamente
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO


Lic. Geovanna Altamirano
COORDINADORA CARRERA



Sonia

Anexo 4.

