



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

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

TEMA:

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA
DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE
OTAVALO– PROVINCIA DE IMBABURA 2013 - 2014.**

AUTORES:

Ruano Yarpaz Leonel Gerardo
Ruano Yarpaz Martha Elizabeth

DIRECTORA DE TESIS:

Msc. Janet Vaca

IBARRA - ECUADOR

2014

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Leonel Gerardo Ruano Yarpaz y Martha Elizabeth Ruano Yarpaz, 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 19 días del mes de Septiembre de 2014.

DATOS DE CONTACTO	
SEÑALA DE IDENTIDAD	1401191424
DIRECCIÓN	AV. SAN CARLOS Y B. CHINCHIPE
TELÉFONO Fijo	TEL. IBARRA 0800 210 210
TELÉFONO Móvil	TEL. IBARRA 0800 210 210
DATOS DE CONTACTO	
SEÑALA DE IDENTIDAD	1401191424
DIRECCIÓN	AV. SAN CARLOS Y B. CHINCHIPE
TELÉFONO Fijo	TEL. IBARRA 0800 210 210
TELÉFONO Móvil	TEL. IBARRA 0800 210 210
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	DESARROLLO DE LA CULTURA DE LA ENFERMERÍA COMO FACTOR DE MEJORA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN CARLOS DE CHINCHIPE
AUTORES	LEONEL GERARDO RUANO YARPAZ MARTHA ELIZABETH RUANO YARPAZ
TÍTULO DEL TUTOR	MSC. JANET VACA A.


Msc. Janet Vaca A.
C.I. 1001582848



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
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:	040176552-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	RUANO YARPAZ LEONEL GERARDO		
DIRECCIÓN:	RIO SANTIAGO Y RIO CHINCHIPE		
EMAIL:	ruanoleonel@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	202139	TELÉFONO MÓVIL:	0982603495

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040176580-5		
APELLIDOS Y NOMBRES:	RUANO YARPAZ MARTHA ELIZABETH		
DIRECCIÓN:	RIO SANTIAGO Y RIO CHINCHIPE		
EMAIL:	mery_ra1425@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	202139	TELÉFONO MÓVIL:	0983740532

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO 2013-2014”
AUTOR (ES):	LEONEL GERARDO RUANO YARPAZ MARTHA ELIZABETH RUANO YARPAZ
FECHA: AAAAMMDD	2014/10/06

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:	Msc. Janeth Vaca

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Leonel Gerardo Ruano Yarpaz, con cédula de identidad Nro. 040176552-4, y yo Martha Elizabeth Ruano Yarpaz con cédula de identidad Nro. 040176580-5 en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago 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.

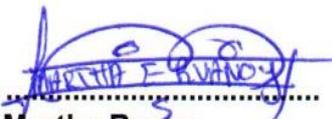
3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) 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 es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

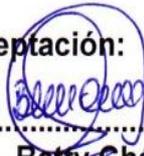
Ibarra, a los 06 días del mes de Octubre de 2014

Los autores:


 Leonel Ruano
 C.I040176552-4


 Martha Ruano
 040176580-5

Aceptación:


 Ing. Betty Chávez
 Encargada biblioteca



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Leonel Gerardo Ruano Yarpaz, con cédula de identidad Nro. 040176552-4, y yo Martha Elizabeth Ruano Yarpaz con cédula de identidad Nro.040176580-5 , 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 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO – PROVINCIA DE IMBABURA 2013-2014", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciados en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 06 días del mes de Octubre de 2014

Los autores:

Leonel Ruano

C.I040176552-4

Martha Ruano

040176580-5

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado a Dios porque ha estado junto a mí en cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a Mis Padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Dios los bendiga, les de salud y mucha vida para poder retribuirles un poco de lo que me han dado. Los quiero, para ustedes es este logro y todos los que me faltan por alcanzar; este es solo el comienzo de una vida llena de éxitos para ustedes.

“Leonel”

Dedico este trabajo de grado con mucho amor a Dios ya que gracias a él todo en mi vida ha sido posible. A mis padres y a mi hijo: Por darme la oportunidad de prepararme y abrirme las puertas hacia un futuro de éxito, ya que gracias a sus esfuerzo y perseverancia me han enseñado que nada es imposible y mucho menos perseguir nuestros sueños y cumplir todas nuestras metas.

A mi esposo: por ser mi fuente de inspiración y motivación para superarme cada día, Porque has estado siempre conmigo en los momentos felices y en los más difíciles.

“Martha”

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por guiarme en este camino y por darme la vida, a mi madre que es pilar fundamental en mi vida por su constante amor inexplicable para mi superación personal, sin ningún interés material, ha vivido a mi lado cada sentimiento, que expresa mi corazón.

A mi padre, este es un logro que quiero compartir con él, gracias por ser mi papá y por creer en mí. A mis hermanas y hermano, que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, por compartir sus vidas a mi lado

A mi directora de tesis Msc. Janeth Vaca Auz quién ha compartido su experiencia y conocimientos para poder realizarme como profesional, y del cual he recibido el apoyo y la ayuda necesaria para lograr mi objetivo.

“Leonel”

Agradezco en primer lugar a Dios por regalarme la vida y salud. A mi madre y padre por darme el mejor ejemplo sobre lo que es una mujer de éxito, por inculcarme valores y principios de los que me siento muy orgullosa, por su apoyo y amor incondicional.

A mi esposo: por ser la persona que ha está compartiendo este tiempo a mi lado porque con su compañía las cosas malas se convierten en buenas.

A mi directora de tesis Msc. Janeth Vaca Auz quien ha compartido sus conocimientos y brindarme su apoyo incondicional desde el inicio de mi formación.

“Martha”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR	I
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	VII
Índice de tablas.....	XIII
Índice de gráficos.....	XIV
RESUMEN.....	XVI
SUMARY	XVII
INTRODUCCIÓN.....	XIX
CAPÍTULO I.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1Objetivos	6
1.2.2 Objetivo General	6
1.2.3 Objetivos específicos	6
1.3. Preguntas de investigación	7
1.4. Justificación	7
CAPÍTULO II.....	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Cultura de seguridad del paciente	12
2.2.1 Situación actual sobre cultura de seguridad del paciente	13
2.2.2 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de la unidad/ servicio.....	13
2.2.3 Trabajo en equipo	14
2.2.4 Comunicación efectiva entre el personal	14
2.2.5 Practicas basadas en la evidencia	15
2.2.6 Cultura de reporte de eventos adversos	16
2.3 Gestión en seguridad del paciente.....	16
2.4 MARCO CONTEXTUAL	17

2.4.1 Caracterización del Hospital San Luis de Otavalo	17
2.4.2 Historia del Hospital San Luis De Otavalo	18
2.4.3 Misión y visión.....	20
2.5 MARCO REFERENCIAL	21
2.6 MARCO LEGAL	33
2.6.1 El buen vivir en la constitución del Ecuador.....	33
2.6.2 Los derechos como pilares del buen vivir	34
2.6.3. Constitución 2008	35
2.6.4 Ley orgánica de salud.....	36
2.6.5 Marco de la ley orgánica del Ecuador.....	37
2.6.6 Derechos del paciente	37
2.7 MARCO ÉTICO	38
2.7.1 Principios Éticos Generales	39
2.7.2 Principios básicos	40
2.7.3 Pautas.....	43
2.8 Variables.....	45
2.8.1 Variables independientes.....	45
2.8.2 variables dependientes	45
2.8.1Matriz de relación de variables	46
CAPÍTULO III.....	51
3. METODOLOGÍA.....	51
3.1. Tipo de estudio.....	51
3.2 Diseño.....	52
3.3. Lugar de Estudio.....	52
3.4 Universo de estudio	52
3.5 Muestra	53
3.6 Población	53
3.7 Criterios de inclusión y exclusión	53
3.7.1 Criterios de inclusión.....	53
3.7.2 Criterios de exclusión.....	54
3.8 Técnicas e instrumentos	54
3.8.1 Técnicas.....	54

3.8.2 Instrumento	54
3.9 Procedimiento	55
3.10 Análisis de datos	56
3.11 Validez y confiabilidad	56
CAPÍTULO IV.....	59
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
4.1. Sección A: Su área/ Unidad de trabajo	59
4.1.1 Trabajo en equipo	59
4.1.2 Trato entre el personal.....	60
4.1.3 Acciones sobre seguridad del paciente	61
4.1.4 Carga laboral y seguridad del paciente.....	62
4.1.5 Disponibilidad del personal	63
4.1.6 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente.....	64
4.1.7 Asignación temporal del personal	65
4.1.8 Trabajo colaborativo en la unidad	66
4.1.9 Percepción sobre errores y la implicación del error profesional.....	67
4.1.10 Toma de decisiones para fomentar el cambio	68
4.1.11 Percepción sobre la casualidad del error	69
4.1.12 Percepción de la notificación del evento adverso	70
4.1.13 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad	71
4.1.14 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente.....	72
4.1.15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.....	73
4.2 Sección B: Su líder de enfermería	74
4.2.1 Estimulo al personal.....	74
4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias	75
4.2.3 Toma de decisiones frente a problemas	76
4.3 Sección C: Su institución	77
4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente	77
4.3.2 Cooperación institucional	78
4.3.3 Políticas institucionales y seguridad del paciente	79
4.3.4 Su Comunicación de la información.....	80
4.3.5 Cambios de turno del personal	81

4.4 Sección D: Comunicación	82
4.4.1 Retroalimentación para el cambio.....	82
4.4.2 Notificación de errores	83
4.4.3 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	84
4.5 Sección E: Frecuencia de eventos adversos/ Errores reportados	85
4.5.1 Reporte de errores sin daño al paciente	85
4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente	86
Valoración del grado de seguridad del paciente	86
4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados	87
4.7.1 Eventos adversos reportados	87
4.8 Sección H: Antecedentes.....	88
4.8.1 Experiencia laboral	88
4.8.2 Carga horaria laboral	89
4.8.3 Contratación laboral.....	90
4.9 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	91
4.10 Discusión	98
4.11 Conclusiones	104
4.12 Recomendaciones	105
CAPÍTULO V.....	107
5. PROPUESTA.....	107
5.1 Introducción	107
5.2 Justificación	108
5.3 Objetivos del curso	110
5.3.1 General	110
5.3.2 Específicos.....	110
5.4 Metodología	110
5.6 Módulos de estudio.....	111
5.6.1 Módulo I	111
5.6.1.1 Breve historia	111
5.6.1.2 Seguridad del paciente	112
5.6.1.3 Cultura de seguridad del paciente	112
5.6.1.4 Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad.....	112

5.6.1.5 Autoevaluación del módulo I	113
5.7 Módulo II.....	114
5.7.1 Que es un evento adverso	114
5.7.2 Tipos de eventos adversos	115
5.7.3 Cultura del reporte de eventos adversos	116
5.7.4 Autoevaluación del módulo II	117
5.8 Módulo III.....	118
5.8.1 Factores que influyen en la seguridad del paciente	118
5.8.2 Alcances de la cultura de seguridad del paciente	120
5.8.3 Clima de seguridad para el paciente.....	120
5.8.4 Autoevaluación del Módulo III	123
5.9 Módulo V.....	124
5.9.1 Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad	124
5.9.2 La enfermera líder de conocer sobre:	125
5.9.2 Calidad de atención por el personal de enfermería	127
5.9.3 Horas laborables por el personal de enfermería	130
5.9.4 Autoevaluación del Módulo V.....	132
5.10 Módulo IV.....	133
5.10.1 Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad.....	134
5.10.2 Política institucional de seguridad del paciente.....	135
5.10.3 Trabajo en equipo	136
5.10.4 Autoevaluación del Módulo IV.....	137
Bibliografía.....	139
Anexos.....	144
Glosario de términos.....	145
Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente	151
Marco administrativo.....	163
Cronograma	165

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de relación de variables	46
Tabla 2 Análisis estadístico sección A su servicio / unidad	95
Tabla 3 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería.....	96
Tabla 4 Análisis estadístico sección C: Su institución.....	96
Tabla 5 Análisis estadístico sección D: Comunicación	97
Tabla 6 Análisis estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos	97
Tabla 7 Análisis estadístico sección F: Grado de seguridad del paciente	97
Tabla 8 Análisis estadístico sección G: Numero de eventos adversos	97
Tabla 9 Análisis estadístico sección H: Antecedentes	98
Tabla 10 Cronograma del Proyecto de Tesis.....	165
Tabla 11 Presupuesto requerido.....	164

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Trabajo en equipo	59
Gráfico 2 Trato entre el personal	60
Gráfico 3 Acciones Sobre Seguridad Del Paciente.....	61
Gráfico 4 Carga Laboral Y seguridad Del Paciente	62
Gráfico 5 Disponibilidad del personal.....	63
Gráfico 6 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente	64
Gráfico 7 Asignación temporal de personal	65
Gráfico 8 Trabajo colaborativo en la unidad	66
Gráfico 9 Percepción sobre errores y la implicación del error profesional ...	67
Gráfico 10 Toma de decisiones para fomentar el cambio.....	68
Gráfico 11 Percepción sobre la causalidad del error	69
Gráfico 12 Percepción de la notificación del evento adverso.....	70
Gráfico 13 Percepción De La Seguridad Del Paciente En La Unidad.....	71
Gráfico 14 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente	72
Gráfico 15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores	73
Gráfico 16 Estímulos al personal	74
Gráfico 17 Disposición para aceptar sugerencias.....	75
Gráfico 18 Toma de decisiones frente a problemas.....	76
Gráfico 19 Ambiente laboral para la seguridad del paciente.....	77
Gráfico 20 Cooperación institucional	78
Gráfico 21 Política institucional y seguridad del paciente	79
Gráfico 22 Comunicación de la información	80
Gráfico 23 Cambios de turno del personal.....	81
Gráfico 24 Retroalimentación para el cambio	82
Gráfico 25 Notificación de errores.....	83
Gráfico 26 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones ...	84
Gráfico 27 Reporte de errores sin daño al paciente.....	85
Gráfico 28 Valoración del grado de seguridad del paciente.....	86
Gráfico 29 Eventos adversos reportados.....	87
Gráfico 30 Experiencia laboral.....	88

Gráfico 31 Carga horaria laboral.....	89
Gráfico 32 Contratación laboral	90

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO– PROVINCIA DE IMBABURA 2013-2014.

Autores: Leonel Gerardo Ruano Yarpaz
Martha Elizabeth Ruano Yarpaz
Directora de Tesis: Msc. Janeth Vaca A.

RESUMEN

El presente estudio evaluó la percepción del Personal de Enfermería sobre Cultura de la Seguridad del Paciente, en el Hospital San Luis de Otavalo, Provincia de Imbabura. Fue un estudio observacional descriptivo, transversal, con una población de estudio de 40 Profesionales de Enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital San Luis de Otavalo, se excluyó del estudio al servicio de consulta externa. El instrumentó fue la encuesta adaptada por el grupo de investigación. Para el plan de análisis, se utilizó un diseño univariado, utilizando el paquete estadístico Spss pasw statistics versión18 y estadígrafos de medidas de tendencia central.

Entre las principales hallazgos encontramos en relación a la cultura de seguridad del paciente en el servicio, una media general de 3,7, con asimetría negativa y una desviación superior a la izquierda de (-0,89) con una concentración platicúrtica, en relación a las acciones del líder, determinó asimetría negativa con desviación hacia la izquierda de -0,65, la curtosis muestra un puntaje de (0,34) y distribución de datos platicúrticos. La media general en la institución, fue de 3,75 (negativa) con una desviación hacia la izquierda de (-1,20) y una curtosis de (1,22) concentración mesocúrtica. En relación a la comunicación sobre seguridad del paciente, una media general (2,93) y una curtosis de (-0,03); sobre eventos adversos, una media general de 2,33 y una desviación a la izquierda de 0,77 con puntaje de curtosis de (-1,37) de concentración platicúrtica. **Conclusión:** Los indicadores utilizados permitieron identificar la percepción del personal de enfermería sobre la seguridad en la atención del paciente, determinando contextos problemáticas con oportunidad hacia la mejora continua; así como dimensiones poco estudiadas dentro de la cultura de seguridad en los hospitales públicos.

Palabras claves: Seguridad del Paciente, Cultura de seguridad del paciente, evento adverso.

PERCEPTION OF NURSES ON CULTURE OF PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL SAN LUIS OTAVALO – IMBABURA PROVINCE 2013-2014

Authors: Leonel Gerardo Ruano Yarpaz
Martha Elizabeth Ruano Yarpaz
Director of Thesis: MSc. Janet A. Vaca

SUMMARY

This study evaluated the perception of Nurses Culture of Patient Safety in the Hospital of San Luis Otavalo, Imbabura Province. It was a descriptive cross-sectional study with a study population of 40 Nurse Practitioners working in the various departments of San Luis in Otavalo Hospital, were excluded from the study to the outpatient service. The survey instrument was adapted by the research group. For the univariate analysis plan design was used, the statistical package Spss pasw statistics and statisticians versión18 measures of central tendency using.

The main findings are in relation to the culture of patient safety in the service, an overall average of 3.7, with negative asymmetry and superior to the left of (-0.89) with a concentration leptokurtic deviation, relative to the leader's actions, with negative asymmetry determined leftward shift of -0.65, kurtosis shows a score of (0.34) and platycurtic distribution data. The overall average in the institution, was 3.75 (negative) off to the left (-1.20) and kurtosis (1.22) concentration mesokurtic. In relation to communication about patient safety, an overall average (2.93) and kurtosis (-0.03); adverse event, an overall average of 2.33 and a deviation to the left of 0.77 with scores of kurtosis (-1.37) the concentration platycurtic. **Conclusion:** The indicators used to identify the perception of nursing personnel on safety in the care of the patient, by identifying problematic contexts with opportunity toward the continuous improvement; as well as little-studied dimensions within the culture of safety in public hospitals.

Key words: Patient safety culture, patient safety, adverse event

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA
DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE
OTAVALO– PROVINCIA DE IMBABURA 2013-2014**

INTRODUCCIÓN

La preocupación, por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de incidentes de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2002, en la que se demostró 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 el mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero solo a partir del año 2000, con la publicación del libro *“Errar es Humano”*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de los Estados Unidos de América, se dimensiono el impacto de los errores en los procesos de atención en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vías de desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacer 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.

Desde esta óptica, la investigación sobre cultura de seguridad del paciente, implica el análisis de las capacidades del personal y las instituciones de salud para reconocer los errores; involucra la conciencia

de que estos deben ser reportados para que el estudio posterior redunde en mejorar la calidad de la prestación de servicios asistenciales.

El personal de salud, entre ellos Enfermería, juega un rol positivo en cultura sobre seguridad del paciente, ya que se la considera actualmente 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, reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad, *feed-back* de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Por este motivo la investigación ayudará a identificar y propiciar una cultura de seguridad del paciente, lo cual implica: liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, mediciones, una cultura de trato justo, pensamiento sistémico, factores humanos y una política de tolerancia cero. Cada uno de estos factores puede aplicarse a la práctica y contribuir de manera considerable.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La cultura sobre 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 (OMS), ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir las causas de los eventos adversos.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere de una labor exhaustiva en la cual esta involucrados todos los profesionales de la salud, los cuales deberán tomar conciencia de lo importante que es este tema.

A pesar del interés en estudiar la seguridad del paciente, por parte de los diferentes actores del sistema nacional de salud en Ecuador no se ha realizado un estudio de esta magnitud ya que hay un insuficiente sistema sobre seguridad del paciente en el abordajes metodológicos de salud; situación que pone entre dicho la efectividad en la implementación de las diferentes normas en nuestro país.

Por ello los efectos indeseables de la atención en salud son un problema que afecta a todos y cada uno de las personas involucradas en el proceso de atención, tanto el personal administrativo como el

asistencial, y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente y avanzando hacia la obtención del mejoramiento de su calidad de vida, porque ahora los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención.

En nuestro quehacer diario como futuros profesionales de la salud, nos encontramos con una gran variedad de obstáculos para poder proporcionar con calidad y calidez nuestro servicio. Nos enfrentamos a una serie de eventos adversos que impiden o detienen en mayor o menor grado la recuperación de los pacientes e incluso estos eventos pueden llevar a agudizar su patología de base, agregar algún otro problema a su patología e incluso un evento adverso puede llevar a la muerte del paciente.

Lo anterior demanda una intervención activa, por parte del grupo interdisciplinar de salud y de cada uno de los actores inmersos en la construcción de políticas públicas de salud, implica identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales que atentan contra la seguridad del paciente y hallar soluciones generales a largo plazo, para el conjunto del sistema que aumente y restituya la confianza de los pacientes en los profesionales, los procedimientos y la atención en salud” (Análisis de Política Pública, 2011)

Entre los estudios de carácter prospectivo destaca el de Andrews²⁸, desarrollado en un hospital de Chicago (en dos unidades de críticos y una unidad de Cirugía General) entre 1.989 y 1.990 con 1.047 pacientes, en el que cuatro investigadores entrenados previamente recogieron diariamente datos de EA de las tres unidades, registrando una descripción del EA, quién lo había identificado, cuál podía haber sido la causa.

Estos investigadores no preguntaban nada a los profesionales ni emitían juicios médicos, pero estaban con ellos en todas las reuniones de

equipo y sesiones que realizaban. Obtuvieron que el 45,8% de los pacientes presentara EA, siendo grave en el 17,7% de pacientes.

También merece consideración el estudio de Healey 30, realizado en Vermont entre 2000 y 2001 sobre 4.743 pacientes que fueron seguidos de una manera prospectiva. Halló un 31,5% de EA (48,6% prevenibles). Las tasas de EA fueron de 4 a 6 veces más altas que las del estudio de Harvard, lo que puede explicarse, por lo siguiente; los dos estudios (Harvard y Utah y Colorado) no eran exclusivos de pacientes quirúrgicos.

En ambos estudios se utiliza una definición más estricta para las complicaciones, de manera que su definición de EA corresponde a la de complicaciones mayores de este estudio (ignora las complicaciones menores); en los de Harvard y Utah sólo se analizaba la tasa de complicaciones del paciente en vez de la tasa de complicaciones total y el estudio estaba integrado dentro de la política del hospital que proporcionaba una cultura de mejora de la calidad continua.

Esto facilitaba el desarrollo de propuestas de mejora de la calidad y proporcionaba un fórum, para la formación médica continua que asegurase una óptima calidad en la atención sanitaria". (Organización Mundial de La Salud, 2009) El último estudio prospectivo publicado es el estudio nacional francés. En él se estudiaron 35.234 estancias en 8754 pacientes en 71 hospitales, encontrándose una densidad de incidencia de 6,6 EA, por cada 1000 estancias (IC95%:5,8%-7,4%), siendo el 35% de ellos evitables.

El segundo es un trabajo específico, en un servicio de medicina interna de un hospital en España, que utiliza una metodología poco estandarizada y encuentra un 41% en 129 pacientes. El tercero se realiza en un hospital de enfermedades respiratorias, y si bien habla de prevalencia, utiliza la misma metodología que el estudio de Harvard.

En el estudio de Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (IBEAS), se analizan todos los pacientes hospitalizados durante una semana (revisando cada cama una sola vez una estancia para cada paciente). Se estudia la hospitalización completa al alta de aquellos pacientes que presenten EA (registrándose la duración de la hospitalización de los pacientes sin EA -sólo fecha de ingreso y fecha de alta).

Esta estrategia permite estudiar el impacto del EA salvando las particularidades de este diseño. Por otra parte, si se repitiera en el tiempo (una vez al año), el estudio se convertiría en sistemático de la prevalencia de EA (estudios en panel) y se transformaría en una herramienta adecuada para el seguimiento y la evaluación de programas de mejora de la calidad y de la seguridad.

Ya que 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 señalada 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, en cuya última actualización, se indica además, la medición de la cultura de seguridad, de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para mejorar en este contexto. (Hospital Padre Hurtado, 2010)

1.2. Formulación del problema

La seguridad del paciente, es un problema de salud pública a nivel mundial. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor, que en los países desarrollados

Sin embargo, en el quehacer diario de la práctica asistencial se evidencian hábitos que necesitan repensarse, reevaluarse y examinarse para asegurar que “la cultura de seguridad del paciente” haga la diferencia en los servicios de salud y que el crecimiento conceptual se refleje en la práctica.

Bajo esta óptica, la investigación sobre las debilidades en la asistencia. Permitirá pasar a una filosofía de la disminución de los riesgos a partir de la verdad y la Pro actividad. El estudio de la cultura de la seguridad del paciente, es actualmente un tema de vital importancia para facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos.

La cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo. Además, crea un sentido de identidad y establece vínculos entre los miembros de una organización y su misión.

Sin embargo, no es infrecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desorientaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad del paciente. En este sentido, es necesario establecer la magnitud del problema para disminuir la incidencia de eventos adversos considerando la cultura y la percepción

del personal de salud, de ahí la pregunta central que pretende responder la investigación: ¿Cuál es la percepción del personal de Enfermería, sobre cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo de la Provincia de Imbabura?

1.2.1 Objetivos

1.2.2 Objetivo General

Establecer la percepción del personal de enfermería, sobre cultura de la seguridad del paciente

1.2.3 Objetivos específicos

- a. Analizar las características laborales del personal de Enfermería, de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral.
- b. Describir las características predominantes en la organización, gestión y procesos de comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo.
- c. Establecer las características predominantes que posee la organización, gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente
- d. Evaluar las actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente.
- e. Puntualizar la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente.
- f. Elaborar un curso auto administrado con las normas básicas sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital San Luis De Otavalo

1.3. Preguntas de investigación

- a. ¿Cómo el tiempo de trabajo, la jornada laboral y el área de desempeño del personal de Enfermería, influye sobre la percepción en seguridad del paciente?
- b. ¿Qué características predominantes posee la organización, gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente?
- c. ¿Cuáles serán las actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería relacionado con la cultura de seguridad del paciente?
- d. ¿Cuál es la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en la seguridad del paciente?
- e. ¿Cómo influyen algunos factores relacionados con la calidad de atención en la cultura de seguridad del paciente?

1.4. Justificación

La cultura de seguridad del paciente, se ha convertido en una necesidad para todas las organizaciones públicas en varios países; como también es importante resaltar la razón que justifica la realización de este estudio, por motivo que a nivel del Ecuador, no se ha elaborado una investigación de esta magnitud ya que no existe una línea de base sobre esta temática.

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 un hospital público, 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. Al establecer la línea de base de la

cultura de seguridad del paciente en el hospital, partiendo de la percepción general de seguridad que tiene el personal que trabaja allí. (Hospital Padre Hurtado, 2010)

Ya que la cultura de seguridad es una necesidad para todas las organizaciones públicas y en la última década, la seguridad clínica del paciente es un área prioritaria de trabajo en el sector salud; entendiéndola como una asistencia sanitaria exenta de todo daño o riesgo inaceptable o innecesario. (Cometto e. , 2011)

Durante los últimos años se han realizado esfuerzos a nivel internacional para estimar la frecuencia de los riesgos y, en lo posible, minimizar los efectos adversos vinculados a la asistencia sanitaria. Se considera que la responsabilidad de la seguridad de los pacientes recae principalmente en las deficiencias del diseño de sistemas, más que en los profesionales.

A nivel internacional, la gestión de riesgos y seguridad del paciente se orienta a la detección de errores, su registro, el análisis de la información y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios e implementación de políticas que promulguen la cultura de seguridad.

Para ello se requiere afianzar prácticas de seguridad para el paciente y admitiendo que la enfermera/o es el eje central del cuidado, dentro de un marco de valores y principios éticos conjugados armónicamente al conocimiento científico, y adquirir la cultura de la seguridad con habilidades, destrezas, aptitudes y las actitudes que han de caracterizar al personal de enfermería. (Leon Roman, La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del Cuidado, 2006)

Del mismo modo, se espera que cada uno de los actores inmersos en el sistema nacional de salud del Ecuador, adopte iniciativas para conocer los lineamientos, objetivos y los fines que pretende alcanzar este proyecto de cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería. Sin embargo; en la búsqueda de estudios que sustenten y fortalezcan la construcción de este tema en estudio, no fue posible encontrar una recopilación nutrida de artículos.

Lo cual es reflejo de lo poco que ha sido estudiado o publicado sobre el tema en nuestro país; por lo tanto, se hace necesario conocer a través de estudios sistemáticos la dinámica acerca de la cultura de seguridad del paciente en el Ecuador y su relación con la salud, así como también fomentar un pensamiento crítico y ampliar los conocimientos en el contexto provincial, regional, nacional y la realidad del país

Pues la cultura de seguridad del paciente se convierte en 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. Es evidente entonces el vacío en el conocimiento, debido a que son escasas las referencias locales de investigación en cuanto a las acciones del personal de enfermería en lo que respecta a la cultura de seguridad del paciente. Por fortuna, actualmente existe un creciente reconocimiento sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud. (Morfi Samper, 2010)

La participación de enfermería, es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son las profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que puede generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que enfermería puede contribuir de una forma singular al

éxito en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente. (Gomez, 2011)

También esta investigación servirá como aporte en el fortalecimiento de los profesionales de la salud, en el área asistencial desde la dimensión de calidad y cultura de seguridad del paciente, y esto beneficiara tanto a profesionales de la salud, docentes y estudiantes para afianzar las prácticas de seguridad del paciente.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El estudio de la cultura de la seguridad del paciente, es actualmente un tema obligado que puede facilitar la retroalimentación de los sistemas de salud, con la posibilidad de implantar medidas de mejora basadas en la determinación de problemas concretos, la mejora de la cultura de seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las recomendaciones para fomentar la seguridad en hospitales, y dicha recomendación se reforzó en la reciente actualización de documentos en el 2010. Se señala la medición de la cultura de seguridad, el feedback de los resultados, y el diseño de intervenciones consecuentes, como elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Tanto el National Quality Forum de Estados Unidos, como la Organización Mundial de la Salud, consideran la cultura de seguridad como un indicador estructural básico; que favorece la implementación de buenas prácticas clínicas e, incluso, la utilización efectiva de otras estrategias, como la notificación de incidentes y aprendizaje de los problemas.

Cultura de seguridad suele definirse como “el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”. Se entiende, que dicha cultura es un constructo compuesto por; dimensiones o subculturas, tales como el trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje, etc.

La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad. Pese a que hay pocos estudios concluyentes sobre la relación entre cultura de seguridad deficiente, y la alta incidencia de errores o eventos adversos. (Gama, Oliveira de Souza , & Saturno Hernández, 2013)

2.2 Cultura de seguridad del paciente

La cultura se expresa de muchas maneras, en especial a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres, metas, políticas y operaciones de los diferentes grupos de trabajo. Además, crea un sentido de identidad y establece vínculos vitales entre los miembros de una organización y su misión.

Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que, a nivel de la atención del paciente, deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permean todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, no es infrecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desviaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, D. F., 2010)

Así, la cultura en este contexto es lo que emerge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad, incluyendo a sus miembros, sus sistemas y actividades laborales; para ello las instituciones establecen estándares de calidad más elevados y necesarios que justifican su acreditación como sistemas de salud, modificando sus estructuras y

procesos para evitar riesgos hospitalarios y responder al derecho a la seguridad que tienen los pacientes. (Arenas Guitiérrez, 2010)

2.2.1 Situación actual sobre cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que se influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así como se evidencia la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso de crítica del estado del arte y nivel de evidencia de los reportes de investigación en el tema de “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio de tipo sumativo documental y evidenciar necesidades y vacíos de investigación en este tema que sin duda está relacionado con el ejercicio profesional ético y competente. (Varela Espiñeira, 2013)

2.2.2 Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de la unidad/ servicio

Actualmente analizar la cultura de la seguridad en la atención de los pacientes dentro de los sistemas de salud, constituye un pilar fundamental, para implementar y arraigar en la organización el valor de la seguridad, permite identificar áreas de fortalezas y oportunidades hacia la mejora continua que permitan establecer un plan de intervenciones, que guíen a establecer cuidados seguros y de calidad en beneficio de los pacientes y sus familias y con ello, minimizar las repercusiones de eventos adversos que dañan la integridad física, emocional y económica de los implicados. Con el aumento del énfasis en el propósito de la seguridad en las organizaciones de cuidado de la salud. (Varela Espiñeira, 2013)

2.2.3 Trabajo en equipo

Se caracteriza por la comunicación fluida entre las personas, basada en relaciones de confianza y de apoyo mutuo. Se centra en las metas trazadas en un clima de confianza y de apoyo recíproco entre sus integrantes, donde los movimientos son de carácter sinérgico. Se verifica que el todo es mayor al aporte de cada miembro. Todo ello redundará, en última instancia, en la obtención de resultados de mayor impacto.

El ámbito del trabajo en equipo supone determinados valores en los que funda su comunicación, como promoción de las relaciones humanas. Si se reconoce que generalmente no se está formado y preparado para instancias de diálogo e interdisciplinariedad, las competencias para trabajar como equipo serán un conjunto de conocimientos y habilidades que deberá ser adquirido seguramente en un complejo proceso.

Este aprendizaje necesitará disolver esquemas mentales derivados de la cotidianidad en instituciones de estructura fragmentada y sus consecuencias en las relaciones interpersonales: la falta de participación, dificultades en el diálogo, desmotivación y falta de compromiso. (Gómez Mujica & Heriberto , 2003)

2.2.4 Comunicación efectiva entre el personal

La comunicación se ha convertido en una dimensión estratégica en el campo de la salud. Es el espacio común donde las interacciones posibilitarán nuevos sentidos y mejoras en la salud. La comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afecta seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional.

Este problema se identifica como un factor importante en la mayoría de los reclamos originados en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular, como cirugía, obstetricia y terapia intensiva. De acuerdo con la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos, el quiebre en la comunicación es mencionado en más del 70% de los eventos centinela (daños graves a los pacientes) reportados, superando a otros factores de riesgo tales como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta del personal necesario para cumplir la tarea. (Kulekdjian, 2010)

2.2.5 Prácticas basadas en la evidencia

El tema de la práctica de la enfermería basada en la evidencia es polémico, muy actual y de obligado abordaje en el contexto académico, ya que desde el conocimiento de las exigencias de habilitación y acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que imponen el modelo de garantía de la calidad, la elaboración de guías y protocolos basados en los mejores hallazgos disponibles para las intervenciones de cuidado de la salud de los individuos y colectivos.

Se requiere que los futuros profesionales de enfermería posean las competencias necesarias para investigar y contribuir a brindar cada vez mejores cuidados o para apreciar críticamente la producción científica de nuestros colegas. (Cañón, 2007). Para ello, es necesario una conducta abierta e imparcial que permite compartir la información de manera franca y con trato justo para el profesional que se encuentra frente a eventos adversos.

Es importante, además que este basado en un enfoque de sistema, ya que las cosas no están únicamente ligadas al individuo, sino también al sistema en el que se desempeña. Detectar que funciona mal en el sistema ayuda a aprender lecciones y prevenir su reocurrencia. (Cometto & otros, 2011)

2.2.6 Cultura de reporte de eventos adversos

Las instituciones referenciadas han creado diferentes mecanismos para reportar sus eventos adversos que van desde sistemas de informaciones complejas y electrónicas hasta formatos cada vez más sencillos y prácticos para su diligenciamiento, incentivando así el reporte en el personal. Con base en la experiencia exitosa que han tenido las instituciones de salud referenciadas para analizar las causas de los eventos adversos.

Algunas instituciones han seleccionado como método el Protocolo de Londres y el ciclo PHVA han sido un mecanismo adecuado de investigación, el Icontec propone un modelo el cual define niveles de investigación que pueden ser muy adecuados para implementar en la institución. (Africano Díaz, 2010)

2.3 Gestión en seguridad del paciente

Es importante resaltar que, la seguridad del paciente no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la

humanidad y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.

Además, se da importancia a la interrelación que se establece entre enfermero (a) paciente, la cual permite un crecimiento mutuo y en esta el paciente percibe que los cuidados brindados van orientados hacia su recuperación. Bajo este concepto se puede establecer: “que cuidar es el ideal moral de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la vida humana”.

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud. (Morfi Samper, 2010)

2.4 Marco contextual

2.4.1 Caracterización del Hospital San Luis de Otavalo

El Área de Salud No. 4 Otavalo, es una de las cuatro áreas que conforman la provincia de Imbabura; cuenta con 14 unidades operativas, incluido el Hospital Cantonal de referencia San Luis de Otavalo. Siendo una unidad de segundo nivel de atención y una capacidad resolutive media.

El área de salud N° 4 “Hospital San Luis De Otavalo” se encuentra ubicado entre las Calle Sucre y Estados Unidos del cantón de Otavalo, de

la provincia de Imbabura. Brinda atención en: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia.

2.4.2 Historia del Hospital San Luis de Otavalo

El hospital de la ciudad tiene su propia historia. San Vicente de Paul (1560-166) fundó la congregación de la Misión a cuyos miembros se les conoce como Padres Lazaristas o Vicentinos. Para completar su apostolado de atender preferentemente enfermos, leprosos, ancianos, huérfanos y abandonados, organizo adicionalmente la compañía de las hijas de la caridad.

La madre Lucia Guiart, también francesa era superiora del colegio la Inmaculada de esta ciudad; religiosa de enormes virtudes y cualidades ejecutivas, convoco para el 16 de Octubre de 1923 a una reunión de señoras para organizar una institución dedicada a establecer un “Hospital “en el que encontrarán el día no muy lejano tantos necesitados de abrigo y medicinas para el cuerpo, consuelo y alivio para el alma.

Aspiraban reivindicar para tan plausible obra, como base fundamental, el legado que hizo Don Antonio Estévez Mora, a favor de Otavalo, su lugar natal para fundar un hospital con rentabilidad da sus propiedades “Pertibuela “e “Itachi Chiquito”. Su empeño no dio resultado a pesar de valiosas intercesiones. Se recurrió a levantar fondos para la adquisición de un terreno que compraron a Don Antonio Garcés, frente al fundo “San Sebastián”

Doña Teresa Valdivieso de Larrea, propietaria de la hacienda “San Vicente “concedió la explotación de una cantera había en el predio como contribución para cimientos y trabajos iniciales de la obra. Las señoras de la caridad recurrieron al Ministerio de la Guerra (Así se llamaba a el

Ministerio de Defensa Nacional) aprovechando que estaba acantonado en esta ciudad el batallón "Carchi" al mando del Coronel Héctor Icaza.

Los días sábados con plato en mano recorrían el mercado solicitando colaboración para el hospital. Organizaban festivales cinematográficos; los estudiantes otavaleños residentes en Quito: Víctor Gabriel y Enrique Garcés, Humberto Moncayo, Guillermo Garzón, Humberto Rodríguez, con la valiosa y entusiasta participación de las señoritas Rosa Rebeca Ubidia, Aurelia y Blanca Jarrín, organizaron una velada artística y musical para septiembre de 1926, también con el objeto de recolectar fondos.

La liga en comunicación al Municipio le pide la exoneración del pago de impuesto a los espectáculos públicos y la luz eléctrica gratis para esa noche, también la autorización para llevar el piano del Municipio al teatro Bolívar para el mismo objeto.

Años más tarde siendo ministro de previsión social y sanidad don Leopoldo Chávez, contrato los servicios de la construcción con el servicio interamericano de salud. Fue inaugurado el 22 de mayo de 1953 en la tercera administración del Dr. José María Velasco Ibarra.

El área de salud No 4 Otavalo tiene un hospital básico, 10 subcentros, 3 puestos de salud y la casa de la salud "Jambi Huasi". El hospital se creó en 1953 se ubica al norte de la ciudad de Otavalo en una extensión de dos hectáreas de acuerdo a la categorización del ministerio de salud pública, este hospital está catalogado como básico, con una capacidad de 120 camas.

Se cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario y educación para la salud. La modalidad de atención es curativa. El hospital brinda atención

las 24 horas del día con los médicos residentes, los 7 días de la semana.
(Hospital, 2013)

2.4.3 Misión y visión

Misión

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en Calidad y calidez de servicio.

Visión

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que Requieren los servicios de este hospital.

Objetivo General

- a. Proporcionar atención integral a los usuarios, familia y comunidad con participación de los demás miembros del equipo de salud, haciendo hincapié en la integración docente asistencial y en el proceso de enfermería.

Objetivos Específicos

- a. Brindar atención integral, integrada, con enfoque intercultural de acuerdo a la realidad local de los usuarios que asisten a esta casa de salud, con distintas patologías clínico -quirúrgicas en las áreas de

Ginecología, Centro/obstétrico, Medicina. Interna, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Traumatología, Centro Quirúrgico y Enfermería.

- b. Desarrollar programas de educación en servicio en forma Participativa con el equipo de salud, dirigido a usuarios y grupos Organizados
- c. Realizar estudios investigativos de acuerdo a la realidad y Necesidad local y plantear propuestas de cambio que permitan mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.

2.5 Marco referencial

La preocupación por la cultura de la seguridad del paciente surge, a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan 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.

Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro “Errar es Humano”, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables.

Por lo tanto, 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 Organización Mundial de la Salud, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente Singer et al .y Hellings et al. Mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos.

En otro referente teórico “Estado del arte del seguimiento a eventos adversos” se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que “el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado”; 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.

Otro estudio realizado con enfermeras y psicólogos refleja que el 95.2% de los Enfermeros sugieren considerar la seguridad del paciente actualmente como una cuestión muy importante en la asistencia médica y un componente necesario del cuidado de calidad. (Ramírez & otros, 2011)

Cultura de seguridad: Corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Este término abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente, contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad.

Para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, este despliegue parte de “la conciencia de que las cosas pueden ir mal,” y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja.

Desde esta óptica, la “cultura de seguridad del paciente”, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior y la mejora de la calidad de atención.

La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia de salud hasta un mínimo aceptable es una cuestión reconocida a nivel mundial como un componente importante para el logro de la seguridad del paciente y calidad de servicio.

En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que a ella son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la asistencia a los pacientes.

La cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se manifiesta en sus políticas, decisiones y cotidiano de su funcionamiento diario, en las formas, con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí.

Con el análisis de la cultura organizacional de un determinado servicio, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente.

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes.

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación.

Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta y basada en la confianza mutua, gestión del riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

En ese sentido, razón adicional para lograr una cultura de seguridad positiva es el estímulo a la notificación de incidentes por el profesional que es considerada una herramienta eficaz para mejorar la calidad y seguridad del establecimiento

Teniendo en cuenta esto, la utilización de herramientas para evaluación la cultura en seguridad se hace necesaria para comprender las actitudes

y comportamientos de los profesionales en relación a la seguridad del paciente. Investigaciones de evaluación deben tener en cuenta la interacción entre factores organizacionales e individuales, lo que permite una mejor comprensión de la dinámica del equipo y de las actitudes individuales.

Investigar la cultura de seguridad no es sólo identificar la presencia o ausencia de determinadas variables concretas, sino examinar las relaciones individuo-trabajo-organización involucrada en ellas. Esto puede profundizar el conocimiento sobre la cultura de seguridad de una institución con un enfoque en la gestión de riesgos.

Estas prerrogativas básicas han subsidiado los cambios en favor de la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. Por lo tanto, la seguridad del paciente es considerada como un componente crítico de la calidad de la asistencia.

Por lo tanto, es pertinente y oportuno conocer y reflexionar sobre la seguridad del paciente relacionada con la gestión de la seguridad y la cultura organizacional, ya que esto afecta directamente la práctica profesional. El análisis y diagnóstico, proporcionado por la investigación son herramientas valiosas para conocer lo que se han investigado en ese tema y comprender la evolución de los resultados y soluciones que enfatizan un cuidado seguro para la calidad de la atención. (Camargo & Queiroz, 2014)

La OMS estima que a escala mundial, cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención en salud bien financiada y tecnológicamente adelantada.

Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura y tecnología.

Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%.

Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 13 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH". (Organización Mundial de La Salud, La Investigación en seguridad del paciente, 2008, págs. 1-3)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

Para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos

disponibles. Es necesario investigar en muchas áreas para mejorar la seguridad de la atención y prevenir así dichos daños.

La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos. Incluso en los países donde se han realizado progresos, la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema.

Esto dificulta la formación de los equipos de investigación multidisciplinarios y la infraestructura necesaria para producir el conocimiento indispensable para respaldar la mejora de la seguridad en la atención. Para promover la investigación encaminada a mejorar la seguridad del paciente se necesitarán esfuerzos considerables dirigidos a fortalecer la capacidad de investigación.

El objetivo del programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial.

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de

sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisface antes que cualquier otra necesidad es la seguridad.

Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro” (Cantillo Villareal, 2007, pág. 113)

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. Es también una prioridad de la asistencia sanitaria, ya que su complejidad entraña riesgos potenciales por los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y los cuidados, que pueden causar daño e incluso la muerte del paciente.

Estudios realizados en diferentes países cifran la tasa de eventos adversos (EA) entre un 4 y un 17% de los pacientes hospitalizados, de los que aproximadamente un 50%, son considerados como evitables en función del tipo de estudio. El estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) la incidencia de EA

relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% de los pacientes hospitalizados.

Mientras, que en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) la prevalencia de EA fue del 18,6 de consultas, lo que afectaría a una media de 7 de cada 100 pacientes al año. (Tomas, 2010)

Los estudios antes descriptos son una muestra de que este tema es de gran trascendencia a nivel de las Américas, el caribe y Europa en los último años sean creado alianzas con el propósito de crear una cultura de seguridad en el cual están involucrados un número infinito de profesionales de la salud

Para todo esto se requiere que los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente. (Román, 2006)

Ya que la seguridad es un componente clave de la calidad asistencial, y esta ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para pacientes y sus familias, que desean sentir seguridad y confianza en los cuidados sanitarios recibidos, como también para los profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los daños que pueden ser ocasionados a pacientes en el ámbito asistencial, y el coste que éstos suponen, son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias para proponer

planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos en la práctica clínica. (Rodríguez Espinel M. F., 2011- 2016)

Cabe resaltar que la cultura en seguridad del paciente es fundamental en enfermería y en la atención de salud de calidad y como lo consideran algunos autores, son las enfermeras, a quienes más le incumbe esta temática, pues son quienes permanecen mayor tiempo con los pacientes y pueden detectar fácilmente situaciones adversas relacionadas con los cuidados prestados por ellas mismas o por otros profesionales de la salud. (Camargo, & Gómez, 2012)

Hay que destacar que los/las profesionales de enfermería realizan procedimientos y técnicas que sin el conocimiento y capacitación necesaria, pueden conllevar a la ocurrencia de eventos adversos, generando una preocupación y un reto en el ejercicio profesional que sin duda requiere actuación que contribuya a la seguridad y calidad.

Estos retos están orientados hacia la consolidación de la investigación, la educación, la formación ética, el fortalecimiento de la atención en salud, la gestión del cuidado, la internacionalización, el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y finalmente el fortalecimiento de las prácticas simuladas.

Asumir estos retos es un compromiso y una tarea de todas las enfermeras(os), quienes desde diferentes campos de acción: docencia, investigación, gerencia y asistencia, deben contribuir a llevar a la enfermería hacia la autonomía, la identidad y la consolidación como disciplina profesional, en este nuevo siglo (Zambrano Plata, 2011, pág. 84)

Cuidar es servir, asistir, estar responsabilizado, por lo que le suceda a esa persona y es propio de la naturaleza humana. Nace como intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud. La gestión del Cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud.

La salud es un producto y un proceso social. Es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, mientras que como proceso social, está sustentada en la coordinación y organización de los aportes de los múltiples factores relacionados con el estilo de vida.

El logro en la prolongación de la vida es consecuencia del desarrollo científico mundial unido al conjunto de medidas estatales, sociales y culturales que han permitido el incremento de la esperanza de vida al nacer y particularmente del trabajo realizado por los profesionales de enfermería.

La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación.

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado.

La colaboración interdisciplinaria tiene gran importancia en la continuidad y la calidad de los cuidados. El intercambio cognitivo con los especialistas en enfermería, profesionales con experiencia y las consultas entre colegas, así como la superación continúa en diplomados, especialidades y maestrías garantizan la competencia y desempeño de los profesionales.

El trabajo que realiza la enfermera no solo por la calidad de los cuidados y ser participante activa en enseñar técnicamente a familiares y cuidadores de personas con enfermedades avanzadas para ofrecer una mejor calidad de vida, comodidad y dignidad en la etapa final de su vida, también tiene, muy especialmente, la responsabilidad moral del acompañamiento, ayudando al enfermo a morir con dignidad respetándole su autonomía hasta el final de la vida. (Samper, 2010)

La cultura de seguridad necesita un sistema de información que recoja, analice y difunda la información relacionada con los incidentes. Esta cultura informada necesita a su vez de cuatro subculturas: una cultura justa, en la que esté claramente diferenciada la conducta inaceptable que no va ser tolerada de la conducta que, aunque errónea es comprensible.

Una cultura flexible en la que se produzcan modificaciones del organigrama para adaptarse a situaciones de peligro y una cultura de aprendizaje caracterizada por el deseo de extraer conclusiones del sistema de información y la disposición a adoptar las reformas necesarias por importante que sea. Para que tenga éxito la estrategia es indispensable que sea amparada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud.

Es necesario estar consciente del grave problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar una cultura y

motivar que las instituciones de salud desarrollen sistemas más seguros de prevención de errores. (Páez Armenteros, 2010)

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 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. (Hospital Padre Hurtado, 2010)

2.6 Marco Legal

2.6.1 El buen vivir en la constitución del Ecuador

El Buen Vivir, más que una originalidad de la Carta Constitucional, forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social.

Asimismo, el Buen Vivir, se construye desde las posiciones que reivindican la revisión y reinterpretación de la relación entre la naturaleza y los seres humanos, es decir, desde el tránsito del actual

antropocentrismo al biopluralismo (Guimaraes en Acosta, 2009), en tanto la actividad humana realiza un uso de los recursos naturales adaptado a la generación (regeneración) natural de los mismos.

Finalmente, el Buen Vivir se construye también desde las reivindicaciones por la igualdad, y la justicia social (productiva y distributiva), y desde el reconocimiento y la valoración de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida. (Secretaría Nacional De Planificación y Desarrollo, 2014)

2.6.2 Los derechos como pilares del buen vivir

Uno de los elementos claves en la concepción del Buen Vivir es la integralidad, la vida concebida como un todo indivisible. La noción de integralidad se hace efectiva en la nueva carta magna del Ecuador al no establecer jerarquías entre los derechos, superando aquella visión que establecía tipologías en: fundamentales (primera generación), económicos, sociales y culturales (segunda generación) y colectivos (tercera generación).

Al separar y jerarquizar los derechos, el pensamiento liberal apuntala un sesgo individualista y deshace el eje social que los cruza. Esto lleva en la práctica a la existencia de derechos fundamentales y derechos secundarios, bajo esta concepción, los únicos derechos verdaderos son los civiles y políticos, y los otros son sólo enunciados, deseos poco realistas. Detrás de esta concepción está la vieja distinción del liberalismo entre la libertad (concebida fundamentalmente como libertad negativa) y la igualdad.

La libertad tiene prioridad sobre la igualdad. Entonces, existen derechos sustantivos los cuales son inalienables y derechos adjetivos que

podrían pasarse por alto, hasta que se realicen plenamente los primeros. Esta arbitraria jerarquía ha sido un obstáculo para que la mayoría de la humanidad disfrute una vida plena.

La Constitución del Ecuador rompe con esta concepción, enfatiza el carácter integral de los derechos, al reconocerlos como interdependientes y de igual jerarquía (Art. 11, numeral 6) y los organiza en: derechos del Buen Vivir; derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades; derechos de participación; derechos de libertad; derechos de la naturaleza y derechos de protección. (Secretaría Nacional De Planificación y Desarrollo, 2014)

2.6.3. Constitución 2008

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, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud, 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, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, 2008)

2.6.4 Ley orgánica de salud

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y 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.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (Asamblea Nacional Del Ecuador, 2006)

2.6.5 Marco de la ley orgánica del Ecuador

A continuación se describe algunos artículos de la ley orgánica de salud y del nuevo código integral penal más importantes relacionadas con el aspecto de la seguridad del paciente ya que en el en Ecuador no existe una política pública.

2.6.6 Derechos del paciente

Art. 1.- 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. 2.- 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. 3.- 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. 4.- 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 los 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. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 5.- 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.

2.7 Marco Ético

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Nuremberg, fue promulgado en 1947. La Declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial en 1964, es el documento internacional fundamental en el campo de la ética

de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales. La Declaración, revisada varias veces, más recientemente en el año 2000 (Apéndice 2), es una formulación integral sobre ética de la investigación en seres humanos.

Desde la publicación de las Pautas CIOMS de 1993, varias organizaciones internacionales han formulado pautas éticas. Aunque los instrumentos internacionales sobre derechos humanos no se refieren específicamente a la investigación biomédica en seres humanos, son claramente pertinentes.

Se trata, principalmente, de la Declaración Universal de Derechos Humanos -que particularmente en sus disposiciones científicas fue muy influenciada por el Código de Nuremberg del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Desde la experiencia de Nuremberg, las normas jurídicas sobre derechos humanos se han ampliado para incluir la protección de mujeres (Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer) y niños (Convención Sobre los Derechos del Niño). Todos ellos respaldan, en términos de derechos humanos, los principios éticos generales que subyacen a las pautas éticas internacionales de CIOMS.

2.7.1 Principios Éticos Generales

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

2.7.2 Principios básicos

Reconociendo las diferencias que existen entre regiones y países, la investigación hoy debe cumplir con una serie de principios que reflejen la preocupación de los investigadores por hacer lo bueno, lo correcto y lo justo. El reto es tan interesante como abrumador porque, aunque para algunos investigadores no lo parezca, una investigación refleja la identidad moral de quien la hace. En otras palabras, cuando se lee una investigación, el lector se aproxima a los principios morales que la rigen.

Para comenzar hay que aclarar que los principios son normas generales que permiten hacer un juicio. Hacen las veces de marco de análisis y expresan los valores generales que subyacen en la moralidad común. Por supuesto, en el caso de la investigación en salud y en particular en Enfermería, el más importante valor es el de la vida y es precisamente motivado por su protección y su cuidado que se hacen los estudios en salud. A continuación se describen algunos principios básicos.

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad.- Es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia (Garzon Alarcon, 2008)

2.7.3 Pautas

La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos Radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realizan.

Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos. Deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación.

La organización patrocinadora externa y los investigadores individuales Debieran someter el protocolo de investigación para la evaluación ética y científica en el país de la organización patrocinadora. Los estándares éticos aplicados no debieran ser menos exigentes que los establecidos para la investigación realizada en ese país.

En toda investigación biomédica realizada en seres humanos. El investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética

Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación. Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender.

El investigador tiene la responsabilidad de asegurar que el consentimiento informado de cada sujeto sea adecuado. La persona que solicite el consentimiento informado debiera tener conocimiento sobre la investigación y ser capaz de responder a preguntas de los potenciales sujetos.

Beneficios y riesgos de participar en un estudio: En toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados. Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado

Si existe una justificación ética y científica para realizar una investigación con individuos incapaces de dar consentimiento informado, el riesgo de intervenciones propias de la investigación que no proporcionen la posibilidad de beneficio directo para el sujeto individual no debe ser mayor que el riesgo asociado a un examen médico o psicológico de rutina de tales personas.

Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación. Los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Debe justificarse la exclusión de grupos o comunidades que pudieran beneficiarse al participar en el estudio.

2.8 Variables

2.8.1 Variables independientes

1. Cultura de seguridad del paciente
 - a. Área de trabajo
 - b. Características de los encuestados
 - c. Frecuencia de los sucesos notificados
 - d. Valoración del grado de seguridad del paciente

2.8.2 variables dependientes

2. Características del talento humano
 - a. Percepción sobre la unidad
 - b. Percepción del proceso de comunicación
 - c. Percepción de procedimientos para notificar
 - d. Percepción del rol de gestión de la unidad

2.8 1 Matriz de relación de variables

Tabla 1 Tabla de relación de variables

Variable	Definiciones	Indicador	Escala
Área/Unidad de Trabajo	Es el área orientada a la aplicación de los servicios de enfermería, en relacionadas con el individuo, familia y comunidad, desarrollando actividades de promoción, recuperación y rehabilitación.	Servicios con los que cuenta el hospital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emergencia 2. Quirófano / centro obstétrico 3. medicina interna 4. cirugía 5. ginecología 6. pediatría/ neonatología
Características de los encuestados	Se define como meses o años de experiencia del personal de enfermería que se ha dedicado al cuidado de los pacientes	Tiempo que lleva trabajando en este centro	<ol style="list-style-type: none"> a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 6 a 10 años d. De 11 a 15 años e. De 16 a 20 años f. 21 años o mas

		Horas a la semana que trabaja en este centro	<ul style="list-style-type: none"> a. Menos de 20 horas a la semana b. De 40 a 59 horas a la semana c. De 20 a 39 horas a la semana d. 60 horas a la semana o más
Percepción sobre la unidad	La Percepción, es muy importante en el tema de Calidad de Servicio, ya que esta muchas veces sesga nuestra forma de identificar las necesidades, cualidades o gustos de nuestros clientes. Por este motivo debemos conocer muy bien que es la percepción para evitar caer en errores, tomando en cuenta que la calidad de servicio es subjetiva	Grado de satisfacción laboral	<ul style="list-style-type: none"> 1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
Rol de la gestión de la unidad	Todo aquello (políticas, planes, programas, normas, estándares, requisitos) que en sí mismo repercute o puede significar para	Organización de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> 1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo

	la enfermería en su ser y hacer en los diferentes roles en los que interactúa: asistencial, educativo, gerencial e investigativo.		5.Muy de acuerdo
		Jefe/Supervisor	Buena Regular mala
		Cumplimiento de protocolos	Si No A veces
Proceso de comunicación	Es cuando el personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Y cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	Relación entre profesionales	Buena regular mala
Frecuencia de los sucesos notificados	Se define como la práctica de informar sobre la ocurrencia de un evento adverso que puede significar daño para el paciente.	frecuencia de notificados de sucesos	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría de tiempo siempre

Valoración del grado de seguridad del paciente	Conocimiento de la calidad asistencial y organización en un determinado servicio hospitalario que se brinda cuidado directo	Cultura del cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> a. excelente b. muy bueno c. aceptable d. pobre e. malo
Procedimientos para notificar	Rutinas de secuencia para seguir un proceso que conlleva a fin específico	Formularios de notificación	<ul style="list-style-type: none"> 1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Para la realización de la investigación se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo es decir, se dirige primordialmente a la observación, descripción y documentación del estudio de la frecuencia y distribución de los eventos y conductas percibidos por el personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo, a través de criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura del fenómeno de estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes. También se empleó un estudio de abordaje transversal porque la investigación se centró en el análisis de la cultura de seguridad del paciente en un determinado tiempo y que posteriormente se identificara fortalezas y debilidades

Estudio descriptivo: Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes. (Cortés Cortés & Iglesias León, 2011)

Estudio transversal: Permite evaluar la relación existente entre daños y características de los individuos o sus exposiciones, medidas en momento definido del tiempo. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa. (Cortés Cortés & Iglesias León, 2011)

3.2 Diseño

El diseño de estudio que utilizamos en esta investigación es de tipo descriptivo transversal. Se estudió el fenómeno en el contexto natural donde se sucede y se buscó dar elementos para describir la cultura de seguridad del paciente en el hospital San Luis de Otavalo.

3.3. Lugar de Estudio

Hospital San Luis de Otavalo, ubicado en la ciudad de Otavalo, en la provincia de Imbabura. En las calles Sucre Y Quito.

3.4 Universo de estudio

Está constituido por 40 profesionales de enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital San Luis de Otavalo, excepto el servicio de Consulta Externa.

3.5 Muestra

En este caso, no se extrae muestra por ser limitada la población menor a 100 y la encuesta se aplica a la totalidad de la población, es decir al Universo.

3.6 Población

La población estuvo conformada por 40 Profesionales de Enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital San Luis de Otavalo, y que cumplieron con los criterios de inclusión, excepto el servicio de Consulta Externa

Unidades de Observación:

Personal de Enfermería del Hospital San Luis de Otavalo que cumple los criterios de inclusión.

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

3.7.1 Criterios de inclusión

Todos los profesionales de enfermería en servicio activo dentro de la institución en los servicios que brindan cuidado asistencial las 24 horas del día en el Hospital San Luis de Otavalo.

3.7.2 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 las 24 horas del día.

3.8 Técnicas e instrumentos

3.8.1 Técnicas

Encuesta: Es una técnica que consiste en entregar a las personas cuya información se requiere para la investigación, un cuestionario que debe ser llenado por ellas y que va a ser entregado personalmente.

Observación Directa: Tal vez sea la técnica que más uso haga, ya que el permanente contacto con los hechos y acontecimientos permite captar información muy valiosa, no solo para la ejecución del proyecto, sino también para el informe final.

3.8.2 Instrumento

Se utilizó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (Quic), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff. Se aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia.

3.9 Procedimiento

Para el diseño del instrumento, se utilizó la versión española hospital Survey on Patient safety culture patrocinada por el Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC)¹ adaptada por el grupo de investigación, definido como un instrumento para explorar de manera fiable las características laborales del personal de Enfermería, la organización, gestión y procesos de comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería y determinar la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente con el fin de elaborar planes para mejorar la seguridad del paciente a nivel hospitalario. Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes ocho dimensiones de la cultura de seguridad:

Sección A: Su área /unidad de trabajo (agrupa 18 ítems)

Sección B Líder de enfermería (agrupa 4 ítems)

Sección C Institución (agrupa 11 ítems)

Sección D Comunicación (agrupa 6 ítems)

Sección E Frecuencia de eventos adversos/errores reportados (agrupa 3 ítems)

Sección F Grado de seguridad del paciente (agrupa 5 ítems)

Sección G Número de eventos adversos/errores reportados (agrupa 6 ítems)

Sección H Antecedentes (contiene 7 bloques H1, 2, 3,7 agrupa 6 ítems, H4 agrupa 17 ítems, H5 agrupa 3 ítems, H6 agrupa 2 ítems)

La valoración de cada ítems se realizó por medio de la escala de Likert (en 5 escalas) en cada sección, que corresponde a:sección A(5 escalas),sección B (5escalas),sección C (5 escalas),sección D(5 escalas),sección E (5 escalas),sección F,G,H (1 escalas).

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:

Negativa		Neutral	Positiva	
muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
Nunca	raramente	A veces	Casi siempre	siempre

3.10 Análisis de datos

Para el análisis e interpretación se utilizó un diseño uni y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spss pasw statistics versión 18 y los estadígrafos de la estadística descriptiva (medidas de tendencia central).

3.11 Validez y confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se aplicará 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 hispana, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales, cuya fiabilidad se estableció utilizando el coeficiente Alfa de Cron Bach como

modelo que permite medir la consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems para elementos tipificados y el procedimiento de dos mitades de corrección de Spearman-Brown.

Para la aplicación y la validación de la versión española del instrumento se realizó una prueba piloto de la encuesta y empleó a un grupo similar al grupo en estudio, esta se aplicó a 10 profesionales de enfermería del Hospital Estatal de Baeza , ya que la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture es un cuestionario de tipo estructurado, es decir incluye un conjunto establecido de preguntas que se contestan en una secuencia específica y con opciones de respuesta predeterminadas, para posteriormente calcular con porcentajes precisos los datos recogidos en cada ítem. Esto se realizó en el mes de octubre del 2013 para garantizar la calidad y adaptación a la realidad local en términos de validez.

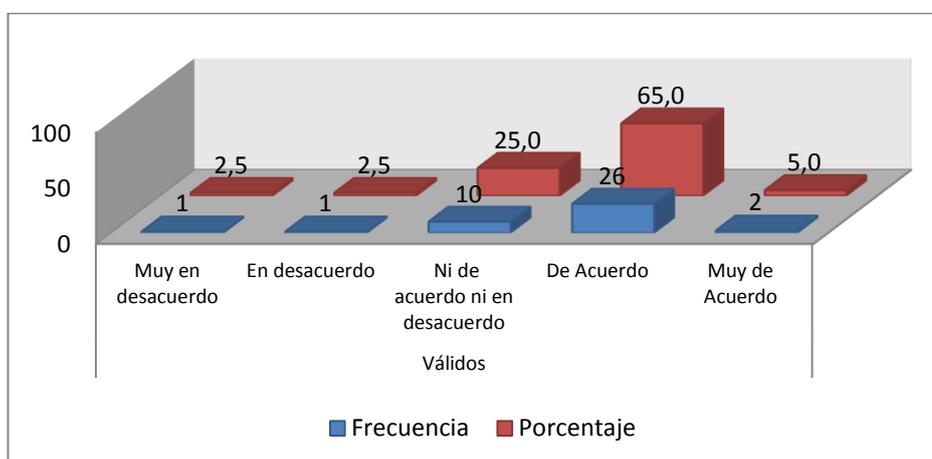
CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Sección A: Su área/ Unidad de trabajo

4.1.1 Trabajo en equipo

Gráfico 1 Trabajo en equipo



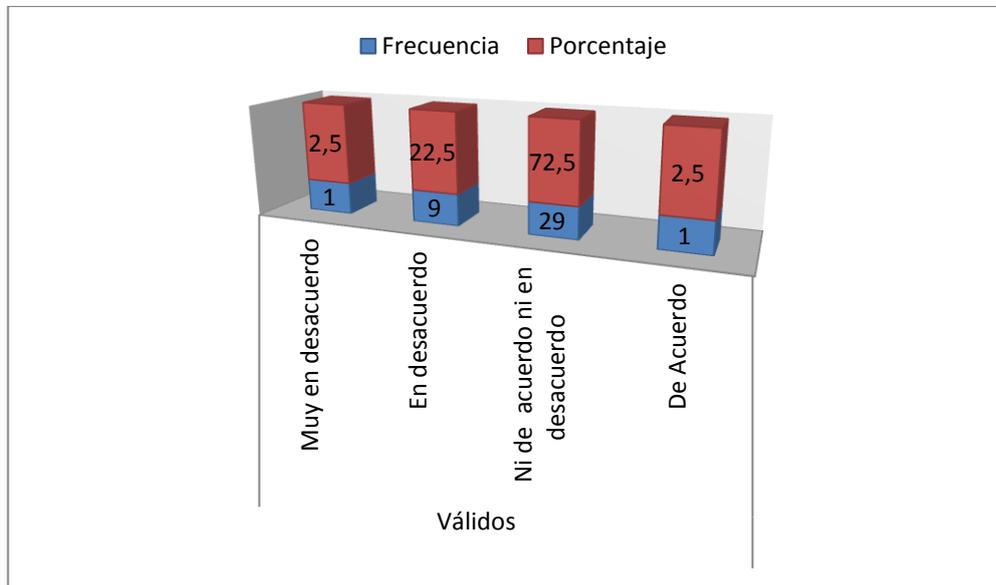
Fuente: Encuesta

Elaborado por: investigadores

Análisis: En este gráfico se puede evidenciar que el 70% del personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo, considera que en el servicio prevalece el trabajo en equipo, llama la atención que el 25% del personal no emita un juicio de valor frente al trabajo en su servicio, ya que en esta dimensión en comparación con el estudio de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español las respuestas positivas representaron el 71.8% similares a las encontradas en nuestro estudio, lo cual es un indicador de las fortalezas del Hospital San Luis de Otavalo y que servirá en la construcción de la cultura de seguridad del paciente.

4.1.2 Trato entre el personal

Gráfico 2 Trato entre el personal



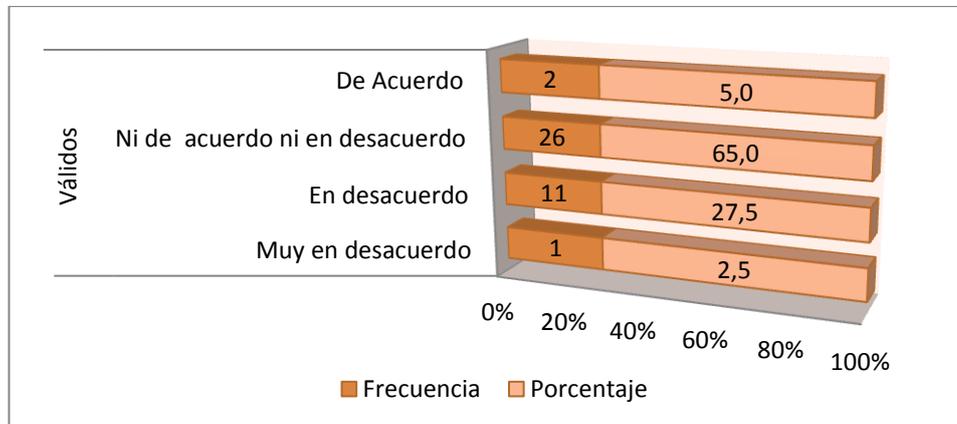
Fuente: Encuesta

Elaborado por: investigadores

Análisis: En este gráfico observamos que del personal encuestado del Hospital San Luis de Otavalo, de acuerdo a el trato entre si el 75% estima que existe respeto entre ellos, y se evidencia que un 25% discrepa ya que afirma que no existe respeto entre profesionales. Y en comparación con el estudio Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería realizado en Bogotá- Colombia se evidencio un valor semejante del 75.3% del respeto entre el personal, lo que significa que esto es en pilar fundamental en la seguridad del paciente. (Gómez & otros, 2011)

4.1.3 Acciones sobre seguridad del paciente

Gráfico 3 Acciones Sobre Seguridad Del Paciente



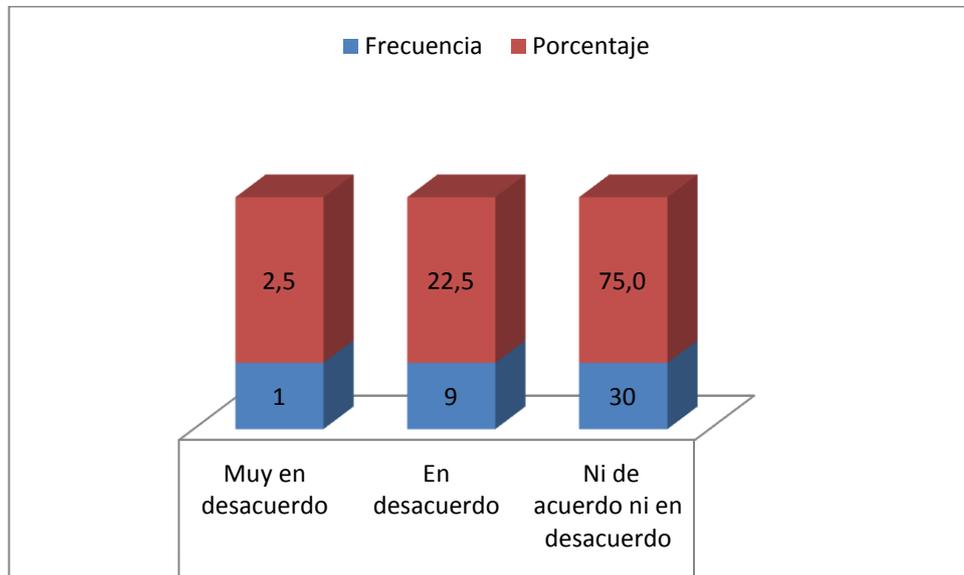
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico se demuestra que el 70% del personal del Hospital San Luis de Otavalo, si realiza actividades que se relacionan con la seguridad de los paciente, frente a un 30% que coincide con el criterio de que no existen acciones para la seguridad del paciente, lo que podría reflejar que si bien la parte de apoyo y soporte en los diferentes servicios para la seguridad del paciente no es precaria si hay un grupo de personas que no están informados frente a las gestiones de apoyo y soporte en este hospital, pero al confrontar con los datos del Estudio análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado encontramos que el 70%, los encuestados perciben que las acciones para la seguridad del paciente son favorecedoras al igual que en el Hospital San Luis de Otavalo, lo cual es considerado como una fortaleza para la Seguridad asistencial de la Institución.

4.1.4 Carga laboral y seguridad del paciente

Gráfico 4 Carga Laboral Y seguridad Del Paciente



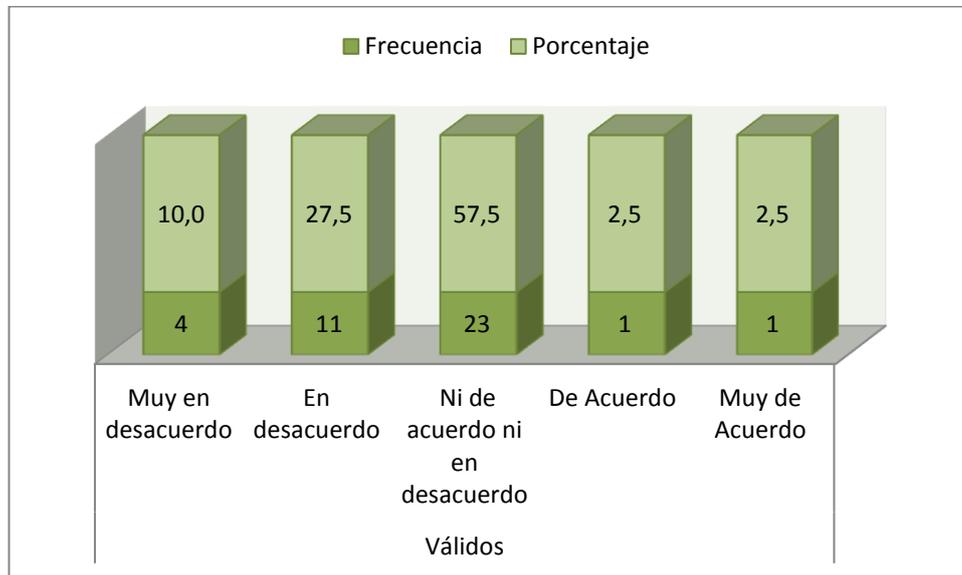
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico se comprobó que de los/as profesionales de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo, existe un porcentaje importante del 75%, que expresa que las jornadas extensas si influyen en el rendimiento laboral y la seguridad del paciente, en contraposición un 25% considera que estas causas no intervienen en la prestación de cuidados y en la seguridad del paciente. Igualmente que en el estudio de cultura de seguridad del paciente de hospitales públicos españoles la carga laboral y la seguridad del paciente alcanzo un 62,5% de respuestas negativas, por ende se hace necesario que en el Hospital San Luis de Otavalo, la carga laboral del talento humano sea revisada para garantizar la seguridad del paciente y que la formación continua de los profesionales para no poner en riesgo la vida del paciente es indispensable.

4.1.5 Disponibilidad del personal

Gráfico 5 Disponibilidad del personal



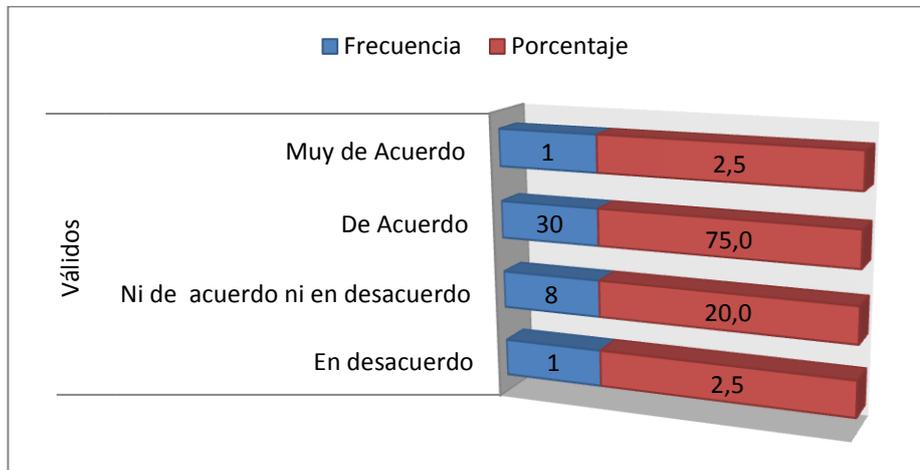
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En el gráfico en el cual se menciona la disponibilidad del personal, de las/os encuestados el 95% emite un juicio de valor el cual es de gran relevancia ya que se estableció que no hay suficiente personal en los distintos servicios del Hospital San Luis de Otavalo para la realización de actividades inherentes, de la misma manera el 5% opina que la disponibilidad de talento humano es adecuado en relación a la complejidad de los cuidados prestados. Comparando los resultados obtenidos en el estudio de cultura de seguridad del paciente de hospitales públicos españoles con un valor obtenido que fue del 50%.siendo esta una debilidad en estudios internacionales como en el que se mencionó y en cuanto a los datos obtenidos en nuestro estudio podemos decir que la falta de personal representa el 95%, considerando también esta dimensión de la cultura de seguridad del paciente como una debilidad en el Hospital San Luis de Otavalo, para lo cual se propone la contratación de más talento humano que satisfaga las necesidades de la institución.

4.1.6 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente

Gráfico 6 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente



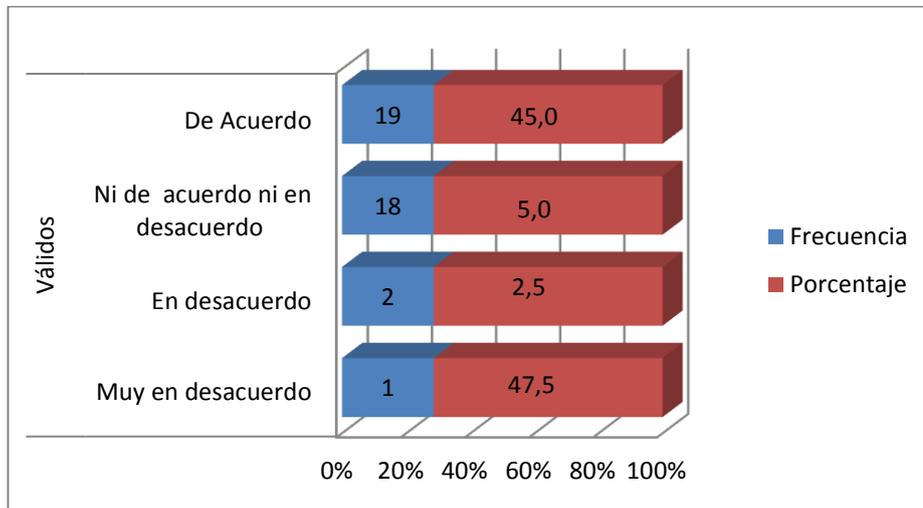
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se enuncia que el personal trabaja más horas de lo adecuado para la seguridad del paciente, el 78% de las enfermeras que prestan sus servicios en el Hospital San Luis de Otavalo, afirman que laboran más horas de lo conveniente con la finalidad de garantizar la seguridad de los pacientes ,ya que el cuidado de enfermería es un sentimiento netamente humano , en contraposición un 22% el cual es evidencia de la poca solidaridad en cuanto a la prestación de servicios adicionales para garantizar la calidad de atención. En este sentido en el estudio de cultura de seguridad del paciente de hospitales públicos españoles en donde se menciona la carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente esto al alcanzo el 70% de las repuestas negativas. Estos datos también son considerados debilidades en nuestro estudio por lo que es necesario que personal de enfermería exija una adecuada dotación de personal para garantizar y minimizar la ocurrencia de errores en la atención.

4.1.7 Asignación temporal del personal

Gráfico 7 Asignación temporal de personal



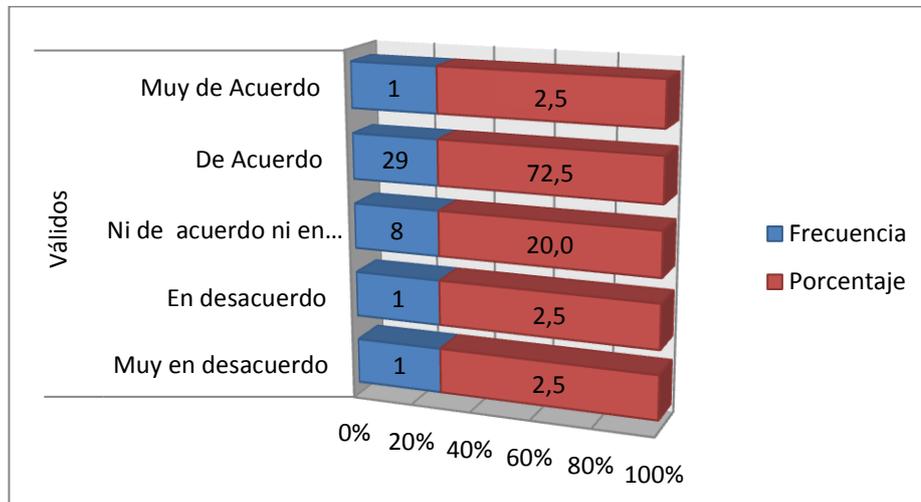
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a la asignación temporal de personal dentro del Hospital San Luis de Otavalo, de las enfermeras encuestadas el 52% manifiesta que se utiliza personal temporal para garantizar el cumplimiento de las actividades en los distintos servicios con la finalidad de brindar cuidados de calidad que prioricen la seguridad del paciente, además es de gran importancia tomar en cuenta que el 48% de las profesionales estipulan que no hay la asignación de talento humano temporal para la prestación de cuidados a los pacientes. Cabe señalar que sólo el 7% de las encuestados en el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado consideran que existe demasiado personal de reemplazo temporal, quienes frecuentemente se asocian con una mayor incidencia de EA. Y en comparación con nuestro hospital esto demuestra que el personal temporal asignado en los distintos servicios representa un alto porcentaje, lo que significa un alto riesgo por la ocurrencia de eventos adversos y es indispensable la formación continua del personal temporal.

4.1.8 Trabajo colaborativo en la unidad

Gráfico 8 Trabajo colaborativo en la unidad



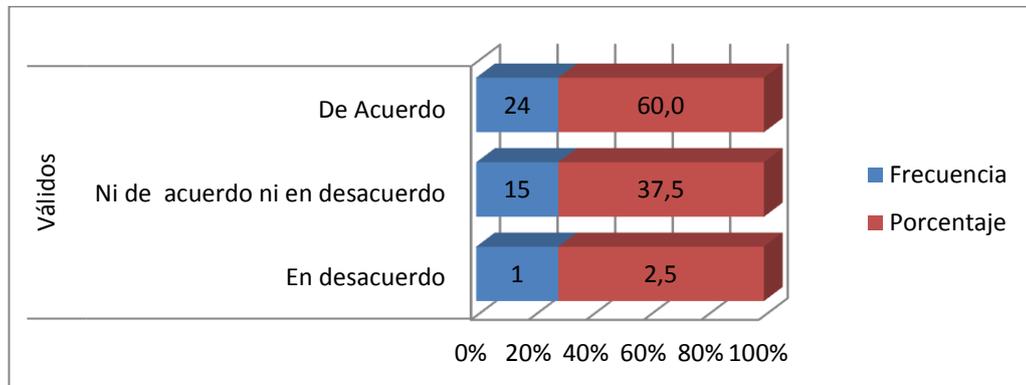
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico el cual se refiere al trabajo colaborativo en los distintos servicios del Hospital San Luis de Otavalo, se determinó que el 75% de las enfermeras se ayudan mutuamente para ejecutar actividades relacionadas con el cuidado del paciente, mientras un 25% estima que no hay colaboración entre si cuando hay mucho trabajo por realizar. En referencia al estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado con el 87% de los encuestados reconocen un excelente trabajo colaborativo al interior de las áreas de trabajo. Éste ámbito también es una fortaleza dentro del hospital san Luis de Otavalo, eje fundamental en la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

4.1.9 Percepción sobre errores y la implicación del error profesional

Gráfico 9 Percepción sobre errores y la implicación del error profesional



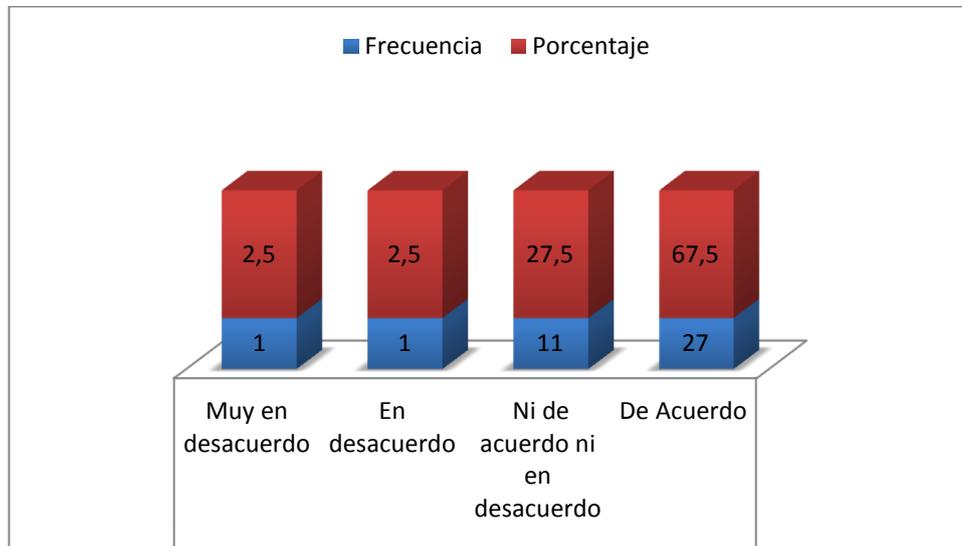
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico se puede evidenciar en relación a la percepción sobre errores y la implicación del error profesional que del total de las profesionales encuestadas en el Hospital San Luis de Otavalo, el 60% estiman que los errores si son motivos para ser usados en su contra, como una manera de sancionar a la persona que lo comete, sin embargo un 40% sustenta que los errores profesionales no repercuten negativamente en el ejercicio de su profesión. De acuerdo con el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español la percepción de errores represento el 61,6%, estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio, lo cual es reflejo de una cultura punitiva y el cambio debe ser enfocado a la generación de conocimientos a partir de los errores.

4.1.10 Toma de decisiones para fomentar el cambio

Gráfico 10 Toma de decisiones para fomentar el cambio



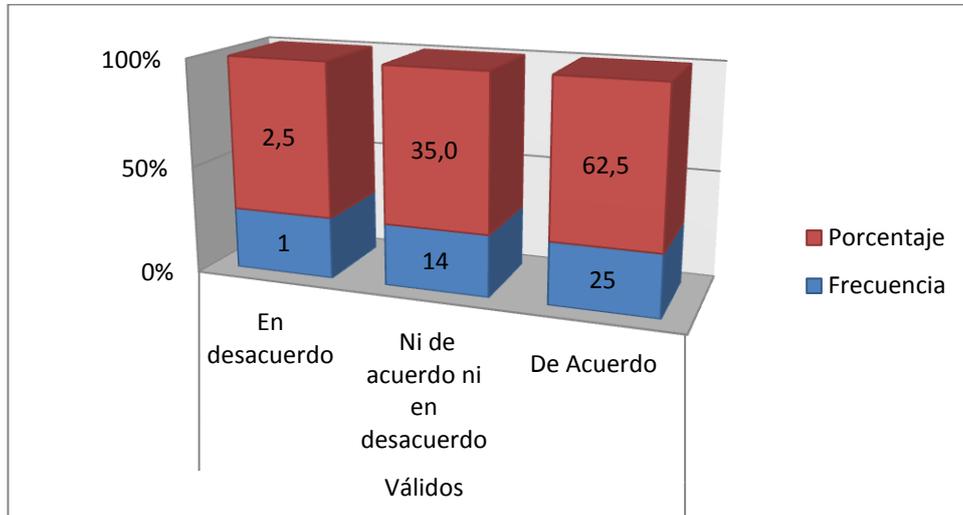
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a la toma de decisiones para fomentar el cambio en el personal de enfermería, el 68% determinó que el análisis y la corrección de errores dentro de la institución han llevado a cambios sustanciales que fortalecen el crecimiento profesional y laboral, en contraposición un 32% discrepa ya que establece que no ha habido los correctivos necesarios para mejorar en este sentido. En comparación con el estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado en relación a la toma de decisiones frente al cambio el 83% de los encuestados considera que existe una adecuada autodeterminación para tomar los correctivos en la ocurrencia de errores dentro de la institución y en el hospital objeto de este estudio eso correctivos han llevado a cambios sustanciales pero es necesario implementar una política institución de cultura de reporte de errores.

4.1.11 Percepción sobre la casualidad del error

Gráfico 11 Percepción sobre la causalidad del error



Fuente: Encuesta

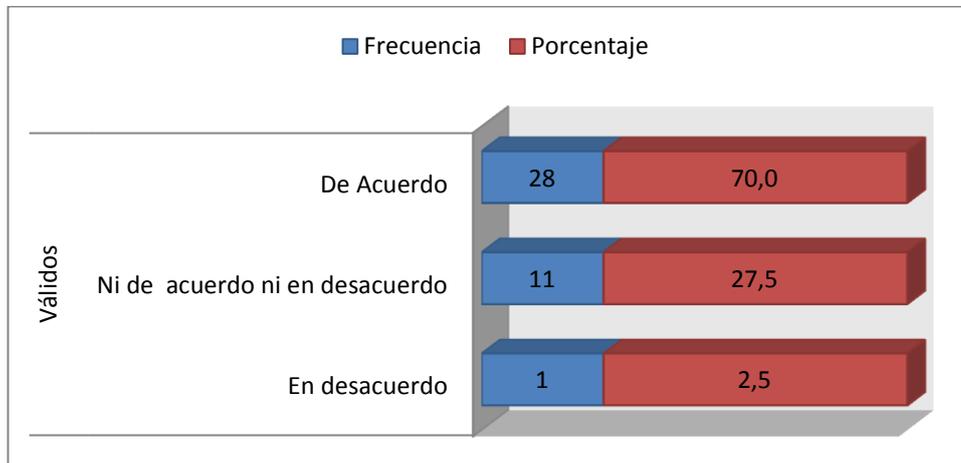
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico podemos observar que la percepción de la causalidad de los errores por las enfermeras que laboran en el Hospital San Luis De Otavalo, se evidencio que el 63% de las encuestadas estiman que existe una alta incidencia de errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, sin embargo un 37% consideran que en sus servicios la ocurrencia de errores no representan un indicador significativo en cuanto a seguridad de los pacientes.

Llama la atención en el estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado, que el 74% representa la ocurrencia de errores, mientras que en el hospital en estudio esto represento el un valor similar y esto se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución, para minimizar esto es necesario crear un sistema de notificación de errores para que sean evaluados en el futuro en beneficio de la mejora continua.

4.1.12 Percepción de la notificación del evento adverso

Gráfico 12 Percepción de la notificación del evento adverso



Fuente: Encuesta

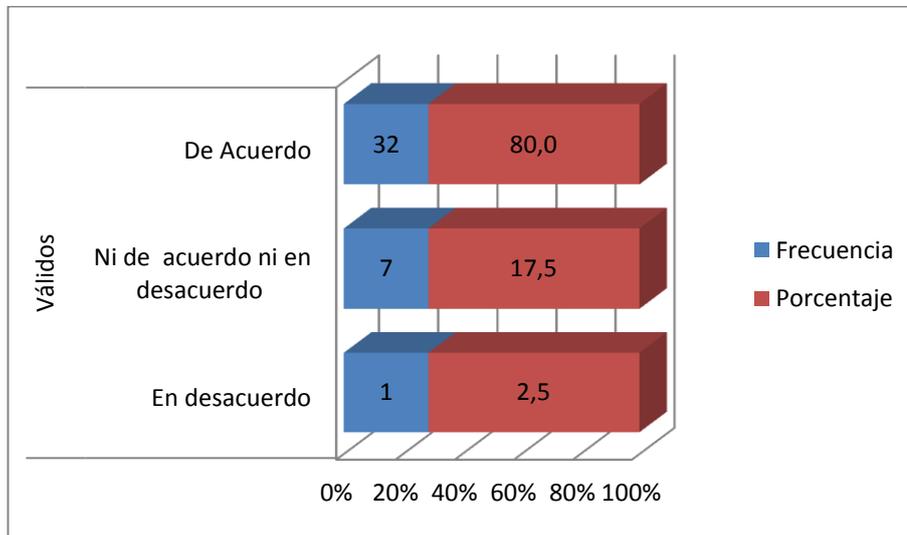
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en cual se menciona la percepción, que tiene el personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo en cuanto a la notificación de eventos adverso el 70% considera de que si se conoce que es eventos adversos pero estos no son reportados y un 30% estima que estos se presenta pero y son reportados.

A pesar de la alta percepción de notificación de los incidentes en el Hospital Padre Hurtado, el 41% de los encuestados no ha reportado eventos en el último año y en nuestro estudio el 70% afirma que estos se presentan pero no son reportados, ya que no tienen una visión clara de los eventos adversos y la implicación en la calidad de atención, imprescindible la capacitación continua en beneficio de la cultura del reporte.

4.1.13 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad

Gráfico 13 Percepción De La Seguridad Del Paciente En La Unidad



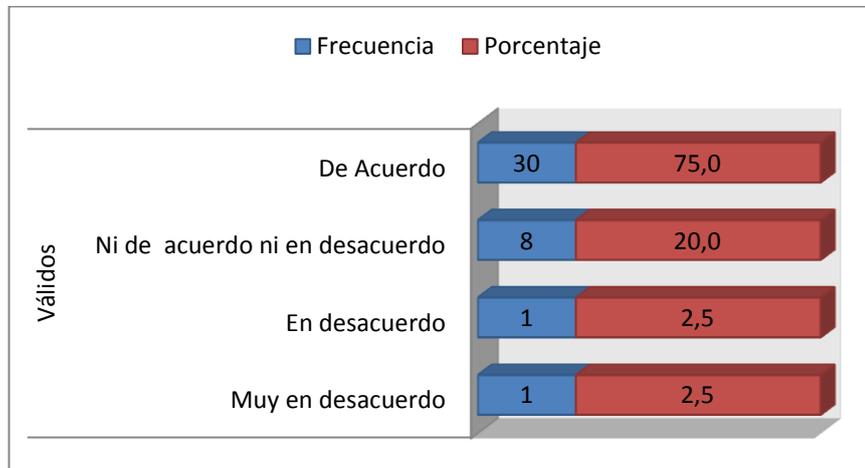
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En el presente gráfico en el cual se relaciona con la percepción de la seguridad del paciente en los distintos servicios del Hospital San Luis De Otavalo, el 80% de las enfermeras perciben que no existe una visión clara de los procesos en seguridad del paciente, pero un 20% refiere que en esta institución se están desarrollando métodos que garanticen el cumplimiento en cuanto a este tema. En comparación con el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español el 26% considera que hay problemas con la seguridad de los pacientes al interior de la Unidad. Mientras, que en el hospital de estudio esta dimensión es muy elevada con un 80% dado por la falta de información sobre este tema, por motivo que se ha desarrollado un curso auto administrado con las bases fundamentales en seguridad del paciente que servirá para mejorar los procesos de seguridad del paciente y por ende la cultura de seguridad.

4.1.14 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

Gráfico 14 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente



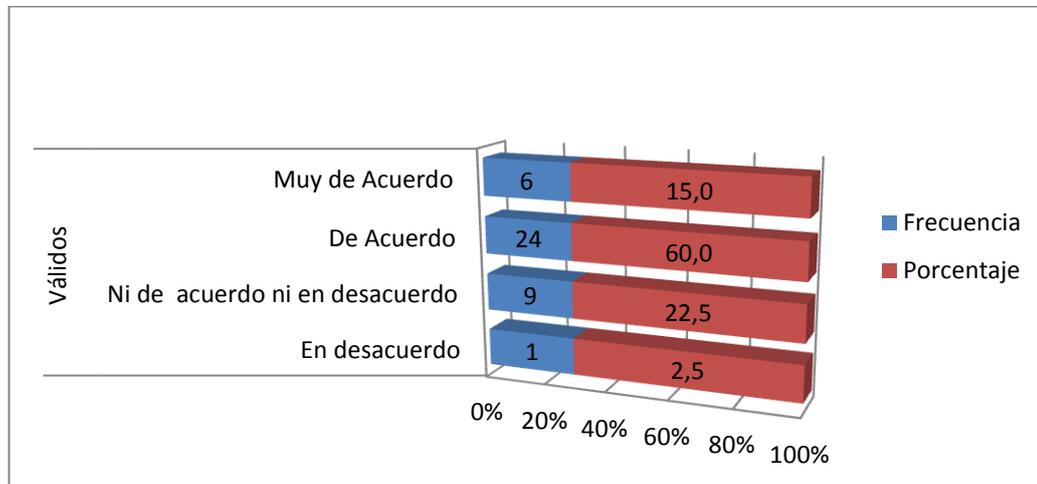
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes y la evaluación de la efectividad por parte de los profesionales de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo, el 75% del personal reconoce que los cambios que se han realizado en la institución son de gran trascendencia en cuanto a la provisión de servicios con calidad, sin embargo se debe tomar muy en cuenta que un 25% revela que no habido avances importantes en relación a la efectividad y seguridad para los pacientes.

4.1.15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores

Gráfico 15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores



Fuente: Encuesta

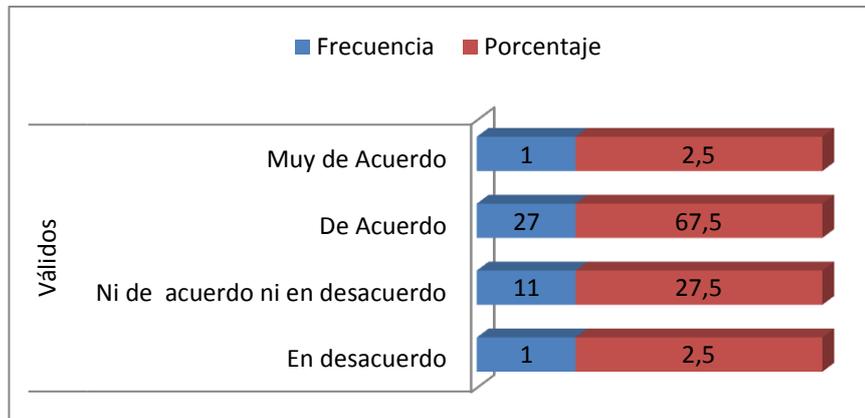
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en cuanto a los procedimientos y sistemas efectivos frente a errores, los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Luis de Otavalo, el 75% afirmaron que las estrategias utilizadas son eficaces en la prevención de errores, pero también un 25% se pronuncia en cuanto a que no se han establecido pautas concretas para disminuir la prevalencia de riesgos asistenciales. En similitud con el estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado el 58% de los encuestados, considera que las estrategias en prevención de errores no son eficaces en la reducción de estos, en consecuencia en el hospital objeto de estudio se debería adoptar estrategias internacionales para mejorar este parámetro ligado a la cultura de seguridad del paciente.

4.2 Sección B: Su líder de enfermería

4.2.1 Estimulo al personal

Gráfico 16 Estímulos al personal



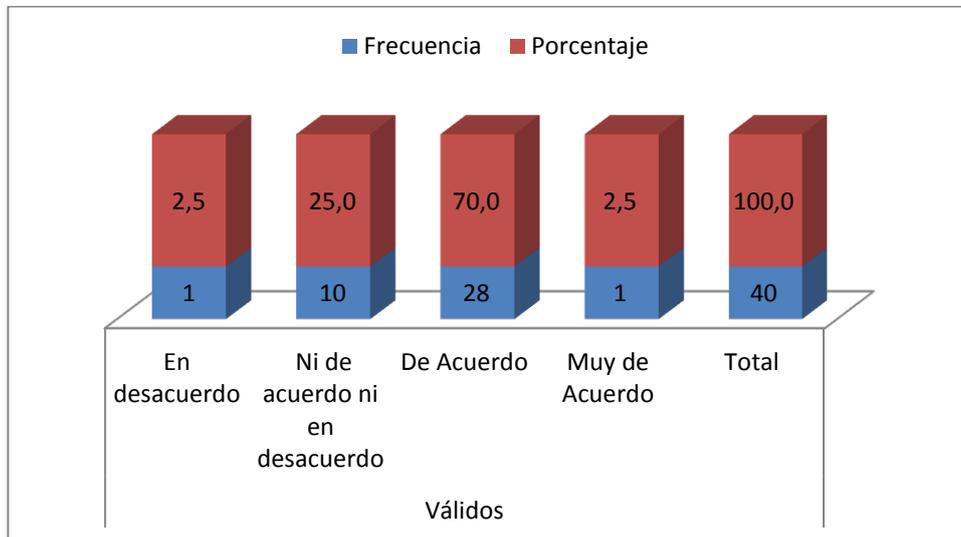
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en relación a los estímulos al personal por parte del jefe, las enfermeras/os que fueron encuestados en el Hospital San Luis de Otavalo establecieron que el 70% recibe comentarios favorables cuando hay un trabajo bien hecho que garantice la seguridad del paciente, sin embargo un 30% emite un juicio de valor en el que se identifica que no hay una estimulación al personal por sus superiores. Pero al comparar estos datos con el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español se evidencio una tendencia similar que represento el mismo 70%, en donde la estimulación al personal es favorable, lo cual es considerado como una fortaleza para la implementación de la cultura de Seguridad asistencial de la Institución.

4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias

Gráfico 17 Disposición para aceptar sugerencias



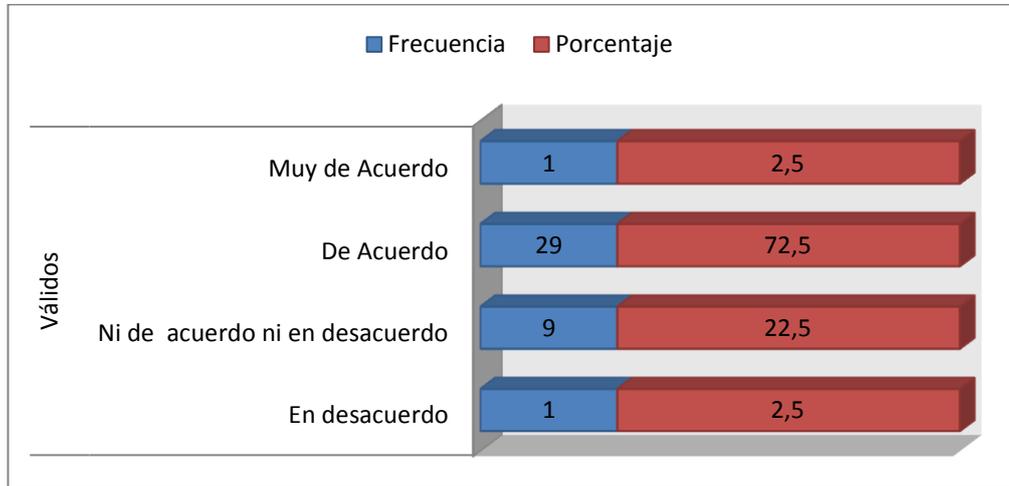
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en donde se hace referencia a la disposición para aceptar sugerencias, el personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo, afirmó que el 72,5% que su jefe recibe sugerencias por parte del personal para una práctica clínica segura, en contra posición el 27,5% revela que su dirigente no acepta sugerencias para mejorar la seguridad del paciente. Y en comparación con en el estudio Análisis de la cultura de seguridad del Hospital Padre Hurtado el 83% de los encuestados considera que existe una apertura de comunicación para manifestar sus dudas y /o comentarios relacionados con aspectos que pueden afectar la seguridad clínica. Estos datos en nuestro estudio también son una fortaleza, ya que la comunicación efectiva es la base fundamenta de toda organización.

4.2.3 Toma de decisiones frente a problemas

Gráfico 18 Toma de decisiones frente a problemas



Fuente: Encuesta

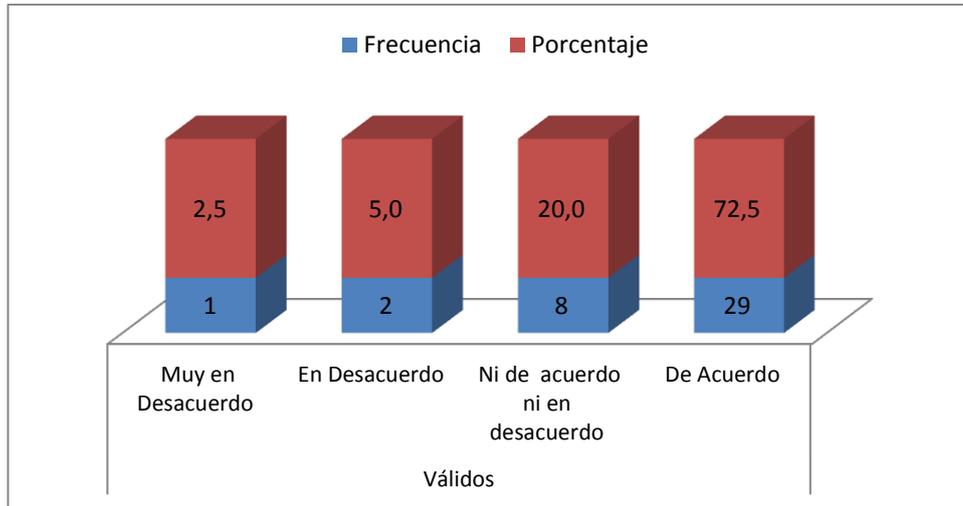
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a la toma de decisiones del jefe en cuanto a los problemas de seguridad del paciente que se presentan con mayor frecuencia en los servicios del Hospital San Luis de Otavalo, el 75% del personal de enfermería establece que su dirigente toma muy en cuenta los inconvenientes que se relacionan con la seguridad del paciente. Mientras un 25% afirma que no se presta mayor atención a los sucesos que se presentan con repetición en la prestación de servicios. Y comparando estos datos del estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente del Hospital Padre Hurtado el 78% de respuestas positivas considera que la líder del servicio actúa como un apoyo para la Seguridad del paciente. Mientras, que en el Hospital objeto de estudio este mismo parámetro revelo que la líder propicia un ambiente favorable para la Seguridad del Paciente y está también constituye una puerta de inicio hacia el cambio.

4.3 Sección C: Su institución

4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente

Gráfico 19 Ambiente laboral para la seguridad del paciente



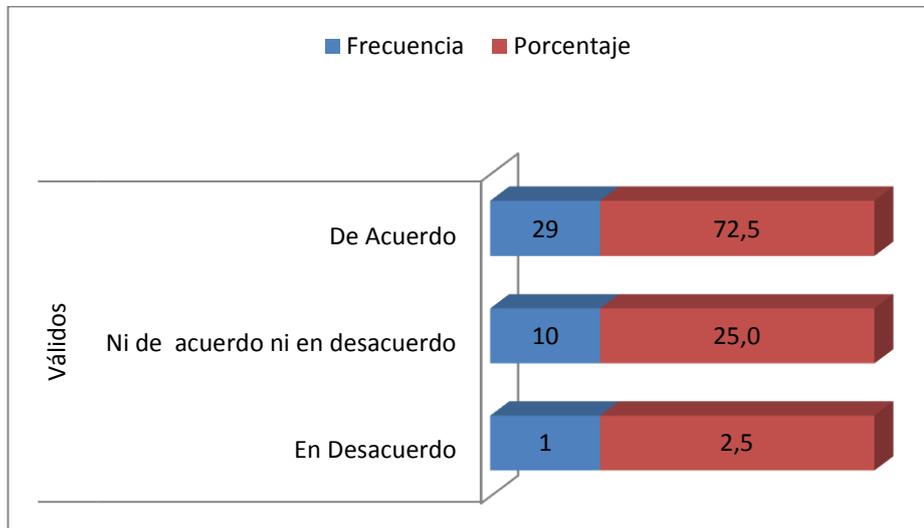
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en cuanto a la dirección de la institución frente al ambiente laboral en donde se promueve la seguridad del paciente, de las enfermeras encuestadas en el Hospital San Luis de Otavalo el 72,5% afirmó que hay un buen ambiente laboral que garantiza la seguridad del paciente, además se debe tomar muy en cuenta que el 27,5% determinó que el entorno de trabajo no es el adecuado para desarrollar prácticas clínicas seguras. Al comparar datos sobre este mismo tema con el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, destaca el importante porcentaje de encuestados que afirma que el ambiente laboral de la Institucional es uno de los objetivos fundamentales de las estrategias para garantizar la seguridad del paciente, lo mismo ocurre en el Hospital San Luis de Otavalo que el bienestar laboral influye en gran medida en la cultura de seguridad del paciente por eso esta estrategia debe ser cultivada a diario.

4.3.2 Cooperación institucional

Gráfico 20 Cooperación institucional



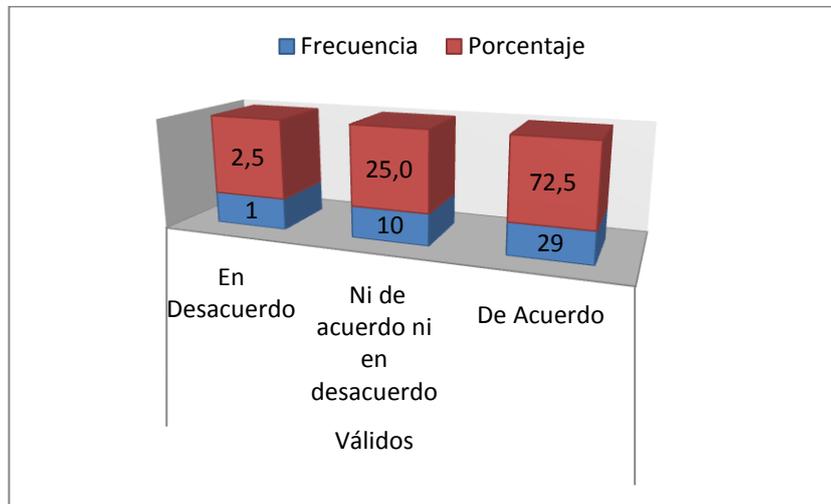
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en relación a la cooperación institucional del total de los profesionales encuestados, el 72,5% del equipo de enfermería afirmaron que el trabajo entre los diferentes servicios del Hospital San Luis de Otavalo, propicia un trabajo en equipo con el único fin de brindar atención con calidad, sin embargo el 27,5% revela que no existe cooperación entre las distintos estamentos del hospital. Mientras al comparar resultados con el estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado se evidencio que la cooperación entre servicios es dinámica, centrada en el respeto de los roles que desempeña cada una de las unidades para fortalecer la cultura organizacional. En cuanto a nuestro estudio la relación entre unidades se mantiene con gran similitud a los estudios que hacen referencia a la cultura de seguridad del paciente, pero es necesario que en un futuro esta parte importante de la seguridad sea evaluada nuevamente con el objetivo de lograr la mejora continua de los hospitales públicos.

4.3.3 Políticas institucionales y seguridad del paciente

Gráfico 21 Política institucional y seguridad del paciente



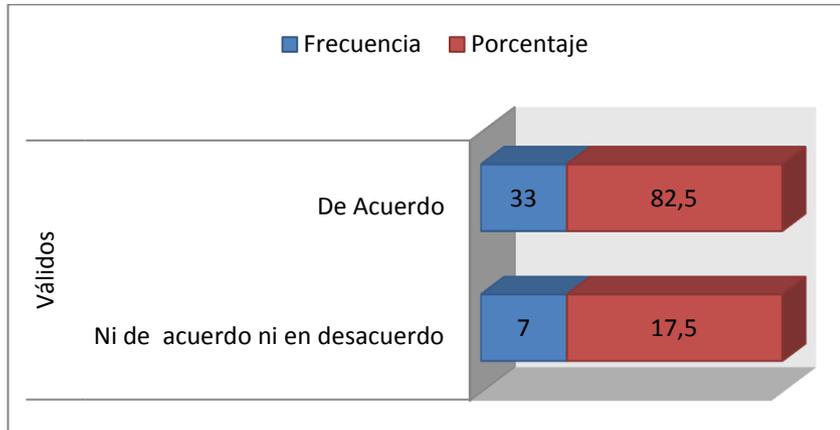
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a el interés en la seguridad del paciente en la ocurrencia de errores en el Hospital San Luis de Otavalo, del personal de enfermería encuestados el 72,5% estima que las autoridades que ejercen la dirección de la institución muestran un gran interés en mejorar e impulsar políticas que eviten la ocurrencia de eventos adversos en los distintos servicios, sin embargo el 27,5% emite un criterio de valor ya que consideran no hay un conocimiento en cuanto a esta temática. Pero al comparar resultados con el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, esta particularidad representa una parte muy importante en la dirección y gestión ya que las políticas institucionales hacen que una entidad logre la calidad de atención al paciente desde un enfoque de seguridad y velando por su bienestar. En el hospital objeto de estudio el resultado en términos de porcentajes fueron similares, pero es indispensables que se elaboren políticas específicas dentro de esta institución que impulse la cultura de seguridad del paciente.

4.3.4 Su Comunicación de la información

Gráfico 22 Comunicación de la información



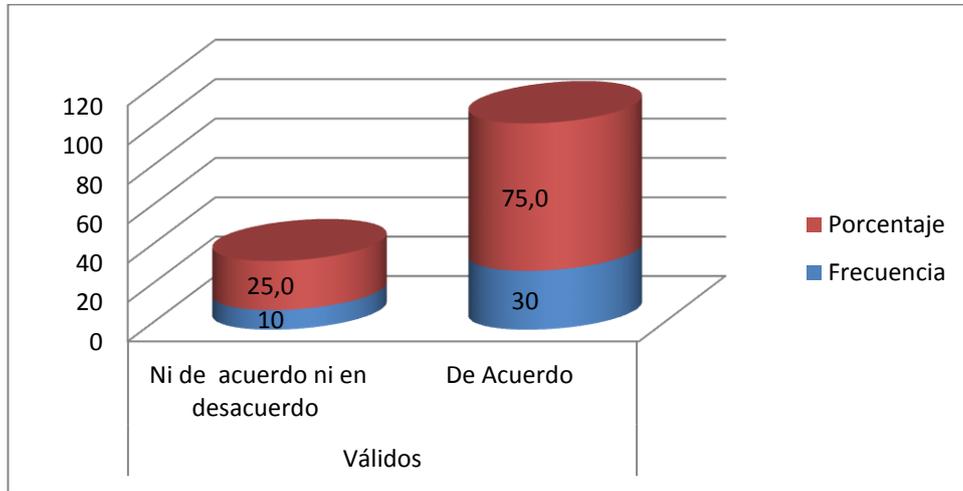
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: en este gráfico en el cual se menciona sobre los problemas en el intercambio de información entre los servicios del Hospital San Luis de Otavalo, el 82,5% de los y las enfermeras de esta institución estiman que la comunicación entre si es adecuada y no propicia problemas entre profesionales, pero el 17,5% asegura de que existen varios problemas entre unidades que dificulta el intercambio de información. es importante resaltar que en el estudio una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente respecto a la comunicación entre ellos ,represento un 76% que dio como resultado un alto indicador de comunicación efectiva siendo una fortaleza en de los hospitales españoles, en nuestro país específicamente en el hospital San Luis de Otavalo esta dimensión significa también una fortaleza , pero es indispensable establecer estrategias para mantener y mejorar la gestión de comunicación entre el equipo de cuidado asistencial.

4.3.5 Cambios de turno del personal

Gráfico 23 Cambios de turno del personal



Fuente: Encuesta

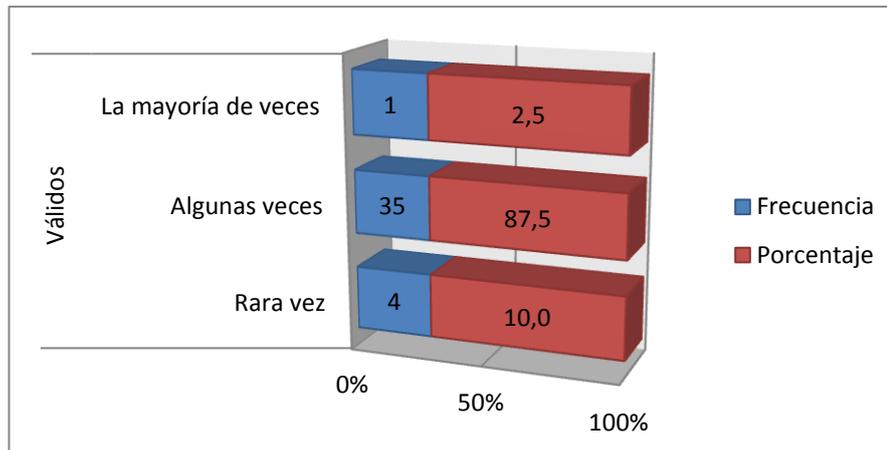
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico que se relaciona con los cambios de turno en el Hospital San Luis de Otavalo, el 75% del personal de enfermería considera que la entrega recepción de turnos es el mayor problema que existe en los diferentes servicios, pero cabe destacar que un 25% afirma que el intercambio de información en los turnos no representa problemas para los pacientes. Pero cabe destacar que en el estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español un 62% afirma, que en la entrega y recepción de turno representa uno de los mayores problemas en los hospitales públicos españoles. Lo mismo sucede en el Hospital San Luis de Otavalo, ya que su personal de enfermería afirma que la pérdida de información impide el adecuado intercambio de información de diagnósticos, tratamientos y procedimientos, por este motivo se debe incentivar la organización efectiva en los distintos servicios.

4.4 Sección D: Comunicación

4.4.1 Retroalimentación para el cambio

Gráfico 24 Retroalimentación para el cambio



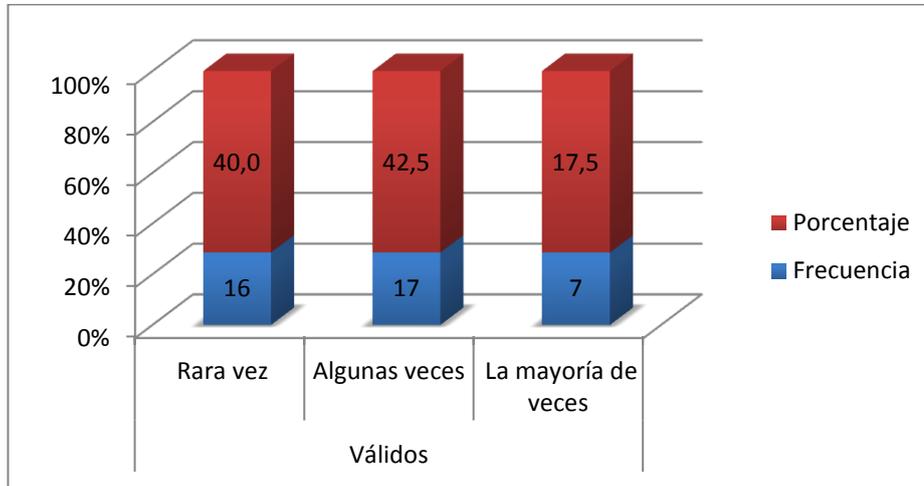
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se menciona la retroalimentación para el cambio en los diferentes servicios que brindan cuidado directo a al paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, el 90% revela que los cambios que se realizan en la institución son socializados para que cada uno de los profesionales estén al tanto de esta temática de eventos adversos, sin embargo el 10% aprecia de que no hay un intercambio de conocimientos dentro de la institución en cuanto a seguridad del paciente. En el estudio análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado, la retroalimentación o feed-back es el punto central ya que de este se originan los conocimientos sobre errores y los correctivos necesarios en pro de la mejora de la unidad asistencial, esto represento el 87% este valor es similar al encontrado en nuestro estudio, pero es indispensable que la retroalimentación se realice no solo al personal de enfermería, sino a todos los profesionales inmersos en el cuidado y mantenimiento de la salud.

4.4.2 Notificación de errores

Gráfico 25 Notificación de errores



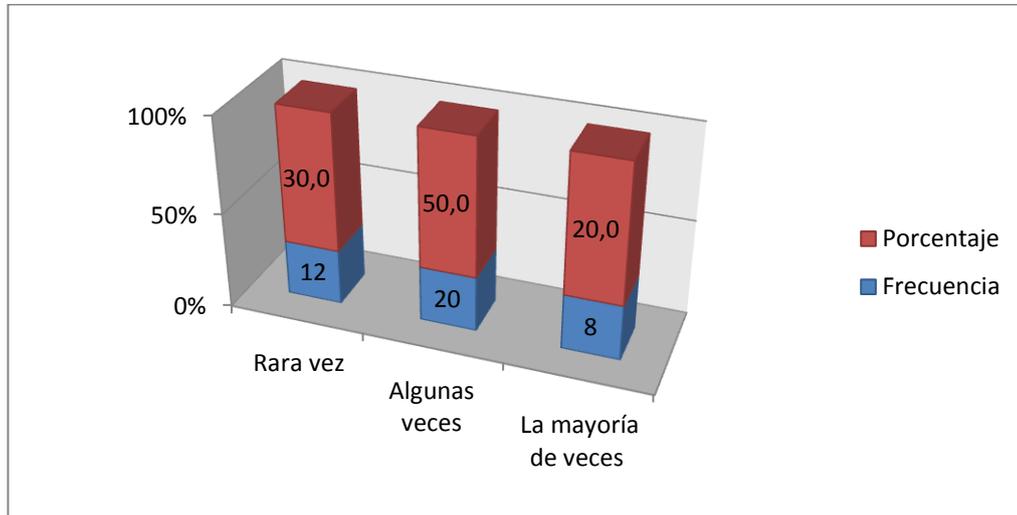
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en cuanto a la notificación de errores por parte del personal que labora en el Hospital San Luis de Otavalo, el 82,5% revela que no existe una cultura de reporte de errores que se cometen en su servicio, ya que estos no solo son cometidos por el equipo de enfermería, sino también por otros profesionales involucrados en la recuperación de la salud del paciente, en consecuencia el 17,5% estima que en algunos casos se realiza el reporte de errores. Al comparar los resultados obtenidos en el estudio en el Hospital Padre Arturo con las mismas características la no notificación de errores fue del 41%, mientras en el Hospital San Luis de Otavalo este valor fue del 82,5% que refleja el poco interés de los profesionales en el reporte de eventos adversos, pero también es importante que exista la capacitación y la creación de un formulario sistema para que estos sean notificados.

4.4.3 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

Gráfico 26 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones



Fuente: Encuesta

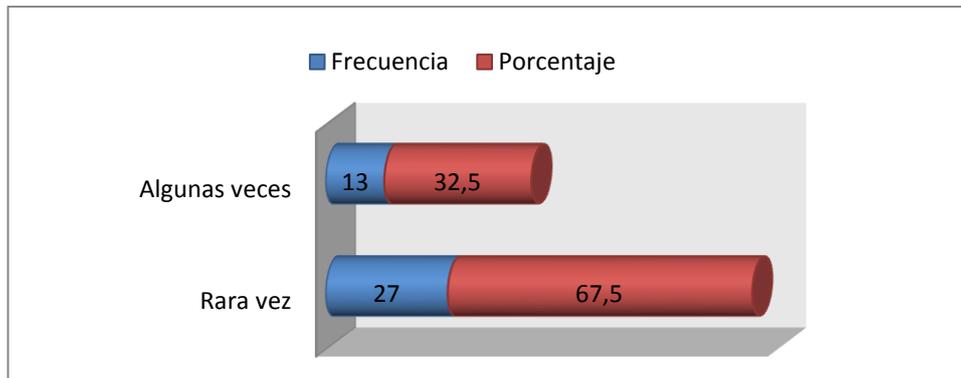
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en relación a la participación del personal en el análisis y toma de decisiones. De los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital San Luis de Otavalo, el 80% tiene una convicción de que no existe participación del personal en el estudio de estrategias o decisiones para el mejoramiento del servicio o unidad, sin embargo llama la atención que el 20 afirmó que el talento humano de los distintos estamentos del hospital trabaja activamente articulándose personal que presta cuidado y líderes de servicios. Esto es importante ya que en estudios como el de cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia, esta misma característica tiene una gran relevancia ya que represento el 93% , en donde el análisis y la toma de decisiones en beneficio del talento humano y de la institución, pero en el Hospital San Luis de Otavalo esta dimensión revelo un dato negativo ya que se evidencio la no participación del personal de menor jerarquía y las decisiones solo las toma el líder de cada servicio,

4.5 Sección E: Frecuencia de eventos adversos/ Errores reportados

4.5.1 Reporte de errores sin daño al paciente

Gráfico 27 Reporte de errores sin daño al paciente



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

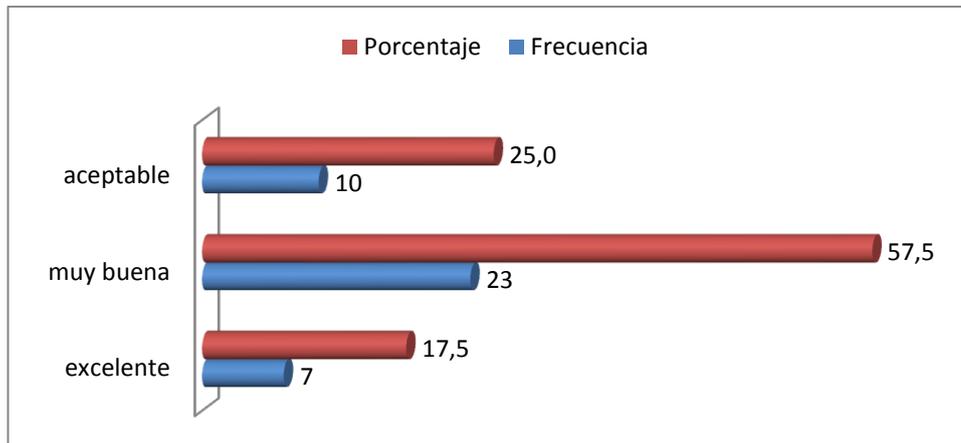
Análisis: En este gráfico en relación al reporte de errores sin daño al paciente, del personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo, el 67,5% considero que no existe reporte de errores por muy simples que sean o que puedan suponer un riesgo para el paciente, pero también se debe tomar en cuenta que el 32,5% estimo que en ocasiones estos son reportados pero con temor de alguna sanción a la persona causante del evento adverso

Comparando los resultados del estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, el reporte de errores represento una de las debilidades encontradas ya que no se reporta los errores por miedo a que repercuta en la permanencia en la institución, en cuanto al estudio realizado en el Hospital San Luis de Otavalo se evidenció de que no existe un reporte de errores por más simples que sean y en algunos casos son reportados con temor y estos representa un gran debilidad en esta institución prestadora de salud

4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente

Valoración del grado de seguridad del paciente

Gráfico 28 Valoración del grado de seguridad del paciente



Fuente: Encuesta

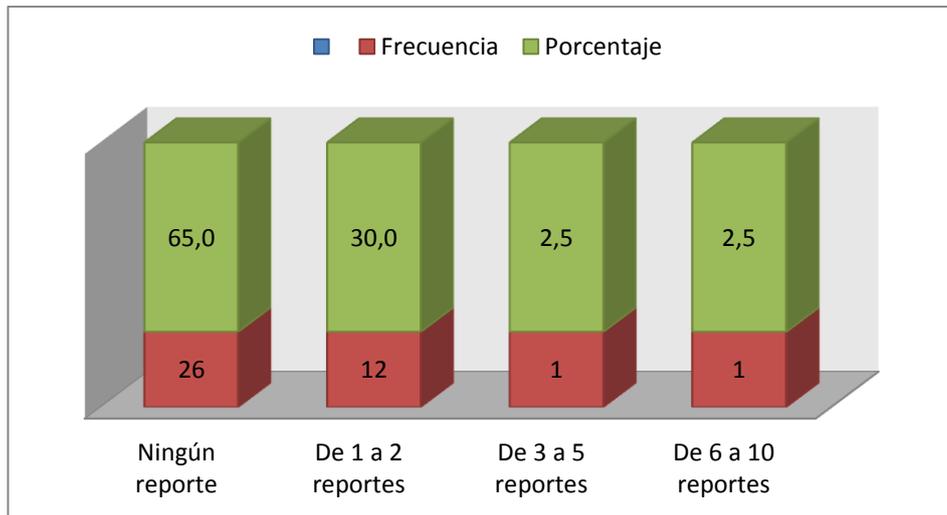
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se valora el grado de seguridad del paciente, se encontró que en el Hospital San Luis de Otavalo, el 82,5% del personal de enfermería afirmó que el grado de seguridad de sus servicios es muy bueno o aceptable, frente a un 17,5% que considera que es excelente, pero es importante destacar que a pesar de los datos obtenidos y que reflejan un alto grado sobre seguridad, la realidad es que existe muchas falencias en el tema de seguridad del paciente, ya que al comparar los resultados del estudio de cultura de seguridad del hospital del Hospital Padre Hurtado se evidencio que hay problemas con la seguridad de los pacientes al interior de la Unidad. Y en la cultura del reporte de errores, pero es importante resaltar que en el Hospital San Luis de Otavalo, el grado de seguridad del paciente es calificado como aceptable es necesario establecer estrategias para que el equipo de enfermería alcance conocimientos solidos sobre estos temas de trascendencia mundial.

4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados

4.7.1 Eventos adversos reportados

Gráfico 29 Eventos adversos reportados



Fuente: Encuesta

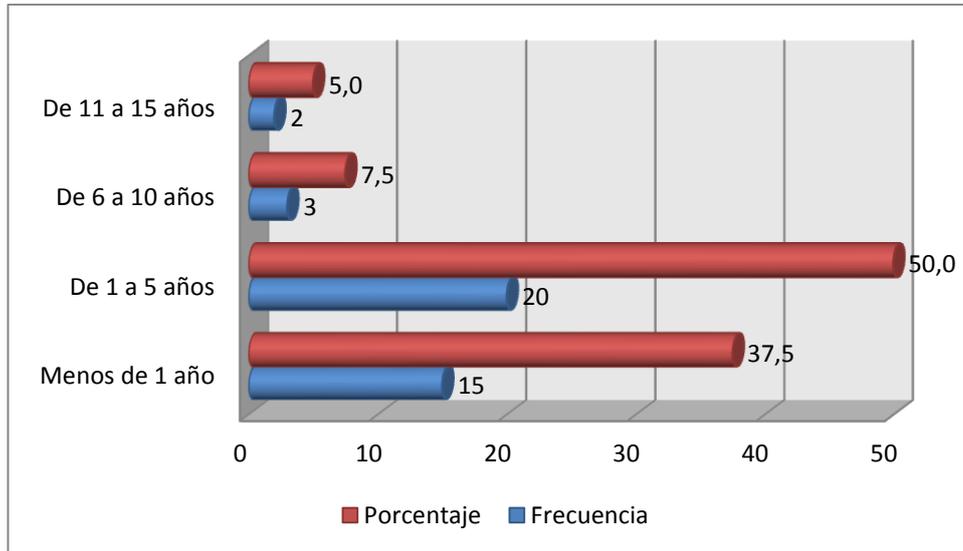
Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se hace referencia a los eventos adversos reportados, el 65% de los profesionales de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo consideran que no se reporta la presencia de eventos adversos, mientras que el 35% afirma que si se genera el reporte de errores pero no existe un formulario adecuado para su descripción y posterior análisis. sin embargo en el estudio de cultura de seguridad del paciente en el Hospital Padre Arturo con las mismas características si existe un sistema para que los eventos adversos sean reportados por la socialización de las causas que produjeron el incidente para tomar medidas correctivas, en cuanto al dato obtenido en esta dimensión se determinó que el Hospital objeto de estudio no cuenta con un sistema informático, ni con formularios específicos para el reporte y ligando a este inconveniente la falta de conocimientos en lo importante que es para la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

4.8 Sección H: Antecedentes

4.8.1 Experiencia laboral

Gráfico 30 Experiencia laboral



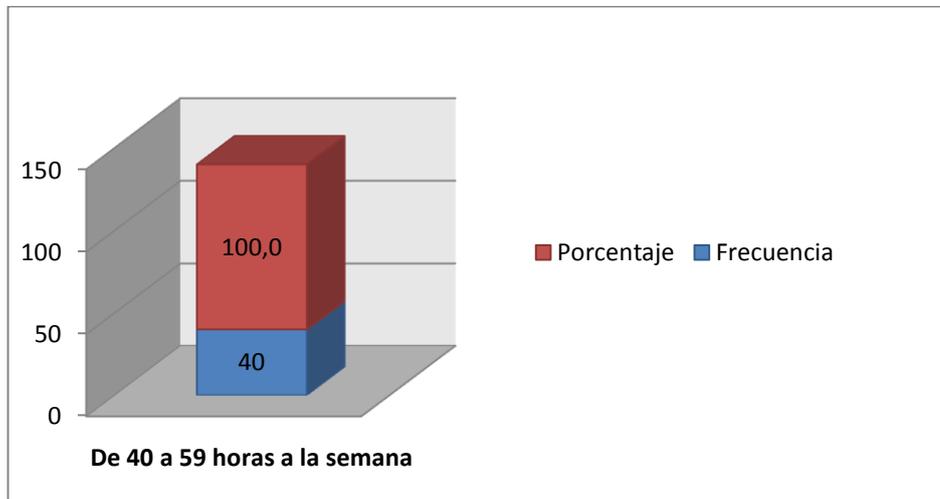
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en el cual se menciona los años de experiencia en la institución, de los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital San Luis de Otavalo, el 50% trabaja entre 1 a 5 años, mientras que el 12,5% su experiencia esta entre un rango de 6 a 15 años que ejercen su profesión y un grupo menor que representa el 37,5% practica su profesión en esta institución menos de un año, en comparación con los resultados del estudio Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, los profesionales de enfermería trabajan entre 6 a 15 años lo cual les permite tener la experiencia necesaria en el manejo y cuidado del paciente, pero siempre están en constante formación para actualizar conocimientos a la realidad mundial, mientras en el Ecuador no existe estudios sobre este tema y mucho menos capacitaciones que ayuden en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

4.8.2 Carga horaria laboral

Gráfico 31 Carga horaria laboral



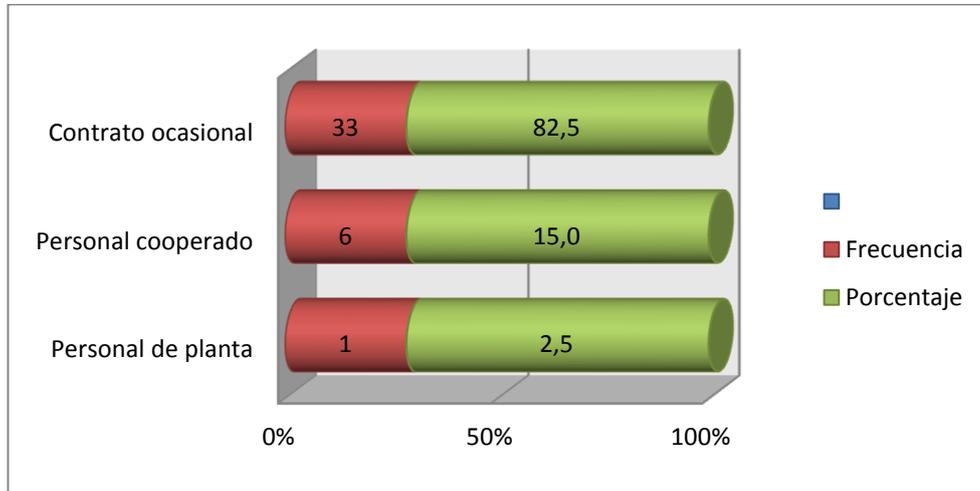
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico en cuanto a la carga laboral en la institución, de las enfermeras del Hospital San Luis de Otavalo el 100% trabaja de 40 a 59 horas a la semana., pero debe tomarse muy en cuenta que el excesivo trabajo por parte del personal de enfermería en distintos estudios revela la disminución de la calidad de la atención y por ende requiere la jornada laboral debe ser replanteada para garantizar la cultura de seguridad del paciente.

4.8.3 Contratación laboral

Gráfico 32 Contratación laboral



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

Análisis: En este gráfico podemos observar según el tipo de contrato que tienen los profesionales de enfermería dando como resultado que el 82% mantiene un contrato ocasional, frente a un 17,5% que tiene un contrato de planta, para mejorar la cultura organización de los distintos servicios se debe empezar por la contratación de personal que permanezca por un tiempo indefinido ya que este personal a lo largo de su trayectoria laboral ira adquiriendo conocimiento sobre la implementación de seguridad y cultura de seguridad del paciente, mientras que los contratos ocasionales demandan de un gasto de recursos , ya que cuando estas han adquieren las habilidades y destrezas de la seguridad del paciente son removidas de sus cargos lo que pone en riesgo la seguridad en la asistencia sanitaria.

4.9 Análisis y discusión de resultados

Sección A: Su servicio/ unidad

La media general que se obtuvo en la sección A fue de 3,7. La media mínima por preguntas pertenece a la pregunta A7 (Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente) y A1 (En esta unidad, la gente se apoya mutuamente) con una media de 3,74 cada una. La media máxima pertenece a la pregunta A18 (Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir) con 3,93. La desviación típica general para la sección A es de 1,73, la desviación mínima por preguntas de la sección A pertenece a la pregunta A17 (Hay buena seguridad de los pacientes en esta unidad) con 0,38, la desviación máxima pertenece a la pregunta A 2 (Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo) con 0,71. En cuanto a la asimetría general para la sección A arroja una simetría negativa con una desviación superior a la izquierda de -0,89 con una concentración platicúrtica.

Sección B: Su líder de enfermería

La media general fue de 3,79. La media mínima fue 3,75 en la pregunta B1 (Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes). La media máxima por pregunta fue de 3,83 en la pregunta B3 (Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención). La desviación típica general para la sección B es de 0,47, la desviación mínima por pregunta de la sección B pertenece a la pregunta B3 (Mi jefe sabe manejar situaciones bajo

presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención), con 0,44.

La desviación máxima pertenece a la pregunta B1 (Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes) con 0,49. En cuanto a la asimetría general fue negativa con desviación hacia la izquierda de -0,65. La curtosis general para la sección B muestra un puntaje de 0,34 que corresponde a una distribución de datos platicúrticos.

Sección C Su institución

La media general que se obtuvo en la sección C fue de 3,75. La media mínima fue de 3,68 para la pregunta C3 que indaga acerca de la continuidad de la atención de los pacientes cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. La pregunta con el resultado de media máxima es la C11 (Los cambios de turnos en esta institución no representan problemas para los pacientes) con 3,93.

La desviación típica general para la sección C es de 0,43, la desviación mínima por preguntas de la sección C pertenece a las preguntas C5 (Se garantiza la entrega completa de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno) y la C7 (Son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información entre las unidades de esta institución) con 0,38. La asimetría general fue negativa con desviación hacia la izquierda de -1,20. La curtosis general de concentración mesocúrtica en la sección C es de 1,22.

Sección D: Comunicación

La media general que se obtuvo en la sección D fue de 2,93. La media mínima por preguntas pertenece a la pregunta D3 (Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad) con 2,93. La media máxima pertenece a la pregunta D6 (Piensa que el personal tiene libertad a la hora de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto) con 3.0

La desviación típica general para la sección D es de 0,72, la desviación mínima por preguntas de la sección D pertenece a la pregunta D1 (La unidad funcional de gestión clínica nos informa sobre los cambios realizados basado en lo aprendido de los reportes de eventos), con 0,35. La desviación máxima pertenece a la pregunta D6 (Piensa que el personal tiene libertad a la hora de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto) con 0,78. En cuanto a la simetría general para la sección D fue de 0,23 con una desviación positiva hacia la derecha. La curtosis general con concentración platicurtica en la sección D fue de -0,03.

Sección E: Frecuencia de eventos adverso

La media general fue de 2,33. La media mínima fue de 2,33 en las pregunta E2 (¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?) y la E3 (¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan Frecuentemente es reportado) con 2,33. La media máxima por pregunta fue de 2,85 en la pregunta E1 (¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?).

La desviación típica general para la sección E es de 0,47, la desviación mínima por pregunta de la sección E pertenece a la pregunta E1 (¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?), con 0,42.

La desviación máxima pertenece a la pregunta E2 (¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?) y E3 (¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan Frecuentemente es reportado?) con 0,47. En cuanto a la asimetría general fue con desviación hacia la izquierda de 0,77. La curtosis general con concentración platocúrtica en la sección E muestra un puntaje de -1,37.

Sección F: Grado de seguridad del paciente

La media general en la sección F fue de 2. La desviación típica para esta sección es de 0,65. En cuanto a la asimetría general para la sección F fue de -0,07 y la curtosis para esta sección fue de -0,55.

Sección G: Número de eventos adversos/ errores reportados.

La media general en la sección G fue de 1,43. La desviación típica para esta sección es de 0,67. En cuanto a la asimetría general para la sección G fue de 1,8. La curtosis con una concentración leptocúrtica en la sección G fue de 4,2.

Sección H: Antecedentes

La media general que obtuvo la sección H fue de 1,80. La media mínima por preguntas pertenece a las preguntas H4 (¿Cuál es su cargo en esta institución?) y H6 (¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?) con una media de 1 cada una. La media máxima pertenece a la pregunta H3 (¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?) con 2,98

La desviación típica general para la sección H es de 0,45, la desviación mínima por preguntas de la sección H pertenece a las preguntas H4 ¿(cuál es su cargo en esta institución?) y H6 ((¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?), con 0,0 la desviación máxima pertenece a la pregunta H7 (¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?) con 0,93. En cuanto a la asimetría general para la sección H arrojo una asimetría 1,04. La curtosis general con concentración platicurtica en la sección H fue de -0,95

Tabla 2 Análisis estadístico sección A su servicio / unidad

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip	Asimetría	Curtosis
A1	2	5	3,75	0,58	-0,69	1,13
A2	2	5	3,55	0,71	-0,85	0,14
A3	2	5	3,60	0,59	-0,4	-0,66
A4	3	5	3,8	0,48	-0,6	0,1
A5	3	5	3,78	0,46	-0,71	0,49
A6	3	5	3,75	0,54	-0,12	-0,22
A7	2	4	3,45	0,59	-0,55	-0,55
A8	3	4	3,63	0,49	0,53	-1,80
A9	2	4	3,68	0,52	-1,32	0,85
A10	3	4	3,65	0,48	-0,65	-1,65
A11	2	5	3,78	0,53	-1,29	2,47

A12	3	4	3,73	0,45	-1,04	-0,95
A13	2	4	3,75	0,49	-1,85	2,81
A14	3	4	3,8	0,4	-1,55	0,45
A15	3	4	3,78	0,42	-1,36	0,13
A16	2	4	3,78	0,48	-2,07	3,83
A17	3	4	3,83	0,38	-1,77	1,22
A18	3	5	3,93	0,61	-0,03	-0,22

Tabla 3 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
B1	3	5	3,75	0,49	-0,5	-0,20
B2	3	5	3,78	0,48	-0,6	-0,10
B3	3	5	3,83	0,44	-0,82	1
B4	3	5	3,8	0,46	-0,71	0,49

Tabla 4 Análisis estadístico sección C: Su institución

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
C1	2	4	3,7	0,56	-1,77	2,33
C2	2	4	3,7	0,6	-1,92	2,62
C3	3	4	3,68	0,47	-0,77	-1,47
C4	3	4	3,75	0,43	-1,20	-0,59
C5	3	4	3,83	0,38	-1,77	1,22
C6	3	4	3,78	0,42	-1,36	-0,13
C7	3	4	3,83	0,38	-1,77	1,22
C8	3	4	3,75	0,43	-1,20	-0,59
C9	3	4	3,73	0,45	-1,04	-0,95
C10	3	4	3,75	0,43	-1,2	-0,59
C11	3	5	3,93	0,41	-0,54	3,03

Tabla 5 Análisis estadístico sección D: Comunicación

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
D1	2	4	2,93	0,35	-1,2	5,26
D2	2	4	2,93	0,76	0,13	-1,23
D3	2	4	2,78	0,73	0,38	-1,01
D4	2	4	2,9	0,7	0,14	-0,92
D5	2	4	2,95	0,71	0,07	-0,95
D6	2	5	3	0,78	0,33	-0,4

Tabla 6 Análisis estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip	Asimetría	Curtosis
E1	2	4	2,85	0,42	-0,92	1,64
E2	2	3	2,33	0,47	0,77	-1,47
E3	2	3	2,33	0,47	0,77	-1,47

Tabla 7 Análisis estadístico sección F: Grado de seguridad del paciente

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
F	1	3	2,08	0,65	-0,07	-0,55

Tabla 8 Análisis estadístico sección G: Numero de eventos adversos

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
G	1	4	1,43	0,67	1,86	4,28

Tabla 9 Análisis estadístico sección H: Antecedentes

Sección	Mínimo	Máximo	Media	Desv, Tip	Asimetría	Curtosis
H1	1	4	1,8	0,79	1,03	1,28
H2	1	2	1,28	0,45	1,04	-0,95
H3	2	3	2,98	0,15	-6,32	40
H4	1	1	1	0	0,37	0,73
H5	1	3	2,8	0,46	-2,33	0,73
H6	1	1	1	0	0,37	0,73
H7	1	4	2,28	0,93	0,4	0,73

4.10 Discusión

Entendiendo a la cultura de seguridad del paciente como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de enfermería que tiende a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud, este estudio caracterizó la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo en el periodo 2013 – 2014, se identificaron algunos de los aspectos más favorables y problemáticos, que forman parte fundamental de esta cultura de seguridad.

Aunque efectivamente no hay un buen cúmulo de resultados de investigación publicados a escala nacional que representen un alto nivel de evidencia científica que permita la generalización de los hallazgos, la evidencia que se encontró, puede ser analizada para su aplicación en planes de mejoramiento concretos en la práctica, pues los participantes y el entorno de los estudios incluidos son razonablemente similares a las percepciones en la atención sanitaria del contexto nacional. Esto se respalda por la claridad metodológica de los estudios abordados, que permite su reproducción en otro contexto con un riesgo mínimo, pero

cuyos resultados significarían un gran avance del conocimiento en esta área.

En cuanto a la pregunta que se planteó inicialmente, ¿Cómo el tiempo de trabajo, la jornada laboral y el área de desempeño del personal de Enfermería, influye sobre la percepción en seguridad del paciente? se encontró en nuestro estudio como fortaleza el trabajo en equipo que represento el 70% con una tendencia similar del 71.8% del estudio de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español

En cuanto al trato entre el personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo el estudio revelo que el 75% estima que se relacionan con respeto y esto demuestra una base sólida de esta unidad, ya que en estudios anteriores como en el de cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá- Colombia, se revelo un valor análogo del 75.3% lo que significa un pilar fundamental en la construcción de una cultura de seguridad del paciente.

Igualmente en este estudio fue de gran relevancia la falta de dotación de personal que represento el 70% de las repuestas negativas, ya que el número de pacientes y número de profesionales es desequilibrada. Estos datos también son considerados debilidades en estudios internacionales como por ejemplo el estudio de cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles con un valor obtenido que fue del 50, este problema se atribuye a la dirección del hospital y se muestra como una causa importante de inconformidad laboral y un factor de riesgo para los errores en la atención.

Estas afirmaciones son consistentes con las halladas en las investigaciones acerca de las percepciones específicas de la cultura de seguridad del paciente, quienes agregaron que los errores y la implicación

del error profesional represento el 55% en el estudio del Sistema Nacional de Salud Español. Esto se ratifica en los hospitales de Latinoamérica, como también en el Hospital San Luis de Otavalo en donde esta dimensión represento el 60% y declararon una abierta inconformidad con las acciones punitivas que lleva a cabo la gerencia y que generalmente, se percibe, son dirigidas a la persona que específicamente se relacionaron con la acción del error y no al contexto en general que favoreció que este se produjera.

Quizás esto obedezca a que como varios autores lo han reseñado “La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud, ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado. Es claro ahora en el ámbito de la salud que la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio”.

El análisis realizado en relación con la pregunta propuesta. ¿Qué características predominantes posee la organización, y gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente? .Se evidencio que el 72,5% de los profesionales de enfermería en el Hospital San Luis de Otavalo aprecio que la dirección muestra interés en la seguridad del paciente sin embargo, parece ser que dicho interés es mayor cuando sucede un incidente adverso. Mientras, que en el estudio publicado en Bogotá - Colombia una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente el 76,8% afirmaron, que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.

En cuanto al aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores el 75% del personal de enfermería del Hospital San Luis De Otavalo, afirman que no hay libertad para emitir criterios de valor que influyan positivamente en el mejoramiento en cuanto a la cultura de seguridad del paciente. Mientras, que en el estudio del sistema nacional

de salud Española el 79,4%, expreso que cuando se detecta algún error en la atención se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, esto demuestra las fortalezas en todos los hospitales Españoles.

Se reconoce que el mejoramiento continuo en la Institución, requiere ser fortalecido en el día a día. Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente en el Hospital se aprecia que si existen, pero se considera que no siempre son suficientemente eficaces, debiendo ser todavía más difundidos.

En este punto podrían hacerse dos consideraciones, la primera tiene que ver con el planteamiento no infrecuente de que frente a los procesos de cambio que se dan cuando se implementan nuevas políticas, procedimientos y sistemas en las organizaciones, es común encontrar resistencias de orden individual e institucional que dificultan lo que se quiere lograr. Es posible entonces que algunos funcionarios del Hospital no consideren de vital importancia la implementación de los procedimientos o que existan grupos de profesionales que no lo han asumido por completo.

En relación a esta interrogante planteada en la investigación. ¿Cuáles serán las actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente? Una dimensión de la cultura muy importante tiene que ver con las actitudes y comportamiento de los jefes frente al tema de la seguridad del paciente. En el Hospital San Luis de Otavalo fue se obtuvo un 72,5% en cuenta a las sugerencias sobre cultura hospitalaria ya que no existe una estructura de poder jerarquizada si no que la comunicación del personal sea más accesible hacia los jefes sin temor a ser criticados. En comparación con el estudio Español de evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria el 63% determino que la comunicación

efectiva con los superiores es de gran importancia en el camino hacia la cultura de seguridad.

Esto sucede con mayor frecuencia en relación a los líderes de servicios, lo que termina por hacerse más complejo si se tiene en cuenta las brechas establecidas en las relaciones al interior de las instituciones de salud, por considerar que el estatus del profesional de enfermería, es mayor al de cualquier otro profesional de la salud.

En la dimensión de la cultura correspondiente a procedimientos también se percibe que existen dificultades cuando hay entrega y recepción de turnos es el mayor problema que existe en los diferentes servicios ya que represento en el Hospital San Luis De Otavalo el 75%; esto podría representar que la mayoría no es consciente de que un mal manejo en el cambio de turno impide la continuidad de una adecuada atención y puede generar incidentes adversos. Y en relación con los datos obtenidos en el estudio de análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado se obtuvo el 30% lo que significó que sobre este tema se debe trabajar mucho para asegurar la adecuada continuidad en la atención.

Se evidencia gran necesidad de mejoramiento en este aspecto de la cultura ya que se precisa la necesidad de verificar que todos sean informados de los cambios implementados a partir de las discusiones de los errores reportados.

En la discusión de la pregunta adicional ¿Cuál es la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente? El análisis de los datos muestran que la notificación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo son aspectos que el personal considera de gran importancia, aunque la ausencia de un sistema de reporte o de conocimiento del mismo, ha

llevado a que en el hospital en el que se realizó el estudio este dato sea tal elevado y que represento el 82,5% el cual refleja que no existe una cultura de reporte de errores en el Hospital San Luis de Otavalo , ya que estos no solo son cometidos por el equipo de enfermería, sino también por otros profesionales involucrados en la recuperación de la salud del paciente .sin embargo en otro estudio con las mismas características esta dimensión la repuesta negativa fue 41% ya que en el estudio en el Hospital Padre Arturo, la cultura del reporte es muy buena.

El personal administrativo desconoce la existencia de un sistema de reporte y no relaciona su trabajo con la cultura de seguridad del paciente. Además los estudiantes no consideran que sean parte del hospital y por tal razón no asumen como parte de su trabajo el conocimiento de la cultura de seguridad del paciente de la institución.

Meyer asegura que la confianza y el reporte disminuye los eventos adversos, pues “cuando hay miedo en el hospital, el personal hará todo lo posible para ocultar los errores” Por lo tanto es necesario implementar en los servicios de salud diferentes estrategias que permitan comprometer a los trabajadores profesionales y técnicos con el reporte, la necesidad de actualización en los conocimientos para la atención del paciente, que proponen cambios en los métodos de educación de enfermería creando un ambiente de aprendizaje, con fluida comunicación abierta, que permita a las enfermeras identificar, discutir y, en última instancia, evitar los errores en la atención de la salud

4.11 Conclusiones

1. La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, del Hospital San Luis de Otavalo, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture Versión Española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
2. Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.
3. Los hallazgos actuales y previos en cultura de seguridad del paciente constituyen un aporte disciplinar importante, pues primero documentan y, luego, respaldan las acciones, que en este campo se llevan a cabo en la práctica clínica, y además son el primer paso hacia la construcción unificada de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica de enfermería respecto de la seguridad del paciente, lo que permite el fortalecimiento de los equipos de enfermería a modo individual e interdisciplinar, y sin duda se pone de notoriedad en la calidad y seguridad de la atención.

4.12 Recomendaciones

1. Las capacitaciones al personal de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo deben ser continuas para difundir la cultura de seguridad entre los profesionales y permitir una aproximación al conocimiento de la situación de la seguridad del paciente para poder establecer estrategias específicas de mejora. Todas estas estrategias se puedan desarrollar de distintas maneras, pero lo más importante es la evaluación continua de cada una de ellas.
2. Es necesario implementar dentro de los servicios de salud, diferentes estrategias que permitan inculcar en los trabajadores técnicos y profesionales, la necesidad de actualización en los conocimientos para la atención 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.
3. Es imprescindible que la formación de enfermeras requiere no solo de conocimientos teóricos y prácticos, sino también de dominio conceptual de todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente como son: calidad de la atención, gestión del cuidado, seguridad del paciente y uso de indicadores de atención. Por lo que es indispensable que esta temática sea incluida en todos los planes de estudio de la carrera de enfermería, con el fin de que los alumnos conozcan los factores que intervienen en la ocurrencia de eventos adversos.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Tema: Curso auto administrado sobre cultura de seguridad del paciente

5.1 Introducción

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención sanitaria. Como las organizaciones de atención en salud deben esforzarse continuamente para mejorar, hay un creciente reconocimiento de la importancia de cultura de seguridad del paciente. Lograr cultura de la seguridad requiere una comprensión de valores, creencias y normas sobre lo que es importante en una organización, actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente apoyados y recompensados. El concepto cultura de seguridad llamó la atención después del desastre nuclear de Chernobyl en 1986. Así la cultura de la seguridad refleja esencialmente las actitudes y valores relacionados con la gestión y los empleados para la gestión de riesgos y seguridad. La capacidad de una institución para obtener Resultados de la seguridad del paciente, puede ser mejorada en la creación y el establecimiento de la cultura seguridad entre sus profesionales. Una cultura de culpabilidad, en la que se ven los errores sólo fracasos personales, debe ser reemplazada una cultura en la que se ven los errores como oportunidades para mejorar. Las características de una cultura de la seguridad, deben incluir el compromiso sólido para discutir y aprender de los errores, el reconocimiento de inevitabilidad del error, la identificación proactiva de amenazas latentes y que incorpora un sistema para los informes y análisis de eventos adversos.

“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”.

La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías más sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y, por todo ello, recibir atención sanitaria entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura. El interés por estudiar y controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo. Ya en 1956, Moser las había llamado “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964, Schimmel publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave.

5.2 Justificación

La consecución de una adecuada cultura se ha señalado, como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Según el informe publicado en 2003 por el *National Quality Forum* de EE.UU., reforzado en su reciente actualización, señala también la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada organismo establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar

respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria

El cuidado seguro es prestar un servicio asumiendo el respeto a la vida humana; es cuidar el don de la vida en seres de nuestra misma condición humana. Esto nos reafirma que existe en el enfermero el sentido humano altamente desarrollado, un servicio que se comparte desde la perspectiva humanística. La seguridad humana implica una relación interpersonal paciente enfermera, que conlleva al profesional tener una plena disposición de brindar seguridad integral y el paciente perciba en el competencias que le aseguren una mejoría en su salud.

La seguridad del paciente, alberga pues todo lo que es integridad física, cuidar tanto su salud, evitar que pueda producirse intrahospitalariamente un accidente, una caída, estar cuidando su estado de salud, mantenerlo lo más óptimo posible durante la recuperación y que pueda salir en las mejores condiciones.

La comunicación significa una interacción de personas, en la cual se intercambian mensajes. El paciente está esperando tener todos los consejos para una pronta recuperación, de tal manera que la enfermera debe fomentar esos espacios de dialogo, de empatía con el paciente que fortalezcan su seguridad. En el lenguaje corporal, oral, escrito y contextual, se suscitan las distintas modalidades en que el paciente espera descubrir mensajes saludables.

5.3 Objetivos del curso

5.3.1 General

- A. Desarrollar y fortalecer destrezas, actitudes y competencias relacionadas con la cultura de seguridad del paciente

5.3.2 Específicos

- A. Promover el conocimiento sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente.
- B. Fomentar la investigación sobre la relación entre la falta de promoción de una cultura de seguridad del paciente y el bajo nivel de implementación en los diferentes servicios de los Hospitales públicos.
- C. Favorecer y facilitar la implementación de procesos que permitan promover adecuadamente una cultura de seguridad del paciente.
- D. Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuales no se implementan las prácticas de seguridad del paciente.

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.

5.6 Módulos de estudio

5.6.1 Módulo I

1. Breve historia
2. Seguridad del paciente
3. Cultura de seguridad del paciente
4. Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

5.6.1.1 Breve historia

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. (Varela Espiñeira, 2013)

5.6.1.2 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.

5.6.1.3 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. (Camargo & Queiroz, 2014)

5.6.1.4 Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

1. Liderazgo “responsables asistenciales”
2. Compromiso
3. Incorporar la seguridad en el “día a día”
4. Seguimiento constante
5. Revisión sistemática del tema
6. Verificación y seguimiento a las acciones de seguridad
7. Observar el sistema, examinar dónde hay fallas y actuar (Ministerio de protección social, 2008)

5.6.1.5 Autoevaluación del módulo I

Seleccione la respuesta correcta

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

- a. Panamá
- b. Colombia
- c. **Estados Unidos , Europa ,Noruega ,Japón y Colombia**

2. ¿Qué es seguridad del paciente?

- a. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- b. **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?

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

4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?

- a. 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. Actitudes propias de cada individuo

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

- a. Es la relación entre los trabajadores de la salud y los pacientes
- b. 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.**
- c. Es la educación a la familia de pacientes en han sufrido un evento adverso

5.7 Módulo II

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

5.7.1 Que 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, le termino evento adverso, puede ser interpretado de manera errónea por las persona 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. (Reyes Revuelta)

5.7.2 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.

5.7.3 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 grade que tiene el personal al 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. (Granados, 2012)

5.7.4 Autoevaluación del módulo II

Seleccione la respuesta correcta

¿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

¿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 puede ser evitado sin el cumplimiento de estándares de calidad.**
- c) Resultado causado de forma intencional evitando el cumplimiento de estándares de calidad.

¿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.

¿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.

¿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.**

5.8 Módulo III

1. Factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente
2. Alcances de la cultura de seguridad del paciente
3. Clima de cultura de seguridad del paciente

5.8.1 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. Ej:

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

5.8.2 Alcances de la cultura de seguridad del paciente

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

5.8.3 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:

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

Factores ambientales externos

1. Humedad.
2. Energía eléctrica.
3. Agua.
4. Aire.
5. Deshechos.
6. Radiaciones.
7. Infraestructuras.
8. Polvo.
9. Luz solar.

Factores ambientales internos

1. Infraestructura.
2. Temperatura.
3. Ventilación.
4. Iluminación.
5. Aire.
6. Agua.
7. Humedad.

8. Ruido.
9. 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 Bournout

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:

1. La renuencia al cambio por parte del personal
2. La falta de conocimientos de la seguridad del paciente
3. La falta de equipo de trabajo
4. La empatía
5. La prevención es uno de los elementos que garantiza la seguridad del medio ambiente hospitalario.
6. Desarrollar planes estratégicos que incluyan la revisión continua, con tareas preventivas y correctivas así como la actualización del inmueble.
7. Monitoreo de los indicadores de seguridad.
8. El desarrollo de una cultura de prevención.

5.8.4 Autoevaluación del Módulo III

1. Subraye la respuesta correcta

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

A-Factores gubernamentales

B-Factores psicológicos

C-Personalidad del individuo

2-Verdadero o falso

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

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

3-Complete según corresponda

De acuerdo a lo mencionado sobre el clima de seguridad para el 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

- 1. Infraestructura.
- 2. Temperatura.
- 3. Empatía
- 4. Ventilación.
- 5. Iluminación

5.9 Módulo V

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

5.9.1 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 actúa 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 ve 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" (Categorización de servicios de enfermería., 2009)

5.9.2 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).

5.9.2 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:

- a. La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- b. La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- c. Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.

- d. Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.
- e. La introducción de un personal de Enfermería vigilante epidemiológica cada 300 camas hospitalarias, elemento importante en la prevención de enfermedades nosocomiales.
- f. La distribución y ubicación de recursos humanos formados.
- g. En calcular los recursos materiales requeridos y participar en su distribución.
- h. La asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud.
- i. Procesos: Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención.
- j. Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.
- k. Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.
- l. 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.
- m. Aplica, junto a otros miembros del equipo de salud, el período de pruebas a enfermeras(os) de nuevo ingreso.
- n. En los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.
- o. Aplica evaluación anual vinculada al salario, junto a Jefes de servicios.
- p. Jerarquiza las centrales de esterilización de las unidades.
- q. Ejecuta normas técnicas de otros subsistemas, de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.
- r. 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 procedimientos y la aplicación de la ética médica.

5.9.3 Horas laborables por el personal de enfermería

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).

5.9.4 Autoevaluación del Módulo V

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

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?

Porque debe expresarse de forma clara, oportuna y sencilla permitirá comprender lo que quiere decir a otros.

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

Tiene como fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su bienestar.

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

Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud.

5. Consecuencias de un déficit de personal de enfermería.

Aumentar la estancia hospitalaria por la presencia de:

- a. infecciones nosocomiales,
- b. Escaras,
- c. Caídas
- d. Desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras.

5.10 Módulo IV

- a. Liderazgo por el personal de enfermería para implantar una cultura de seguridad
- b. Calidad de atención por el personal de enfermería
- c. Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente

5.10.1 Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad

Los principios orientadores de la política

1. 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.

2. 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

3. 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.

4. 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.

5. Validez

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

6. 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.

5.10.2 Política institucional de seguridad del paciente

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

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

5. Lineamientos claros de cómo implementarla
6. La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
7. Garantizar la confidencialidad de los análisis.
8. 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.
9. Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
10. Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
11. Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
12. Como se integra con los procesos asistenciales.
13. Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política

5.10.3 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

- a. Complementariedad
- b. Coordinación
- c. Comunicación
- d. Confianza

e. compromiso

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

- a. 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.
- b. 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.

5.10.4 Autoevaluación del Módulo IV

- 1) Enumere los principios orientadores de la política:
- 2) Enfoque de Atención centrado en el usuario.
- 3) Cultura de seguridad.
- 4) Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
- 5) Multicausalidad.
- 6) Validez.
- 7) Alianza con el paciente y su familia.
- 8) Alianza con el profesional de la salud.

1. 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.

2. 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)

3. ¿En qué consiste el Trabajo en Equipo?

En que los participantes intercambien sus experiencias, respeten sus roles y funciones; para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta.

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

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Agra, T. (Diciembre de 2006). La seguridad del paciente: una estrategia del sistema nacional de salud. *Scielo*, 29(3).
2. Asamblea Nacional Del Ecuador. (2006). *Ley Organica De Salud*. Quito.
3. Asamblea Nacional del Ecuador (2013). *Proyecto de Código Orgánico Integral Penal*. Asamblea Nacional, 167 Astier Peña, M. P. (16 de 05 de 2013). Blog de seguridad del paciente en atención primaria. España: sano y salvo.
5. Barrera Becerra, c., del Rio Urenda, s., Dotor Gracia, m., Santana Lopez, V., & Suarez Aleman, G. (2011-2014). *estrategia para la seguridad del paciente*. Consejería de salud, 68.
6. Cometto, M. C., Gomez, P. F., Marcodal Sasso, G. T., Zarate Grajales, R. A., De bortoli Cassioni, S. H., & Morales Falconi, C. (2011). *Enfermería y seguridad del paciente*. En Organización Panamericana de la Salud, *Enfermería y seguridad del paciente* (Primera ed., pág. 103). Washinton, Estados Unidos: OPS.
7. Camargo , T., & Queiroz, G. (2014). *Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico*. *Enfermería global*, 336-336.
8. Cantillo Villareal, E. (2007). *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*, 113 -114.
9. Cortés Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2011). *Generalidades sobre metodoloía de la investigación*. Campeche, Mexico: Universidad Autonoma del Carmen.
4. *Constitución de la República del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud*. (2008). Quito, Pichincha.

5. Constitución de la República del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
6. Consumo, M. d. (2008). Seguridad del paciente relacionado con el personal de salud. Seguridad del paciente reto sanitario, 1-2.
7. Constitución del Ecuador: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>
8. Constitución del Ecuador (2006). Ley Organica del Ecuador. Quito.
9. Esperato, A., Klavano, D., & Vázquez, C. (2012). Red De Pacientes Por La Seguridad. Digital Universitaria, 3.
10. Fernández S., P. (2001). Tipos de estudios clínico epidemiológicos. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística., 1 - 9.
11. Fernández Collado, C. (2005). Metodología. Internacional De Mexico, S.A. de C.V., 20- 88.
12. Fernando Lolas Stepke, M. P. (2002). Pautas eticas internacionales. Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 9-10.
13. Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. Salud Publica, 10.
14. Garzon Alarcon, N. (2008). Recomendaciones Éticas Para Las Investigaciones En La Facultad De Enfermeria De La Universidad Nacional De Colombia. Centro de extension de investigacion.
15. González, J. L. (2001). error humano. Cambridge University: ergonomia ocupacional.
16. Gracia, M. D. (2012). Recomendaciones para la seguridad del paciente. España: Habibullah Rodríguez Contreras.
17. Granados, V. (7 de 11 de 2012). Cultura del reporte de los eventos adversos en el personal de salud de la clínica ces. Scielo, 3.
18. Hospital Padre Hurtado. (2010). Analisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente. Gerencia de Calidad, 3.
19. Juran, o. (2001-2013). Manual de calidad. Chile.
20. Kerouac S, P. J. (2002). El pensamiento enfermero.

21. Leon Roman, C. A. (Septiembre de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería*, 22(3).
22. Morfi Samper, R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 2.
23. Mosquera, D. M. (2011). Relación de la Bioética y el Derecho. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioética.
24. Leon Roman, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería*.
25. M., F. (2005). La gestión del cuidado en enfermería. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas., 11-37.
26. Ministerio de protección social. (2008). Objetivo de la política pública de seguridad del paciente. En d. República, Lineamientos para la política pública (págs. 13,14). Bogotá-Colombia: Redes de prestación de servicios de Salud
27. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 1.
28. Organización Mundial de La Salud. (2009). estudios e investigación 2009. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
29. Páez Armenteros, J. (2010). La seguridad del paciente: una estrategia para los. Sociedad Cubana de Enfermería.
30. Camargo, F., & Gomez, R. (2012). Administración – Gestión - Calidad. *Enfermería Global*, 3-2.
31. Pelaez, J. L. (2005). Manual de ética médica. Reino Unido.
32. Potter P, P. A. (2002). Fundamentos de Enfermería.
33. Ramírez, O. G., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y enfermería*, 98-99.
34. Reyes, L. F. (2008). Negligencia médica. Lima: Bioresonancia Magnética.
35. Robalino, B. (2011). Ética profesional. Editorial Jus, S.A., 76.

36. Rodríguez Espinel, J. (2011). Analisis de la politica publica Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermeria. Universidad Nacional de Colombia. Bogota: Universidad NacionalL De Colombia.
37. Rodríguez Espinel, M. F. (2011- 2016). Plan estrategico de seguridad del paciente. Servicio De Extremeño, 11.
38. R., Z. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. , 42-46.
39. Reyes Revuelta, J. F. (s.f.). Taxonomia en seguridad del paciente. En Postulados reflexiones y teorizaciones (pág. 14). Malaga
40. Revista conamed. (Septiembre de 2008). Obtenido de Revista conamed: <http://www.conamed.gob.mx/>
41. Rueda, S. C. (2008). Conceptos basicos de investigacion. carolina academia, 4.
42. Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería., 3-4.
43. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (18 de 03 de 2014). El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador. Obtenido de El Buen Vivir en la
44. Segoviano, M. R. (2005). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino unido: Ministerio de Sanidad y Consumo.
45. SENPLADES. (2013). Planificacion y desarrollo. secretaria nacional de planificacion y desarrollo, 5.
46. Tomas, S. (2010). eventos adversos ligados a la asistencia. Evadur, 415-416.
47. Uribe Zúñiga, D. (2005). Modelo de atencion de enfermeria obstetrica. Salud, 14.
48. Vázquez Curiel, E., Esperato , A., & Klavano, D. (2012). Red de pacientes por la seguridad del paciente. Digital universitaria, 3.
49. Vorvick, L. J. (1997-2013). Salud para ustedes. Washington: Medline Plus.

50. Zambrano Plata, G. E. (2011). Hacia la consolidación de enfermería. Ciencia y Cuidado, 84.

Linkografía

[http:// www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf).

<http://www.npsa.nhs.uk/>.

<http://www.um.es/global/>

<http://www.medilgraphic.org,mx>

<http://www.eerp.usp.br/rlae>

<http://www.conamed.gob.mx>

<http://www.enfermeria.unal.edu.co>

<http://www.latindex.unam.mx/>

<http://www.saludcolima.gob.mx/>

Anexos

Anexo 1. Glosario de términos

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.

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.

Resiliencia: Grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.

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.

Sistema de gestión del evento adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Cultura de seguridad del paciente: 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.

Mínimo estadístico: Es un valor maestral de forma que por debajo de este no hay valores muestrales.

Máximo estadístico: Es un valor maestral de forma que por encima de este no hay valores muestrales.

Media estadística: También conocida como promedio, es una medida de tendencia central que se usa para conocer el centro de la distribución de los datos. Se calcula sumando los valores obtenidos de todas las respuestas y dividiendo este resultado entre el número total de respuestas.

Desviación típica: Es una medida estadística de dispersión que representa el alejamiento prototípico con el centro (media estadística), teniendo en cuenta así la diversidad de las respuestas obtenidas.

Asimetría estadística: Te refiere a si la curva que forman los valores de la serie presenta la misma forma a izquierda y derecha de un valor central (media aritmética). Si aparecen mayores desviaciones hacia la derecha de la media, se dice que presenta una asimetría positiva y la medida de asimetría será una cantidad positiva, tanto más grande cuanto mayor sea ese comportamiento. Por el contrario, si aparecen mayores desviaciones hacia la izquierda de la media, se dice que presenta una asimetría negativa y la medida de asimetría será una cantidad negativa.

Curtosis: También llamada medida de apuntamiento o de concentración central, es una medida de la forma o apuntamiento de las distribuciones, analiza el grado de concentración de frecuencias que presentan los valores alrededor de la media y de la zona central de la distribución.

Implicaciones para enfermería: Todo aquello (políticas, planes, programas, normas, estándares, requisitos) que en sí mismo repercute o puede significar para la enfermería en su ser y hacer en los diferentes roles en los que interactúa: asistencial, educativo, gerencial e investigativo.

Rol funcional de enfermería: Es un conjunto de competencias, funciones, actividades o tareas que desarrolla el profesional de enfermería en un área específica de actuación o desempeño.

Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente



Anexo 2.

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 el trabajo.					
3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.					
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 paciente					

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 OPCIÓN 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 Marco administrativo

Talento humano:

Investigadores: Leonel Gerardo Ruano Yarpaz, Martha Elizabeth Ruano Yarpaz

Director de tesis: Asignado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Recursos materiales:

- a) Materiales de papelería
- b) Videos, grabaciones
- c) Hojas de papel
- d) CD en blanco
- e) Transporte
- f) Útiles de oficina
- g) Tijeras
- h) Goma

Recursos técnicos y tecnológicos:

- a) Impresora
- b) Copiadora
- c) Escáner
- d) Flash memory
- e) Internet
- f) Filmadora
- g) Cámara fotográfica

Presupuesto;:

Tabla 10 Presupuesto requerido

Rubros de gastos	Presupuesto
Material bibliográfico	\$250
Anillado	\$200
Material de escritorio	\$150
Copias	\$150
Impresiones	\$150
Transporte	\$200
Imprevistos 10%	\$200
TOTAL	\$1300

Cronograma

Tabla 11 Cronograma del Proyecto de Tesis

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Capacitación Sobre Seguridad Del Paciente(Estudiantes)	■	■										
Planteamiento del Anteproyecto		■										
Revisión de la base de datos y bibliográfica	■	■										
Estructuración del anteproyecto			■									
Aprobación del Anteproyecto			■	■								
Elaboración del marco teórico capítulos II					■	■	■					
Adaptación y validación del instrumento.					■							
Levantamiento de datos					■							
Análisis, interpretación de datos y discusión de resultados						■	■					
Elaboración de curso virtual							■					
Elaboración primer informe de investigación								■				
Elaboración Documento final									■	■	■	
Defensa de tesis												■



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
H. CONSEJO DIRECTIVO**

Oficio 332-HCD
Ibarra 4 de abril de 2014

Licenciada
Geovanna Altamirano
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
Presente

De mi consideración:

El H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria efectuada el 3 de abril de 2014, conoció oficio 39-CAE relacionado con Anteproyecto de Tesis; al respecto, este Organismo amparado en lo dispuesto en el Art. 160 del Reglamento General de la Universidad Técnica del Norte RESOLVIÓ: aprobar los siguientes Anteproyectos de Tesis y designar sus Directores/as:

NRO.	TEMA TRABAJO DE GRADO	NOMBRE ESTUDIANTES	DIRECTO/A
1.	"PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO PERÍODO 2013-2014"	RUANO MARTHA RUANO LEONEL	MSC. JANETH VACA
2.	"PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DOCTOR CARLOS DEL POZO MELGAR MUISNE PERÍODO 2013-2014"	CHALAPÚ ALEXANDRA CUASCOTA VALERIA	MSC. ROSA LÓPEZ
3.	"PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL DEE BAEZA PERÍODO 2013-2014"	YACELGA KATTY FARINANGO MAYRA	LIC. MERCEDES CRUZ
4.	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA PERÍODO 2013-2014"	QUIÑONEZ KATTY BENAVIDES MARISELA	DR. DARÍO SALGADO
5.	"EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL PERÍODO 2013-2014"	ORTEGA KARLA BARAHONA ESTEFANÍA	MSC. ROSA LÓPEZ
6.	"EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: EMERGENCIA, PEDIATRÍA, CENTRO QUIRÚRGICO, NEONATOLOGÍA, CENTRO OBSTÉTRICO Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL PERÍODO 2013-2014"	ALMEIDA MARCO ENRÍQUEZ VALERIA	MSC. JANETH VACA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN C-005-D-NEA-SALUD-129 - DC,
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 28 marzo 2014
Oficio 103

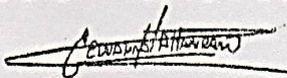
Doctor
Salomón Proaño
DIRECTOR HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

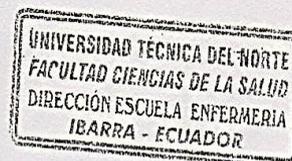
Cordial saludo:

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