



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

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

**TEMA:**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL “LUIS GABRIEL  
DÁVILA” TULCÁN – PROVINCIA DE CARCHI 2014 - 2015**

**AUTORES:**

Revelo Carvajal Julia Valentina  
Varela Morales Aída Nathaly.

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. Darwin Jaramillo

**IBARRA - ECUADOR**

**2014 - 2015**

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.

### PAGINA DE APROBACIÓN

En mi calidad de Director del Trabajo de Grado presentado por las señoritas Revelo Carvajal Julia Valentina & Varela Morales Aida Nathaly , para optar por el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, cuyo tema es: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL “LUIS GABRIEL DÁVILA”TULCÁN – PROVINCIA DE CARCHI 2014 – 2015

Considero que el presente trabajo reúne requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se digne.

En la ciudad de Ibarra 20 del mes de marzo del 2015

  
Dr. Msc. Darwin Jaramillo V.  
DOCENTE

**Firma del Tutor de Tesis**

**Dr. Darwin Jaramillo**



## AUTORIZACIÓN DE USO 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 sentado mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	0401669007
<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	VARELA MORALES AIDA NATHALY
<b>DIRECCIÓN:</b>	Marco Tulio Hidrobo Y Pasaje Saa Conjunto Armonía Casa 4
<b>EMAIL:</b>	nathy:vm1@hotmail.com
<b>TELÉFONO FÍJO Y MÓVIL:</b>	0958914416
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	1721036315
<b>APELLIDOS Y NOMBRE:</b>	REVELO CARBAJAL JULIA VALENTINA
<b>DIRECCIÓN:</b>	San Luis Caranqui Av Atahualpa
<b>EMAIL:</b>	Valentina-revelo@hotmail.com
<b>TELÉFONO FÍJO Y MÓVIL:</b>	0987798065

<b>DATOS DE LA OBRA: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL “LUIS GABRIEL DÁVILA” TULCÁN – PROVINCIA DE CARCHI 2014 - 2015</b>	
<b>TÍTULO</b>	
<b>AUTORAS</b>	Nathaly Varela , Valentina Revelo
<b>FECHA</b>	2015/03/27
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciadas en Enfermería
<b>DIRECTOR DE TESIS</b>	Dr. Darwin Jaramillo

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.

Yo, Revelo Carvajal Julia Valentina con cédula Nro. 1002434650, y yo Varela Morales Aida Nathaly con cédula Nro. 1721036315 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos 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 Art. 144.

## 3. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 27 días del mes de Marzo del 2015.

### LAS AUTORAS:

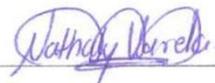
Firma



Revelo Carvajal Julia Valentina

C.C: 1002434650

Firma



Aida Nathaly Varela Morales

C.C: 1721036315

### ACEPTACIÓN:



Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA

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

Yo, Julia Valentina Revelo Carvajal, con cédula de identidad Nro. 1002432465-0, y yo Aida Nathaly Varela Morales, con cédula de identidad Nro. 172103631-5, 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 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA, TULCÁN – PROVINCIA DE CARCHI 2014 – 2015”, que ha sido desarrollado para optar por el título de : Licenciadas en Enfermería en la universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos 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 Marzo 2015.

**Los autores:**



**Valentina Revelo**

**1002434650**



**Nathaly Varela**

**1721036315.**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado ante todo a Dios por darnos sabiduría, entendimiento y fortaleza en todos los campos de nuestras vidas.

A nuestras familias por habernos dado una formación en valores y permitirnos estudiar una carrera universitaria, por enseñarnos a vivir, guiarnos con su ejemplo, servirnos de modelo para inculcarnos metas y objetivos durante todas nuestras vidas y dar nuestro mejor esfuerzo en las labores diarias

A nuestra querida Universidad Técnica Del Norte la cual nos da las herramientas necesarias para defendernos en nuestra vida profesional y abrir puertas hacia un futuro de éxitos, gracias por brindarnos su colaboración y amistad.

Valentina Revelo

Natahly Varela

## AGRADECIMIENTO

A la Srta. Blanca Sierra, este logro quiero compartir con ella por ser un pilar fundamental en mi vida por su constante apoyo incondicional para lograr mi superación personal.

A mi hijo José María quien día a día fue mi motor de arranque para salir adelante a pesar de las dificultades. A mis padres Fausto Revelo y Esperanza Carvajal por creer en mí, además de darme el mejor ejemplo de superación, por inculcarme valores, principios y sobre todo amor incondicional

A mi directora de tesis Msc. Janeth Vaca Auz por compartir conocimientos y guiarnos en el transcurso de la tesis de grado, a mis profesores los cuales me inculcaron los conocimientos necesarios para defenderme hoy en día como profesional.

**Valentina**

Gracias a Dios, por darme la vida y por cuidarme en todos mis actos, a mi madre Nelly Morales por inculcarme principios y valores, por guiarme durante toda mi vida.

A mi hermana Karina Varela por el apoyo y aliento brindado a lo largo de la culminación de esta etapa de mi vida estudiantil.

A mis hijos Sebastián y Karlita los cuales han estado en los momentos buenos y malos de mi vida, a los profesores que contribuyen en mi formación profesional.

En especial quiero agradecer a la Msc. Janeth Vaca, por la transmisión de sus conocimientos para la realización de este trabajo,

Al Dr. Antonio Posso por su tiempo y paciencia en el transcurso de estos años de mi vida universitaria

**Nathaly**

## ÍNDICE

Portada .....	i
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE.....	viii
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY .....	xvii
INTRODUCCIÓN .....	xix
CAPÍTULO I .....	21
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	21
1.2 Formulación del problema.....	22
1.3 Objetivos.....	23
1.3.1 Objetivo General.....	23
1.3.2 Objetivos específicos .....	23
1.4 Preguntas de investigación. ....	23
1.5 Justificación .....	24
2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1 Antecedentes .....	25
2.2. Cultura de seguridad del paciente .....	26
2.3 Estrés y sobrecarga laboral .....	29
2.4 .Trabajo en equipo .....	30
2.4.1 Ventajas y desventajas del trabajo en equipo .....	31
2.5 Comunicación efectiva entre el personal de enfermería .....	32
2.6 Gestión en seguridad del paciente.....	33
2.7 Conocimientos y seguridad del paciente como un acto ciudadano.....	33
2.8 .- Notificación de eventos y errores adversos .....	34
2.9 Marco contextual .....	35

2.9.1 Características del Hospital “Luis Gabriel Dávila” .....	35
2.9.1.1. Descripción general. ....	35
2.9.1.2 Identificación del hospital.....	36
2.9.2 Historia del Hospital Luis Gabriel Dávila. ....	36
2.10 Marco Legal .....	37
2.10.1 El buen vivir en la constitución del Ecuador. ....	37
2.10.2 Ley Orgánica de Salud.....	38
2.10.3 Código integral penal. ....	38
2.11 Derechos del paciente. ....	39
2.12 Marco Ético.....	40
2.13. Principios Éticos Generales. ....	41
2.13.1. El respeto a las personas debe incluir: .....	41
2.13.2 Practicas no éticas. ....	43
2.14 Variables .....	43
2.14.1 Variables principales.....	43
2.14.2 Variables secundarias.....	43
2.14.3 Matriz de relación de variables .....	44
CAPITULO III.....	47
3. Metodología .....	45
3.1. Tipo de estudio y diseño .....	47
3.2. Lugar de Estudio .....	47
3.3. Población y muestra corregir numeración .....	47
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	48
3.3.1. Criterios de inclusión.....	48
3.3.2. Criterios de exclusión .....	48
3.4. Técnicas e instrumentos.....	48
3.4.1. Técnicas .....	48
3.4.2. Instrumentos .....	48
3.5. Procedimiento .....	48
3.6. Análisis de datos .....	49
3.7. Validez y confiabilidad.....	50
CAPÍTULO IV.....	51
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51

4.1.1. Trabajo en equipo .....	51
4.1.2 Disponibilidad del Personal .....	52
4.1.3. Disposición del personal frente a la carga laboral. ....	53
4.1.4. Trato entre el personal .....	54
4.1.5. Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente .....	55
4.1.6. Acciones sobre Seguridad del Paciente .....	56
4.1.7 Asignación temporal de personal.....	57
4.1.8 Percepción sobre errores implicación del error profesional .....	58
4.1.10 Percepción sobre la casualidad del error.....	60
4.1.11 Trabajo colaborativo en la unidad.....	61
4.1.12 Percepción de la notificación del evento adverso .....	62
4.1.13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente .....	63
4.1.14 Capacidad de respuesta en situación de urgencia .....	64
4.1.15 Carga laboral y seguridad del paciente .....	65
4.1.16 Percepción sobre las disposiciones administrativas.....	66
4.1.17 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	67
4.1.18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.....	68
4.2 Sección B: Su líder de enfermería .....	69
4.2.1 Estímulo al personal.....	69
4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias .....	70
4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión.....	71
4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas .....	72
Sección C: Su institución.....	73
4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente .....	73
4.3.2 Coordinación institucional .....	74
4.3.3 Continuidad en la atención.....	75
4.3.4 Cooperación institucional .....	76
4.3.5 Entrega y recepción de turno .....	77
4.3.6 Ambiente laboral institucional.....	78
4.3.7 Comunicación de información.....	79
4.3.8 Medidas para la seguridad del paciente .....	80
4.3.9 Política institucional y seguridad del paciente.....	81
4.3.10 Cambio de turno del personal .....	82

4.4 Sección D / Comunicación.....	83
4.4.1 Retroalimentación para el cambio .....	83
4.4.2 Aceptación de opinión del personal.....	84
4.4.3 Notificación de errores.....	85
4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	86
4.4.5 Análisis de toma de decisiones. ....	87
4.4.6. Libertad de expresión del personal cuando algo no está correcto .....	88
4.5 Sección E / Frecuencia de eventos / Errores reportados .....	89
4.5.1 Reporte de errores .....	89
4.5.2 Reporte de errores sin daño al paciente .....	90
4.5.3 Reporte de errores sin daño potencial al paciente.....	91
4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente .....	92
4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente .....	92
4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados.....	93
4.7.1 Eventos adversos reportados.....	93
4.8 Sección H: Antecedentes .....	94
4.8.1 Experiencia laboral .....	94
4.8.2 Desempeño laboral vigente.....	95
4.8.3 Desempeño laboral vigente.....	96
4.8.4 Contratación Laboral .....	97
4.8.5 Relación del cuidado enfermera – paciente .....	98
4.8.6 Experiencia Laboral .....	99
4.9 Análisis y discusión de datos .....	100
4.9.1 Análisis estadístico sección A: Su servicio / unidad.....	100
4.9.2 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería. ....	101
4.9.3 Análisis estadístico sección C: Su institución.....	102
4.9.4 Análisis estadístico sección D: Comunicación. ....	103
4.9.5 Análisis estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos. ....	103
4.9.6 Análisis estadístico sección F: Grado de seguridad del Paciente. ....	104
4.9.7 Análisis estadístico sección G: Número de eventos adversos. ....	104
4.9.8 Análisis estadístico sección H: Antecedentes. ....	104
4.10 Discusión.....	107
4.11 Conclusiones .....	111

4.12 Recomendación.....	112
CAPÍTULO V.....	113
5. PROPUESTA.....	113
5.1 Introducción.....	114
5.2.- Justificación.....	115
5.3.-Objetivos.....	116
5.3.1.-Objetivo General.....	116
5.3.2.- Objetivos Específicos:.....	116
5.4. Metodología:.....	116
5.5.- MODULO I.....	117
5.5.1 Seguridad del paciente.....	118
5.5.2 Cultura de seguridad.....	119
5.6 MODULO II.....	120
5.6.1 Evento adverso:.....	121
5.6.2 Causas:.....	123
5.6.3 Sistema de registro y notificación.....	123
5.6.4 Sistema de notificación.....	124
5.6.5Características de los sistemas.....	124
5.6.6 Sistema de registro y notificación.....	125
5.6.7 Barreras para la notificación.....	125
5.7 MODULO III.....	125
5.7.1 Factores que influyen en la seguridad:.....	126
5.7.2 Modelo de gestión de seguridad del paciente:.....	127
5.8 Política institucional de seguridad del paciente.....	129
5.8.1 Promoción de cultura de seguridad.....	129
5.8.2 Calidad de Atención.....	129
5.8.3 Lineamientos de política, estrategias.....	129
5.8.4 Aplicar las técnicas de asepsia (médica y quirúrgica) en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud.....	130
5.8.5 Manejo adecuado de los desechos peligrosos.....	130
5.8.6 Practicas de bioseguridad.....	130
5.8.7 Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.....	131
5.8.8 Educación continua al usuario, familia y cuidadores.....	131

5.8.9 Administración de los medicamentos en forma limpia y segura .....	131
5.8.10 Monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario .....	132
5.9 Lineamiento 2: investigación y análisis de los eventos adversos. ....	132
5.9.1 Monitoreo de la calidad de la información de los reportes de eventos adversos ....	132
5.9.2 Incorporación de criterios de calidad y seguridad del paciente incorporados en los compromisos de gestión. ....	132
5.9.3 Diseñar el modelo de gestión institucional de riesgos clínicos.....	133
5.9.4 Establecer el modelo de gestión de riesgos clínicos en todos los servicios de salud	133
5.10 Lineamiento 4: cirugía segura salva vidas .....	133
5.10.1 Evaluación integral del paciente previo a cada procedimiento quirúrgico, en caso de cirugía electiva y, de acuerdo a la condición nosológica de cada paciente en urgencia .....	133
5.10.2 Garantizar los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos quirúrgicos .....	134
5.10.3 Garantizar que los eventos adversos presentados en la sala de operación y recuperación se registren en forma efectiva .....	134
5.10.4 Garantizar adecuada atención del paciente post quirúrgico, tanto en sala de recuperación como en salón de Hospital .....	135
5.11 Lineamiento 5: laboratorio y bancos de sangre seguros .....	135
5.11.1 Garantizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente .....	135
5.11.2 Garantizar la seguridad del donante, receptor y la calidad de los hemoderivados	135
5.12 El papel del líder .....	136
5.12.1 Trabajo en equipo .....	137
5.12.2 Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente. ....	138
5.13 Autoevaluación .....	139
Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente.....	158
BIBLIOGRAFÍA .....	142

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Trabajo en equipo. ....	51
Gráfico 2. Disponibilidad del personal. ....	52
Gráfico 3. Disposición del personal frente a la carga laboral .....	53
Gráfico 4. Trato entre el personal .....	54
Gráfico 5. Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente.....	55
Gráfico 6. Acciones sobre Seguridad del Paciente .....	56
Gráfico 7. Asignación temporal de personal.....	57
Gráfico 8. Percepción sobre errores implicación del error profesional .....	58
Gráfico 9. Toma de decisiones para fomentar el cambio.....	59
Gráfico 10. Percepción sobre la casualidad del error .....	60
Gráfico 11. Trabajo colaborativo en la unidad .....	61
Gráfico 12. Percepción de la notificación del evento adverso.....	62
Gráfico 13. Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente.....	63
Gráfico 14. Capacidad de respuesta en situación de urgencia .....	64
Gráfico 15. Carga laboral y seguridad del paciente .....	65
Gráfico 16. Percepción sobre las disposiciones administrativas .....	66
Gráfico 17. Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	67
Gráfico 18. Procedimientos y sistemas para la prevención de errores .....	68
Gráfico 19. Estímulo al personal .....	69
Gráfico 20. Disposición para aceptar sugerencias .....	70
Gráfico 21. Tolerancia al trabajo bajo presión.....	71
Gráfico 22. Toma de decisiones frente a problemas.....	72
Gráfico 23. Ambiente laboral para la seguridad del paciente .....	73
Gráfico 24. Coordinación institucional.....	74
Gráfico 25. Continuidad en la atención .....	75
Gráfico 26. Cooperación institucional .....	76
Gráfico 27. Entrega y recepción de turno .....	77
Gráfico 28. Ambiente laboral institucional.....	78
Gráfico 29. Comunicación de información.....	79
Gráfico 30. Medidas para la seguridad del paciente .....	80
Gráfico 31. Política institucional y seguridad del paciente.....	81

Gráfico 32. Cambio de turno del personal .....	82
Gráfico 33. Retroalimentación para el cambio .....	83
Gráfico 34. Aceptación de opinión del personal.....	84
Gráfico 35. Notificación de errores .....	85
Gráfico 36. Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	86
Gráfico 37. Análisis de toma de decisiones. ....	87
Gráfico 38. Libertad de expresión del personal cuando algo no está correcto .....	88
Gráfico 39. Reporte de errores.....	89
Gráfico 40. Reporte de errores sin daño al paciente .....	90
Gráfico 41. Reporte de errores sin daño potencial al paciente. ....	91
Gráfico 42. Valoración del grado de seguridad del paciente .....	92
Gráfico 43. Eventos adversos reportados.....	93
Gráfico 44. Experiencia laboral .....	94
Gráfico 45. Desempeño laboral vigente.....	95
Gráfico 46. Desempeño laboral vigente.....	96
Gráfico 47. Contratación laboral.....	97
Gráfico 48. Relación del cuidado enfermera – paciente .....	98
Gráfico 49. Experiencia Laboral.....	99
Gráfico 50. Cultura de seguridad .....	120
Gráfico 51. Marco conceptual de los sistemas de notificación.....	123
Gráfico 52. Modelo de seguridad del paciente .....	128

# **PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE TULCAN- PROVINCIA DEL CARCHI 2014- 2015.**

**Autores:** Revelo Carvajal Julia Valentina.  
Varela Morales Aida Nathaly.

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción del personal de enfermería sobre cultura de la seguridad del paciente en el Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán – Carchi en el periodo 2014-2015, el presente estudio describió aspectos claves como las actitudes, comportamientos, organización, gestión, comunicación interna de la institución, determinó el reporte de notificación de sucesos importantes; fue un estudio observacional descriptivo transversal, con una población de estudio de 114 profesionales de enfermería que laboran en distintos servicios de esta casa de salud, se excluyó 5 profesional enfermero que se encontró en periodo de maternidad y vacaiones. Se utilizó la encuesta del Hospital Survey on Patient Safety Culture.

La información recogida permitió establecer y medir el impacto de la percepción que tienen los profesionales de la salud en ocho dimensiones que conforma la cultura de seguridad del paciente, según la metodoligía del estudio se identifica ciertos hallazgos entre los que se encuentra como una importante fortaleza la percepción de el aprendizaje, organización, comunicación, las acciones de la líder, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la seguridad clínica, como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los eventos adversos y la inadecuada dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura, por consiguiente una sobre carga de trabajo.

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

# **PERCEPTION OF NURSES ON CULTURE OF PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA OF TULCÁN TOWN –CARCHI PROVINCE IN 2014-2015.**

**Authors:** Revelo Carvajal Julia Valentina.

Varela Morales Aida Nathaly.

## **SUMMARY**

The objective of analysing the study was to valuate the nurses' perception about the safety culture of the patient in the "Luis Gabriel Dávila" Hospital cosseted of Tulcán-Carchi in 2014-2015. The presented study describes key aspects such as the nurses' perception of the climate of patient safety culture in the Gabriel Luis Davila Hospital cosseted of Tulcán-Imbabura Province.

It was an observational descriptive study including the Key aspects: Attitude, behavior, organization, management, internal communication of the institute that determinated the report of notifications of important happenings. It was a observational descriptive study population of 114 nurses. They are working in various departments in the sanitary center. There were 5 professional nurses excluded, who were in the maternity period and in vacations.

It was worked on the survey called "Hospital Survey on Patient Safety Culture", adapted to the spanish version. To handle the analisis plan, the programme "SPSS pasw statistics version 18" and estadistics with central tendency were used.

The information collected permitted to establish and measure the impact of the perception of health professionals in eight dimensions: culture of patient safety, according to the study methodology certain findings among which is identified as an important for the perception of learning, organization, communication, actions of the leader, a quality that should be promoted and considered in improving clinical safety, as the major weaknesses perception of professionals surveyed identified on a punitive response to the report of the adverse events and inadequate staffing that would prevent developing health care safely therefore an overload of work.

**Palabras claves.** Keywords: Patient insurance, Culture of insurance, adverse event

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA  
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL LUIS GABRIEL  
DÁVILA, TULCÁN – PROVINCIA CARCHI-2014- 2015.**

## INTRODUCCIÓN

El tema “Seguridad de los pacientes” ha constituido un problema de salud pública a nivel mundial, ya que no solo tiene repercusiones en la salud de las personas sino que además ocasiona grandes pérdidas económicas.

En los últimos tiempos la seguridad de los pacientes se ha convertido en eventos de relevancia, por cuanto los estudios realizados mundialmente demostraron el impacto social, sanitario y económico que ocasionan para los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud aborda en el año 2004 una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el fin de crear estrategias para el manejo del problema de los eventos adversos, con el fin de establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud.

Según esta organización, 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 evitables.

Analizando esta situación, la necesidad de sentirse seguro es una preocupación constante que debe ser satisfecha por los profesionales de la salud que son los 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, para alcanzar se debe liderar un interés por mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud, con el fin de garantizar a la población una atención de calidad.

Desde este aspecto, la investigación 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 las cosas.

Por ello es necesario que el personal de salud, entre ellos Enfermería, juega un rol positivo en cultura sobre seguridad del paciente, entregando atenciones seguras trabajando activamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, en un ambiente de responsabilidad, considerándose como la primera de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Por este motivo la investigación ayudó a identificar y propiciar una cultura de seguridad del paciente, adaptada a su contexto lo cual implica: liderazgo, trabajo, en equipo y colaboración; además que detecte necesidades, defina líneas, estrategias, acciones y resultados; prácticas basadas en evidencia, comunicación, efectiva, aprendizaje, mediciones; una cultura de trato justo, pensamiento sistémico, factores humanos. Cada uno de estos factores puede aplicarse a la práctica y contribuir de manera considerable a la reducción del riesgo.

En el caso puntual de la presente investigación fue fundamental realizar el curso virtual, llamado Cultura De Seguridad Del Paciente, con el propósito de entregar una herramienta al hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán, y a los estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica Del Norte, la cual ayude al a mejorar la cultura de seguridad del paciente tanto en el área hospitalaria como comunitaria.

# CAPÍTULO I

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteamiento de problema.

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos, como para los profesionales de enfermería que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Astolfo León, (2006)

La atención al paciente es cada vez más compleja; se utiliza tecnologías más sofisticadas, la diversidad y variabilidad de sus prácticas van en aumento cada día y cientos de miles de personas son tratados con éxito de forma segura en las diferentes casas de salud, sin embargo los adelantos en la tecnología y el conocimiento de las últimas décadas han creado un sistema de salud de enorme complejidad.

Dando así mayor responsabilidad sobre el personal de enfermería en los posibles contratiempos provocadas por; sobrecargas de pacientes, carga horaria excesiva, errores o descuidos, aumentando el riesgo de pacientes hospitalizados sufran daños, severos e incluso fatales, con el agravante de que muchos de estos son prevenibles. Instituto Nacional de Salud Pública, (2007)

Se calcula que en los países desarrollados 1 de cada 10 pacientes sufre algún tipo de evento adverso durante su estancia en el hospital provocados por el profesional enfermero y médico, este riesgo es muy superior en países en vías de desarrollo como el Ecuador, por lo que la organización 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 Merino Plaza, (2012)

En marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en 55 asamblea mundial, en favor de la seguridad del paciente y en octubre de 2004, lanzó la alianza mundial para la seguridad del paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables. Ministerio de Salud Perú

## 1.2 Formulación del problema

En el quehacer diario de la práctica asistencial se evidencian hábitos que necesitan replantearse, 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 realidad.

El error involuntario en el cuidado de enfermería pudiera analizarse como la falla de una acción planeada, para ser completada, o un plan equivocado que puede generar costos extras para el paciente y el hospital. Seguridad del Paciente Hospitalizado, (2008)

Es importante identificar que los errores también se pueden presentar por la falla en la estructura o en el proceso, dentro de las fallas por estructura se encuentran: equipo insuficiente fallas del mismo, falta de mantenimiento, personal insuficiente, falta de capacitación del personal, medicamentos insuficientes o de mala calidad. Y en las fallas del proceso se encuentran cultura organizacional, proceso de cuidado, competencia profesional insuficiente y factores inherentes al paciente.

El presente trabajo trata de concienciar, reconocer y percibir la existencia de errores, lo que puede ser el primer paso para la corrección de los mismos y permitir identificar varias oportunidades para mejorar.

Por esta razón es menester preguntarse ¿Cuál es la percepción del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en El Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo General

- Evaluar la percepción del personal de enfermería sobre cultura de la seguridad del paciente en el Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán durante el año 2014.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar actitudes y comportamientos favorables y desfavorables del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente, empleando técnicas de investigación
- Realizar una evaluación de las debilidades y fortalezas que posee el sistema de seguridad en atención a los pacientes, con tablas de ponderación
- Describir las características más relevantes en la organización, gestión y comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital “Luis Gabriel Dávila”, a través de la aplicación de una encuesta.
- Determinar el reporte de notificación de sucesos importantes sobre la seguridad del paciente, mediante de instrumentos de recolección primaria

## 1.4 Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características laborales del personal de Enfermería de acuerdo a las variables: tiempo, área de trabajo y jornada laboral, empleando técnicas de investigación?
- ¿Qué carencias y fortalezas en la gestión y organización posee la institución sobre la seguridad en atención a los pacientes con tablas de ponderación?

- ¿Qué actitud toma el personal de enfermería frente a un efecto adverso producido en el área, a través de la aplicación de una encuesta?
- ¿Cuál es la medida a tomar para mejorar el plan actual de seguridad en atención a los pacientes, mediante de instrumentos de recolección primaria?

## 1.5 Justificación

El presente trabajo trata de concientizar reconocer y prevenir la existencia de errores, lo que puede ser el primer paso para la corrección de los mismos e identificar varias oportunidades para mejorar evitando riesgos mayores.

Aprendiendo del error mismo teniendo una actitud crítica, generando compromiso en equipo analizando los diferentes tipos de debilidades que pueden tener el personal de enfermería de tal forma que se implementen estrategias de prevención

Es por ello que esta investigación está enfocada en evaluar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería entorno a las medidas que garantizan la seguridad de los pacientes que requieren de sus servicios.

Esta investigación dará lugar a que se concientice a las instituciones de salud no solo a nivel local si no a nivel regional, en verificar las normas y medidas de seguridad que se implementa en cada área de atención y a su vez tomar los debidos correctivos para mejorar sus falencias o carencias. De este trabajo investigativo se beneficiara a la población en general ya que al ser una institución de atención pública todas las personas del país podrían acudir en algún momento de su vida a pedir la prestación de servicios de esta casa de salud.

Esta investigación también está motivada para cumplir con el eslogan de la Universidad Técnica del Norte “Ciencia Y Técnica Al Servicio Del Pueblo” con esto es necesario proponer el conocimiento adquirido en las aulas al servicio de la población dando soluciones para problemas que aquejan a todos, además que es un requisito indispensable para obtener el título de licenciadas en enfermería.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, (2009), 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.

Además cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud; identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas

Conocer la realidad es el primer paso para diseñar soluciones dirigidas a prevenir los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad asociada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud (Organización Mundaial de la Salud, 2011)

Se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes como la nuestra, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor Dra. C. Omayda Urbina, (2011)

Según estimaciones realizadas 1,4 millones de personas están sufriendo en el mundo alguna infección contraída en el entorno sanitario, esto es verdaderamente alarmante y más al saber que esto pudo haber sido evitado.

En algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos, lo más grave es que alrededor de la mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios.

Los incidentes que causan daño pueden tener consecuencias muy negativas para los pacientes que los sufren: además del daño físico y moral, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o incluso, en algunos casos extremos, su muerte Organización Mundaial de la Salud, (2011)

La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente por lo que se ha implementado estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos q son los elementos claves para mejorar esta problemática .

## 2.2. Cultura de seguridad del paciente

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe que sobre el desastre nuclear de Chernobyl, en la antigua URSS., que preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad

El desarrollo de la "cultura positiva de la seguridad" ha sido declarado como un medio para reducir las grandes catástrofes y accidentes relacionados con tareas diaria, cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún más grande, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes.

Por fortuna, actualmente existe un creciente sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud, atreves del personal de enfermería siendo 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 necesidades, 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. Ministerio de Protección Social, (2012)

Entonces se puede decir que la cultura de seguridad del paciente 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 o paciente.

Este término abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente, esto 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. Gómez, Arenas, & González, (2011)

Al respecto se puede decir que desde la higiene de manos aplicar medicamentos seguros, inyecciones, procedimientos quirúrgicos, hasta seguridad en procedimientos generales en los establecimientos de salud, la seguridad del paciente requiere una vigilancia y medidas constantes

La seguridad del paciente abarca una variedad de responsabilidades, del comportamiento individual a la falla del sistema, de errores personales a cosas como falta de recursos humanos y materiales.

En salud hay que recolectar información sobre los errores, y situaciones que llevan a un error con consecuencias negativas, sobre situaciones inseguras y comportamiento equivocado analizando errores personales a fin de prender de ellos. Esto permitirá contar con un conocimiento colectivo sobre situaciones y prácticas inseguras y tomar medidas para evitarlas. Aranaz & Loza, (2012)

Una práctica de verdadera colaboración exige un alto grado de comunicación, pasar las tareas y resultados y roles y responsabilidades claramente definidos a todos los miembros del equipo con respeto y responsabilidad.

La comprensión realista de los riesgos de la medicina moderna exige que todos los profesionales de la salud puedan cooperar con las partes pertinentes, adoptar un enfoque de sistemas proactivos y tener responsabilidad profesional. Esto incluye ante nada el diálogo con nuestros pacientes y respetar sus necesidades, expectativas, miedos y esperanza Organización Mundial de la Salud, (2012)

Elrenovar sus conocimientos constantemente para poder dar respuesta a los continuos cambios y demandas, sociales y en materia de salud

Para la profesión de enfermería las competencias laborales resultan de vital importancia, dada su misión relacionada, con el cuidado para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y rehabilitar a las personas con secuelas y dada las acciones que realiza este profesional en los servicios de salud, hace que tenga que desarrollar actitudes y valores consecuentemente con su misión.

Es por ello que la enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento.

En este trabajo se consideró que la seguridad del paciente es la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos por la atención que se brinda, como resultado de servicios eficaces y satisfactorios que garantizan una atención de calidad.

El objetivo del trabajo es determinar la vinculación de las competencias genéricas con las acciones que realiza el personal de enfermería para la seguridad del paciente. Dra. Omayda Urbina, (2011)

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. León, (2009)

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. Ginocchio, (2008)

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante 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. Asstolfo, (2006)

### 2.3 Estrés y sobrecarga laboral

El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, ante una demanda, que es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas. Cano Vindel, (2011)

El personal de enfermería generalmente está propenso a tener estrés, en parte, por la gran responsabilidad que asumen en la atención, ya que es el personal que está en permanente contacto con los pacientes y las situaciones que lo rodean.

El estrés de origen laboral se debe a la interacción entre múltiples factores de riesgo como los que provienen del: ambiente físico, trastorno de las funciones biológicas, el contenido y la organización del trabajo, y diversos componentes psicosociales, tanto laborales como extra laborales Campo, (2012)

Esto es caracterizado por agotamiento o cansancio emocional que puede manifestarse física y psíquicamente; despersonalización como presencia de sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes y frías hacia otras personas en este caso los pacientes , especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo

Entre los trastornos psicosomáticos se encuentran cefalea; fatiga crónica; desordenes gastrointestinales; mialgias e hipertensión, entre otros. También es posible encontrar manifestaciones emocionales, distanciamiento afectivo con las personas a las que se atiende, deseos de abandonar el trabajo, irritabilidad, y dificultad para concentrarse, produciéndose un descenso del rendimiento lo que se traduce en el cuestionamiento de la propia competencia profesional, que conlleva a un descenso en la autoestima. Arechabala & Valenzuela, (2012)

## 2.4 .Trabajo en equipo

Uno de los cambios más importantes ocurridos en las instituciones sanitarias durante los últimos años, ha sido la reorganización del trabajo clínico en equipos interprofesionales es decir rotar a todo el personal por las diferentes aéreas del hospital.

El cuidado del paciente se hace cada vez más complejo cuando hay situaciones de estrés, creando malas relaciones interpersonales con los miembros del equipo Colaboración significa trabajar juntos, compartir información, coordinar el trabajo, y tomar decisiones en conjunto acerca de aspectos de la atención del paciente. Huenumilla, (2009)

El enfoque de colaboración presupone que compartir la atención y la coordinación del trabajo entre profesionales requiere compartir las responsabilidades. Aunque debido a la complejidad y cuidados que requiere cada paciente hace difícil dividir explícitamente las

tareas con anticipación entre los profesionales no hay que olvidar que además que el trabajo en equipo ayudar a nuestros compañeros es un eje fundamental.

Por ello, se espera que la colaboración dé como resultado una alta frecuencia de toma de decisiones en conjunto, una frecuente adaptación de la atención a las necesidades del paciente, y a rápidos cambios en la asignación de tareas entre los profesionales

La colaboración es el elemento que más influencia el trabajo en equipo. Cuando los profesionales de un equipo de salud consiguen trabajar en colaboración, se esperan resultados positivos tanto para los pacientes como para los profesionales, las organizaciones y el sistemaBautista & Guitart, (s/f)

#### 2.4.1 Ventajas y desventajas del trabajo en equipo

Al analizar las ventajas y desventajas en el área de la salud, se tiene la satisfacción de aliviar el sufrimiento ajeno y, del otro la insatisfacción con la sobrecarga de trabajo y sus condiciones precarias que lleva al agotamiento físico y mental, baja autoestima y pérdida de interés por el confort del cliente, desencadenando comportamientos que van desde la solicitud, alegría, rapidez y eficiencia hasta la irritabilidad, desinterés, malhumor e indelicadezaAgra, (2006)

En ese contexto, investigar la satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería puede contribuir para la identificación de problemas en los servicios de salud, la planificación de posibles soluciones y consecuentes mejoras en el ambiente de trabajo y en la calidad de los servicios prestados (Melo, 2012)

Es por eso que se diferencia una pequeña lista de cuáles son las ventajas y desventajas de este trabajo

Ventajas:

- Al tratarse de personas diferentes, cada uno entrega un aporte en particular al equipo.

- Tratándose de seres con capacidad de raciocinio pero que resulta beneficioso considerando obtener mayor creatividad en la solución de problemas.
- Se logra la integración de metas específicas en una meta común.
- Prevalece la tolerancia y el respeto por los demás.
- Al sentirse parte real de un equipo, donde son tomados en cuenta, las personas se motivan a trabajar con un mayor rendimiento.
- Promueve la disminución de la rotación de personal al desempeñarse en un lugar que les resulta grato. Asstolfo, (2006)

Desventajas:

- Es difícil coordinar las labores de un grupo humano, por la diversidad en las formas de pensar, capacidades, disposición para trabajar, responsabilidad y luego orientarlos hacia un mismo objetivo
- Muchas diferencias en las formas de pensar, puede llevar a discusiones que dividan al grupo.
- Entendiéndose que el trabajar en equipo implica asumir responsabilidades como tal, es posible que al cometer errores nadie quiera asumirlos en forma particular. Tomas, (2010)

## 2.5 Comunicación efectiva entre el personal de enfermería

La comunicación se suele definir como un intercambio de información entre dos o más personas, pero no se debe olvidar que el objetivo de la comunicación es provocar una respuesta, con lo cual no únicamente es un intercambio sino que es un proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea procesada por los participantes de dicho proceso. Fota, (2009)

De esta forma el personal de Enfermería basa su intervención en la información que puede recolectar, ya sea a través de los diferentes instrumentos clínicos, la observación o la interacción con las personas, siendo esta última la más importante, ya que permite contextualizar el cuidado o conocer las necesidades referidas por los pacientes. Enfermería actual en Costa Rica, (2012)

Al momento que nuestro ambiente laboral no existe una buena comunicación, se limita a la interacción entre las personas lo, cual nos lleva a una problemática de desconocimiento el cual no permite desarrollar y potencializar las fortalezas que se dan con un trabajo en equipo

La falta de comunicación provoca malentendidos, bajo rendimiento, diagnósticos erróneos y el peor de todos el sufrimiento del paciente dándonos como la consecuencia más grave los eventos adversos que pueden llevar a complicaciones a los usuarios en las casas de salud prolongando así su estadía en estos establecimientos .

## 2.6 Gestión en seguridad del paciente

Dentro de los programas de gestión de la calidad, la seguridad del paciente es no sólo un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad profesional que revalora compromiso, la ética y la mística en el acto del cuidado en salud.

Es indispensable formar profesionales que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se comprometan con el desarrollo humano y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgos. Astolfo, (2006)

A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así como evidenciar la calidad de atención que se brinda en las organizaciones de salud. Buoso, (2011)

Nos dan alternativas en los enfoques de salud nos ayudan a asumir responsabilidades, nos dan la mano para fortalecer lazos entre el personal que labora en la unidad eso es lo que nos ayuda en la gestión en seguridad del paciente

La organización mundial de la salud en diferentes foros a tomado la iniciativa dando conferencias charlas, capacitaciones en pro mejora de la seguridad del paciente.

## 2.7 Conocimientos y seguridad del paciente como un acto ciudadano

Brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional profunda donde se involucra el enfermero de forma directa, como elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud.

La compleja combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas, son algunos de los elementos que constituyen la medicina moderna. Lo anterior puede tener beneficios, pero también, resultados no esperados y hacen parte del riesgo inevitable de los eventos adversos que pueden ocurrir.

El ejercicio de la Enfermería como disciplina profesional no solamente comprende el ámbito del cuidado auto cuidado cuidado del paciente, su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud de gran relevancia en los últimos tiempos en el ejercicio profesional, todo lo cual implica un juicio de valor, un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades. Ablabedo & Díaz, (2010)

Establecer un plan de cuidados de Enfermería adecuado a las necesidades individuales de cada paciente, familia y comunidad.

La misión de los enfermeros es lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Se debe realizar un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, mediante un clima organizacional propicio que siga las estrategias y programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública

## 2.8 .- Notificación de eventos y errores adversos

La vigilancia y medición de EA es considerada por muchos de validez y utilidad inciertas. Existe suficiente evidencia que los sistemas de vigilancia pasivos subestiman notablemente la frecuencia de los eventos, porque quienes debieran notificarlos no lo hacen por comodidad, temor a conflictos médico legales, o a efectos laborales Sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos, (2011)

Por lo tanto, el objetivo es entender, ¿por qué se debería vigilar y medir los eventos adversos? Siendo estos los beneficios

Aprender de lo encontrado, es decir detectar brechas en la calidad de la atención que pudieran servirnos para prevenir nuevos eventos.

Ello supone que a partir del análisis de los eventos se pueda detectar los factores humanos, organizativos u otros que contribuyeron a su aparición, de manera de poder intervenir sobre ellos y reducir riesgo. Evaluar tendencias para objetivar el desempeño. Sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos, (2011)

Hay distintos modelos de vigilancia conocidos.

Los sistemas de notificación voluntaria de rutina tienen muy baja sensibilidad, cuando son comparados con la revisión de fichas clínicas, por lo que omiten una proporción importante de los eventos efectivamente producidos

Los sistemas basados en la revisión de historias pueden detectar porcentajes superiores al 70% de los eventos.

## 2.9 Marco contextual

### 2.9.1 Características del Hospital “Luis Gabriel Dávila”

#### 2.9.1.1. Descripción general.

El hospital general provincial “Luis Gabriel Dávila”, de la ciudad de Tulcán, presta servicios de salud correspondientes al segundo nivel de atención.

Las especialidades básicas son; Gineceo – Obstetricia, pediatría, medicina Interna, cirugía general y sub especialidades de traumatología, oftalmología, audiología, psicología,

neonatología, terapia intensiva adultos, además cuenta con servicios de diagnóstico como laboratorio clínico, imagenología, se complementa con los servicios de farmacia y trabajo social.

El hospital actualmente dispone de 166 camas hospitalarias.(Administración, HLGD, 2014)

#### 2.9.1.2 Identificación del hospital.

El hospital se encuentra ubicado en el noroccidente de la ciudad de Tulcán, Parroquia González Suárez, sobre la avenida San Francisco, entre las calles Gustavo Becker y García Lorca.

La infraestructura del Hospital está instalada sobre un área de terreno delimitada de 36.000m<sup>2</sup> y el área de construcción del hospital es de 18.000 m<sup>2</sup>.

Los límites del Hospital es la avenida San Francisco, adoquinado, con cuatro carriles, en estado irregular e iluminada.(Administración, HLGD, 2014)

#### 2.9.2 Historia del Hospital Luis Gabriel Dávila.

El hospital Luis G. Dávila abrió sus puertas al servicio de la comunidad en febrero de 1926, cuando la Junta Central de Asistencia Social del Ecuador cumplía funciones y asumía responsabilidades, que hoy las ejerce el Ministerio de Salud.

El patrono del hospital, Luis Gabriel Dávila, por el cual hoy tiene ese nombre es un ilustre médico carchense, hizo conocer su pensamiento y formación científica adquiridos en las cátedras de Francia y Alemania, médico ecuatoriano, diputado por la provincia del Carchi, senador de la República, profesor de la Universidad Central, presidente de la Federación Médica Ecuatoriana.

En la antigüedad este hospital contaba con 130 empleados y trabajadores, posteriormente el presidente de la República aprecia las necesidades de la provincia llega a la conclusión de que se construya un nuevo hospital.

Un lunes 04 de febrero 2013, se inaugura en Tulcán en la provincia del Carchi el nuevo Hospital “Luis Gabriel Dávila” que beneficia principalmente a la población que allí vive y a las comunidades del cordón fronterizo con la República de Colombia, contribuye a cumplir los acuerdos binacionales, como un derecho a la sociedad del Buen Vivir que implementó el presidente de la república Rafael Correa.(Administración, HLGD, 2014)

## 2.10 Marco Legal

### 2.10.1 El buen vivir en la constitución del Ecuador.

En la constitución del Ecuador la seguridad del paciente es garantizada en los siguientes artículos.

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, la existencia de un Sistema Nacional de Salud que tiene por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, de manera individual y colectiva, con el ánimo de proteger a la ciudadanía y permitirle un pleno goce de sus derechos, siendo la salud como estado óptimo de bienestar social e individual, que permite a las personas ejercer a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de todas las etapas de la vida.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejercen 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.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética,

suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional

Fuente: ( Constitución de la República del Ecuador, 2011)

### 2.10.2 Ley Orgánica de Salud.

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 bioética.

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 intransmisible, 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.

Fuente:(Ley Orgánica de Salud, 2006)

### 2.10.3 Código integral penal.

Art. 146. Homicidio culposo por mala práctica profesional.

La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley. Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

Art 152.- Lesiones.

La persona que lesione a otra será sancionada de acuerdo a las siguientes reglas:

1. Si como resultado de las lesiones se produce en la víctima un daño, enfermedad o incapacidad de 4 a 8 días, será sancionada con pena privativa de libertad de 30 a 60 días.
2. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de 9 a 30 días, será sancionado con pena privativa de libertad de 2 meses a 1 año.
3. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de 30 a 90 días, será sancionado con pena privativa de libertad de 1 año a 3 años.
4. Si produce a la víctima una grave enfermedad o una disminución de sus facultades físicas o mentales o una incapacidad o enfermedad, que no siendo permanente, supere los 90 días, será sancionada con pena privativa de libertad de 3 a 5 años.
5. Si produce a la víctima enajenación mental, pérdida de un sentido o de la facultad de habla, inutilidad para el trabajo, incapacidad permanente, pérdida o inutilización de algún órgano o alguna grave enfermedad transmisible e incurable, será sancionada con pena privativa de libertad de 5 a 7 años.

La lesión causada por infringir un deber objetivo de cuidado, en cualquiera de los casos anteriores, será sancionada con pena privativa de libertad de un cuarto de la pena mínima prevista en cada caso.

No serán punibles las lesiones derivadas de acciones terapéuticas ejecutadas por profesionales de la salud en cumplimiento del principio de necesidad que precautele la salud del paciente.

Fuente: (Código Orgánico Integral Penal, 2014)

## 2.11 Derechos del paciente.

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido

oportunamente en el casa de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

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

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

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

Fuente: (Asamblea Nacional Del Ecuador, 2006)

## 2.12 Marco Ético

El primer instrumento internacional sobre bioética en investigación biomédica es el Código de Núremberg, promulgada en 1947, manifiesta una decisión jurídica que condena atrocidades de médicos nazis, participación voluntaria de sujetos, atropellos a derechos humanos, además plantea: La libertad de las personas mentalmente competentes para decidir participar en una investigación, el consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial, la calidad científica de la investigación, incluyendo una adecuada relación riesgo-beneficios potenciales, la formación científica y de liderazgo del equipo de investigación. Mainetti, (1989)

La declaración del Helsinki, formulada por la asociación médica mundial en 1964-2013, es una fuente principal de orientación ética sobre la realización de investigación clínica y establece; Diseño científico y experiencias previas en animales, principio de la

proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles, respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre los de la ciencia y la sociedad, consentimiento informado y respeto por la libertad del individuo.(59° Asamblea Médica Mundial, 2008).

En el 2013 la reunión se basa en herencia de ideas, acciones intersectoriales y políticas públicas saludables como elementos centrales para la promoción de la salud, el logro de la equidad en salud y el entendimiento de la salud como un derecho humano.(www.healthpromotion2013.org, 2013)

Desde la publicación de las pautas CIOMS (1982- 2002) varias organizaciones internacionales han formulado normas jurídicas éticas sobre derechos humanos, aplicado a los países en vías de desarrollo.

## 2.13.Principios Éticos Generales.

### 2.13.1. El respeto a las personas debe incluir:

El Principio de Autonomía.-Se fundamenta en la capacidad del sujeto de darse a sí mismo su actuar como persona. La autonomía es un acto de elección, debe reunir tres condiciones: Intencionalidad, conocimiento o comprensión, ausencia de control externo, que puede verse afectada por: coerción, manipulación o persuasión, respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas.(Lorda, 2013)

La beneficencia y la no-maleficencia.-Debe condenarse todo acto en que se infrinja daño en forma deliberada a las personas debe cumplirse el principio de la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado; la no-maleficencia “obliga a todos de modo primario y es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento”.(Siurana, 2010)

Consentimiento y competencia.-Siempre debe obtenerse el consentimiento informado en investigación clínica la determinación de incompetencia y el nombramiento de un tutor legal deben ser externos al protocolo de investigación, los niños, adultos mayores y deficientes mentales deben ser incluidos dentro de los grupos vulnerables.

La búsqueda del bien.-Da origen a normas que buscan; que los riesgos sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado, que los investigadores sean competentes.

Es la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación.

El principio de la justicia.- Es la obligación ética de dar a cada cual lo que le corresponde (“según su necesidad”) en investigación es aplicable la justicia distributiva, que exige la distribución equitativa de costos y beneficios y la selección equitativa de sujetos, exige un esfuerzo de quienes tienen más (gobiernos, empresas) para ofrecer los beneficios de la investigación a las personas o grupos más pobres o desprotegidos.(Consejo de organizaciones Internacionales de ciencias médicas (CIOMS), 2002)

El principio de fidelidad.- Es 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.

Principio de veracidad.- Principio ineludible de no mentir o engañar a las personas. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Principio de Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto a 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.Ruano & Ruano, (2014)

Principio de Solidaridad.- Es adherirse con las personas a 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.(Ruano & Ruano, Percepción del personal de

enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, 2014)

Principio de 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 mal entendido respecto a la libertad a la democracia. Enríquez & Sánchez, (2014)

### 2.13.2 Practicas no éticas.

Varios documentos de bioética , establecen como prácticas no éticas al no tratar a enfermos para controlar el desarrollo normal de su padecimiento al margen de tratamientos posibles, utilizar para experimentar a personas con capacidad disminuida que no presenten problemas de rechazar las practicas, aprovecharse de personas discriminadas socialmente para investigar, no informar a las personas de las características y riesgos del experimento al que se van a someter, hacer por parte del investigador una valoración personal y subjetiva de la relación entre beneficios y riesgos, personales y subjetivos, de la relación entre beneficios y riesgos para decidir la conveniencia del ensayo, realizar ensayos arriesgados sin ningún fin terapéutico respecto de la persona que se somete al ensayo, engañar al sujeto, tratar a personas como medios.

## 2.14 Variables

### 2.14.1 Variables principales

#### 1. Cultura de seguridad paciente

### 2.14.2 Variables secundarias

#### 2. Características de la organización

- a. Percepción sobre la unidad.
- b. Percepción sobre el proceso de comunicación.
- d. Percepción sobre el rol de gestión de la unidad

### 2.14.3 Matriz de relación de variables

Variable	Definiciones	Indicador	Escala
Área/Unidad de Trabajo	Los profesionales de la salud deben prestar un óptimo servicio, además tener los conocimientos teóricos, prácticos y 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. A través de una atención integral. (Estrés en las enfermeras y área quirúrgica del hospital José A. Vargas, 2009)	Servicios con los que cuenta el hospital	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emergencia</li> <li>2. Quirófano / centro obstétrico</li> <li>3. medicina interna</li> <li>4. cirugía</li> <li>5. ginecología</li> <li>6. pediatría/ neonatología</li> </ol>
Características de los encuestados	Hace referencia al conjunto de conocimientos y aptitudes que un enfermero ( a) ha adquirido a partir de realizar actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado Se define como meses o años de experiencia del personal de enfermería que se ha dedicado al cuidado de los pacientes(Marriner-Tomey, 2009)	Tiempo que lleva trabajando en este centro	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menos de 1 año</li> <li>b. De 1 a 5 años</li> <li>c. De 6 a 10 años</li> <li>d. De 11 a 15 años</li> <li>e. De 16 a 20 años</li> <li>f. 21 años o mas</li> </ol>
		Horas a la semana que trabaja en este centro	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menos de 20 horas a la semana</li> <li>b. De 40 a 59 horas a la semana</li> <li>c. De 20 a 39 horas a la semana</li> <li>d. 60 horas a la semana o más</li> </ol>

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 pacientes por este motivo los servicios de salud nos permite realizar un avance desde la implementación de las normas y protocolos para brindar una atención adecuada .(Estrés laboral, 2009)	Grado de satisfacción laboral	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 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.(Comportamiento Humano en el Trabajo en enfermería, 2013)	Organización de la unidad	1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
		Jefe/Supervisor	Buena Regular Mala
		Cumplimiento de protocolos	Si No A veces
Proceso de comunicación	La razón y esencia de la profesión de enfermería es el cuidado de la salud y la vida de la persona, familia, comunidad y entorno y el personal debe tener libertad de hablar sin miedo en algún procedimiento que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. Y cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (tribunal Nacional Etico De enfermria	Relación entre profesionales	Buena regular mala

	, 2012)		
Frecuencia de los sucesos notificados	Se define como la práctica de informe sin tener miedo a represalias con libertad y sin miedo a juzgamiento sobre la ocurrencia de un evento adverso que puede significar daño para el paciente.(Astier Peña, 2013)	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	a. excelente b. muy bueno c. aceptable d. pobre e. malo
Procedimientos para notificar	Rutinas de secuencia para seguir un proceso si existen o no formularios, como es el manejo del evento adverso y su notificación que conlleva a fin específico(Hospital Padre Hurtado, 2010)	Formularios de notificación	1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

## **CAPITULO III**

### **3. Metodología**

#### **3.1. Tipo de estudio y diseño**

Este proyecto de investigación fue observacional descriptivo, transversal, ya que engloba la recopilación de datos descriptivos, y desarrolla un proceso social ya que analiza las creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Luis Gabriel Dávila en la provincia de Tulcán, además permiten detallar la influencia que tiene cada uno de los atributos en la atención de enfermería para la seguridad del paciente.

#### **3.2. Lugar de Estudio**

Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad del Tulcán, de la provincia del Carchi

#### **3.3. Población y muestra corregir numeración**

La población de estudio estuvo constituida por 114 Profesionales de Enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila.

#### **Unidades de Observación:**

Personal de Enfermería del Hospital de Tulcán que cumple los criterios de inclusión excepto el personal auxiliar

### 3.3. Criterios de inclusión y exclusión

#### 3.3.1. Criterios de inclusión

Todos los profesionales de enfermería en servicio activo que laboran dentro de la institución en los servicios que brindan cuidado asistencial en el Hospital Luis Gabriel Dávila

#### 3.3.2. Criterios de exclusión

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

### 3.4. Técnicas e instrumentos

#### 3.4.1. Técnicas

Encuesta evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004). Se aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia.

#### 3.4.2. Instrumentos

- Cuestionario adaptado AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital SurveyonPatient Safety Culture.

### 3.5. Procedimiento

Para el diseño del instrumento, se utilizó la versión española hospital SurveyonPatient safety culture patrocinada por el Medical ErrorsWorkgroup of theQualityInteragencyCoordinationTaskForce (QUIC) 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 Luis Gabriel Dávila , 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 proporciono 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),secciónC (5escalas),sección D(5 escalas),sección E(5 escalas),sección F,G,H(1 escalas).

### 3.6. Análisis de datos

Para el análisis e interpretación se utilizó un diseño único y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spsspwstatistics versión18 y los estadígrafos de la estadística descriptiva (medidas de tendencia central).

### 3.7. 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 española, permitiendo con esta estructura hacer 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.

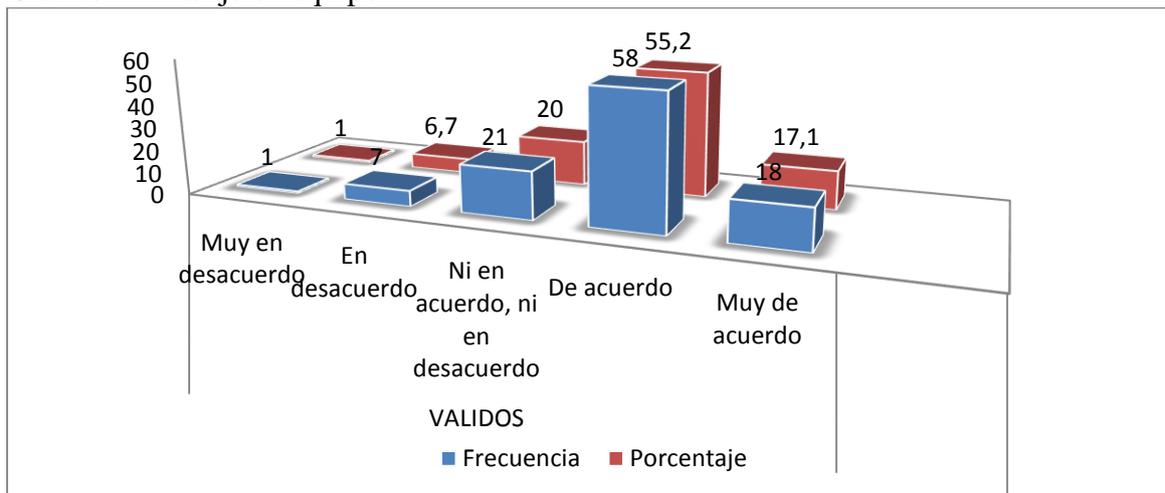
Para la aplicación y la validación de la versión española del instrumento se realizó una prueba piloto para garantizar la calidad y adaptación del instrumento a la realidad local en términos de validez.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1.1. Trabajo en equipo

Gráfico 1. Trabajo en equipo.



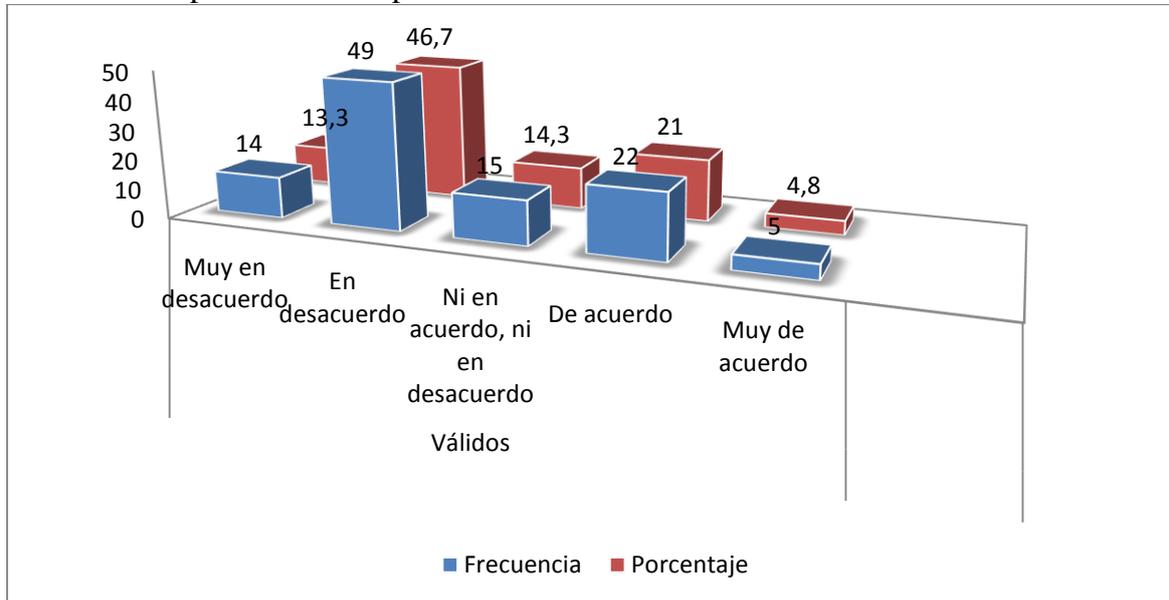
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** En este gráfico se puede evidenciar que el 72% del personal de enfermería, considera que en esta unidad la gente se apoya mutuamente lo que significa que en el servicio prevalece el trabajo en equipo lo cual es un indicador de fortaleza para la construcción de la cultura de la seguridad del paciente, frente a un 7% que estima lo contrario, cabe destacar que el 20% del personal no emita un juicio de valor frente al trabajo en su servicio correspondiente; La organización sanitaria constituye un sistema abierto que establece una continua relación entre la estructura de la organización, objetivo, personas, medio y recursos, adaptándose a las necesidades sociales que demandan calidad de vida, en enfermería esta apertura requiere de una atención al factor humano. (López Montesinos, 2009). La satisfacción en el trabajo de equipo de enfermería puede contribuir para la identificación de problemas en los servicios de salud, la planificación de posibles soluciones y consecuentes mejoras en el ambiente de trabajo y calidad de servicios prestados. (Farinango & Yacelga, 2014).

#### 4.1.2 Disponibilidad del Personal

Gráfico 2. Disponibilidad del personal.



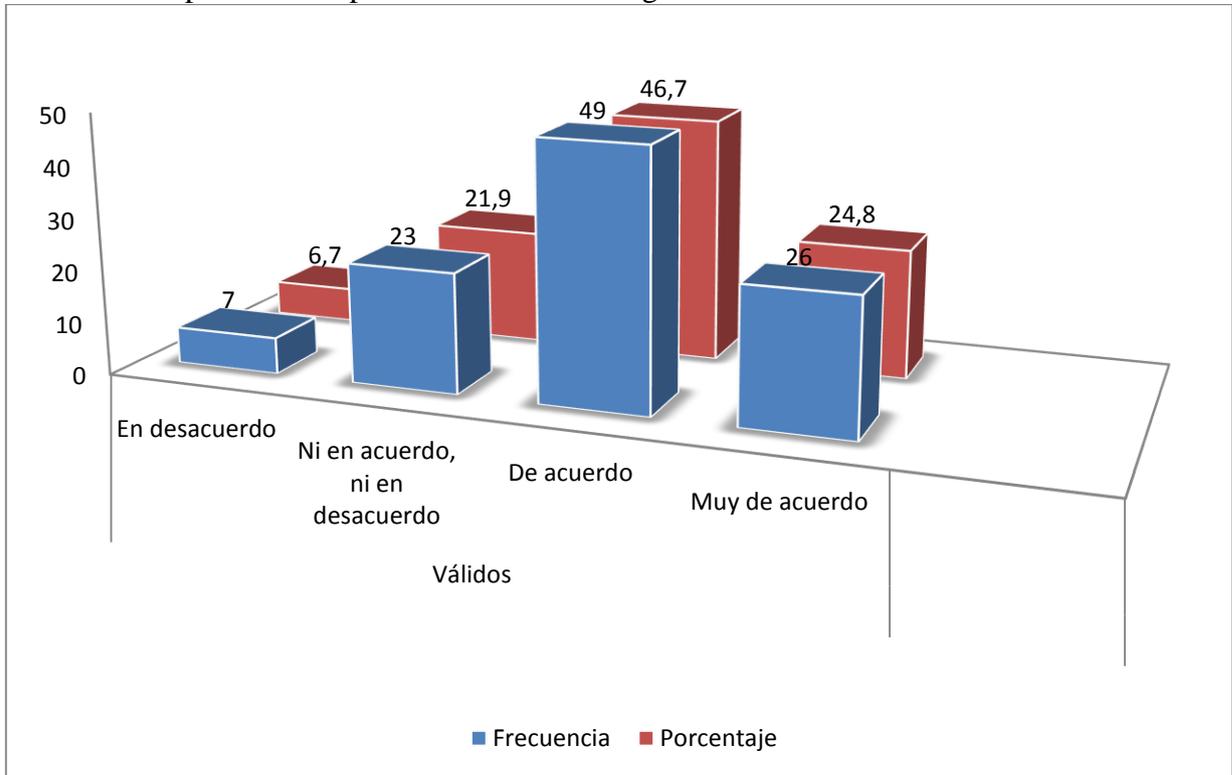
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** investigadores

**Análisis:** En este gráfico se puede evidenciar que el 60% del personal de enfermería del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, considera que no tienen suficiente personal para realizar el trabajo en la unidad operativa, por lo que puede verse afectado significativamente la seguridad del paciente, mientras que un 26% del personal de enfermería está de acuerdo que tiene suficiente personal para realizar el trabajo. Diversos estudios indican que la falta de personal de salud para cubrir los distintos servicios, con una alta demanda de pacientes implica una sobre carga de trabajo por consiguiente impide prestar un servicio óptimo de calidad y calidez al usuario afectando directamente la relación médico paciente y limita la prestación de cuidado directo.

#### 4.1.3. Disposición del personal frente a la carga laboral.

Gráfico 3. Disposición del personal frente a la carga laboral



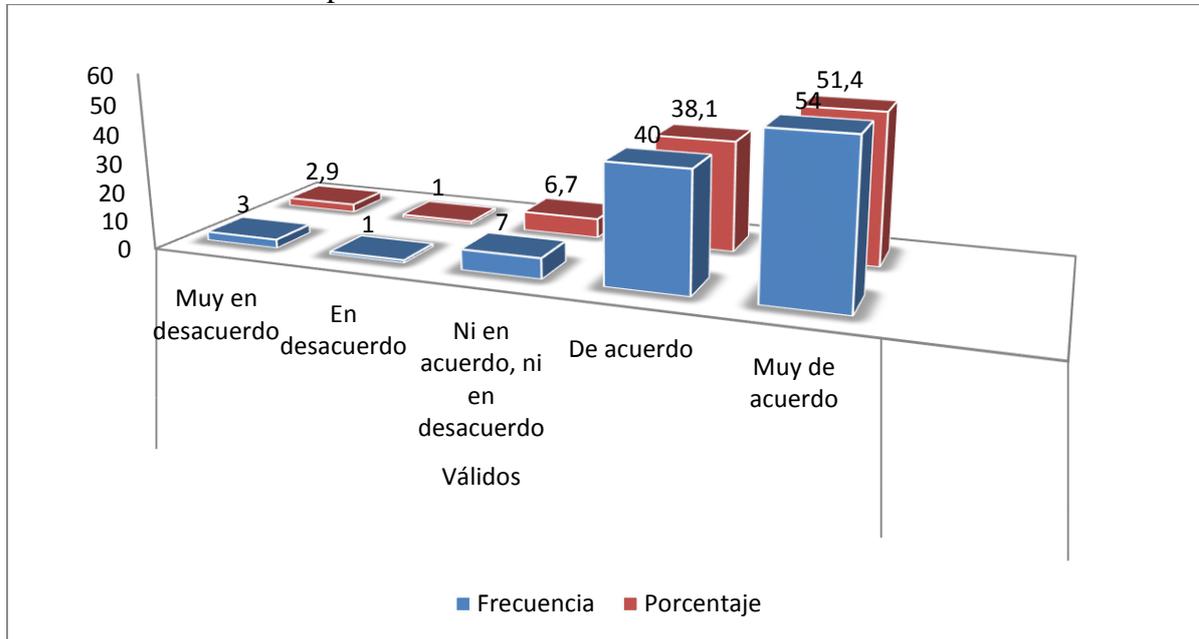
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De acuerdo a los datos obtenidos se evidencia que el 71% del personal encuestado manifiestan que existe trabajo en equipo para el cumplimiento del exceso de trabajo lo que conlleva a aumentar, la productividad además de promover una buena comunicación y mejorar la calidad de atención al usuario, evitando en gran medida la ocurrencia de un evento adverso, cabe destacar que un 22% del personal encuestado no emite juicio de valor, por lo que debería mejorar la estrategia de trabajo en equipo en enfermería para favorecer las relaciones interpersonales, o sea, los vínculos profesionales, para el alcance de un cuidado terapéutico comprometido con las personas usuarias de los servicios de salud.

#### 4.1.4. Trato entre el personal

Gráfico 4. Trato entre el personal



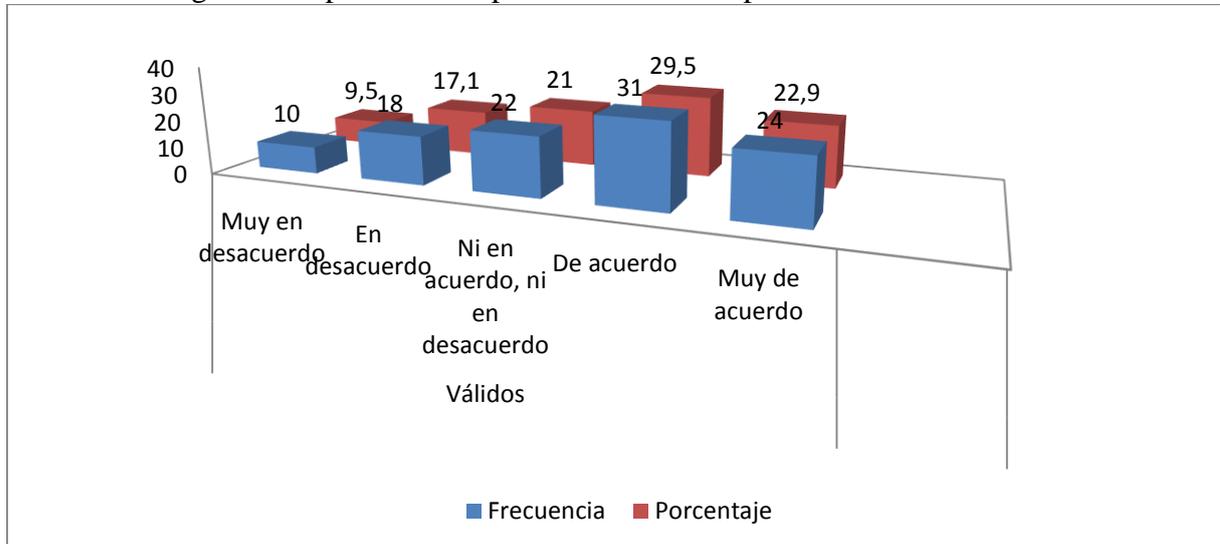
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos obtenidos luego de aplicada la encuesta nos refleja que el 90% del personal encuestado manifiesta que el trato entre el personal es con respeto; este ambiente de respeto entre compañeros es el camino para el éxito y productividad, la mejora continua de la atención en salud con calidad humana y excelencia por consiguiente en la seguridad del paciente. El trato digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (trato amable y respetuoso), el derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario y entre compañeros, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple(Ibarra, 2012).

#### 4.1.5. Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente

Gráfico 5. Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente



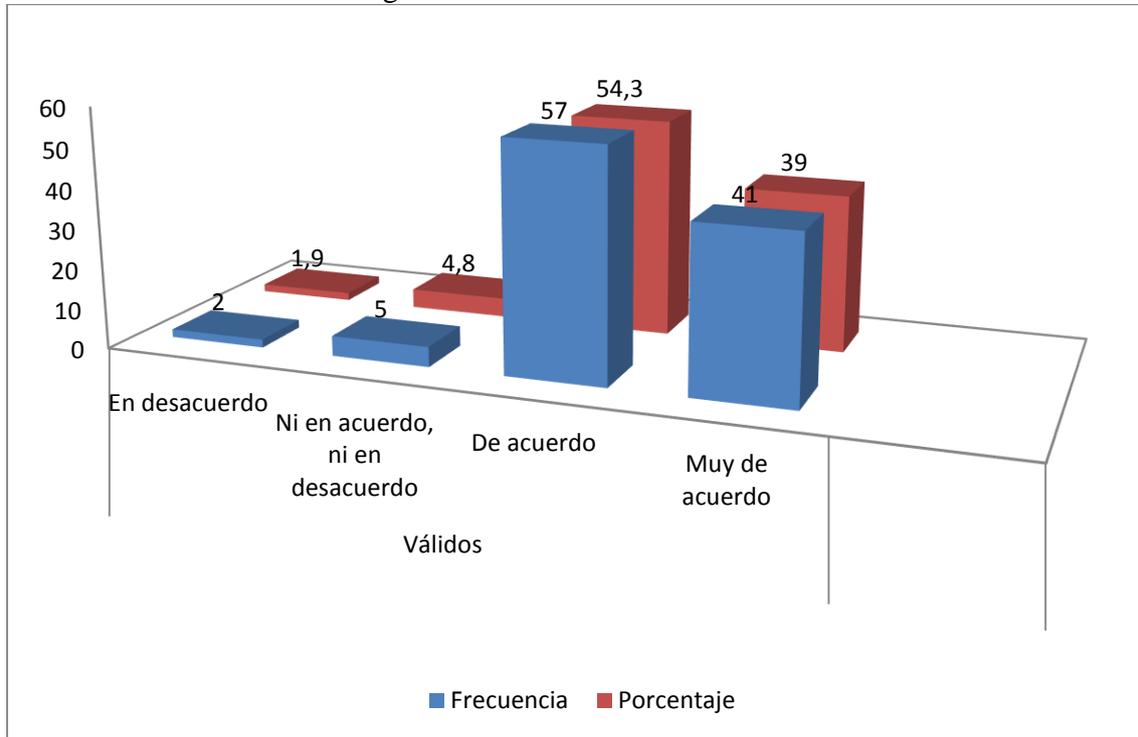
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados evidencian que el 21% no emite juicio de valor, seguido de un 27% indican estar en desacuerdo y un 52% del personal encuestado manifiestan trabajar más horas de lo adecuado, por lo que las jornadas extensas si influyen en el rendimiento laboral y la seguridad del paciente. Un estudio realizado con el personal de enfermería de las unidades de clínica médico-quirúrgica de un hospital filantrópico en Brasil, indica que el número insuficiente de profesionales de enfermería ha afectado negativamente la calidad del cuidado prestado a los pacientes, resultando en un mayor riesgo de eventos adversos. También impacta sobre los índices de morbilidad y mortalidad de los pacientes y el tiempo de internación generando implicaciones ético, legales y elevados costos hospitalarios. La carga excesiva de trabajo puede ser agotadora y producir insatisfacción profesional, lo que aumenta la tasa de ausentismo y de rotación, comprometiendo las metas y la imagen institucional.(Cucolo DF, Perroca MG, 2010). Considerando estos resultados el Hospital Luis Gabriel Dávila, necesitan identificar, continuamente, la calidad de la práctica profesional promovida por su equipo y utilizar los resultados encontrados como herramienta de administración para establecer intervenciones pertinentes en los procesos de trabajo para no poner en riesgo la seguridad del paciente.

#### 4.1.6. Acciones sobre Seguridad del Paciente

Gráfico 6. Acciones sobre Seguridad del Paciente



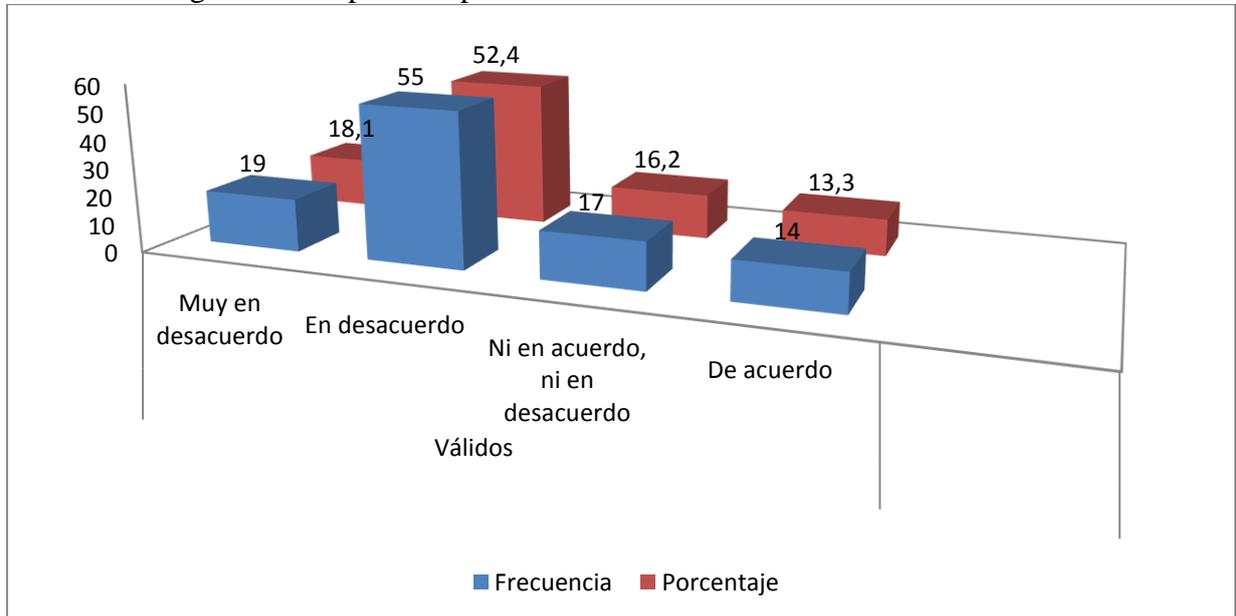
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados de esta investigación evidencian una importante cifra significativa, el 93% realizan su trabajo con responsabilidad e interés, realizan contantemente acciones en mejora de la seguridad del paciente, cada vez es mayor la preocupación y concienciación de los profesionales sanitarios por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura y basada en evidencias científicas. La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Los efectos no deseados, secundarios en la atención sanitaria, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.(Ablabedo & Díaz, 2010)

#### 4.1.7 Asignación temporal de personal

Gráfico 7. Asignación temporal de personal



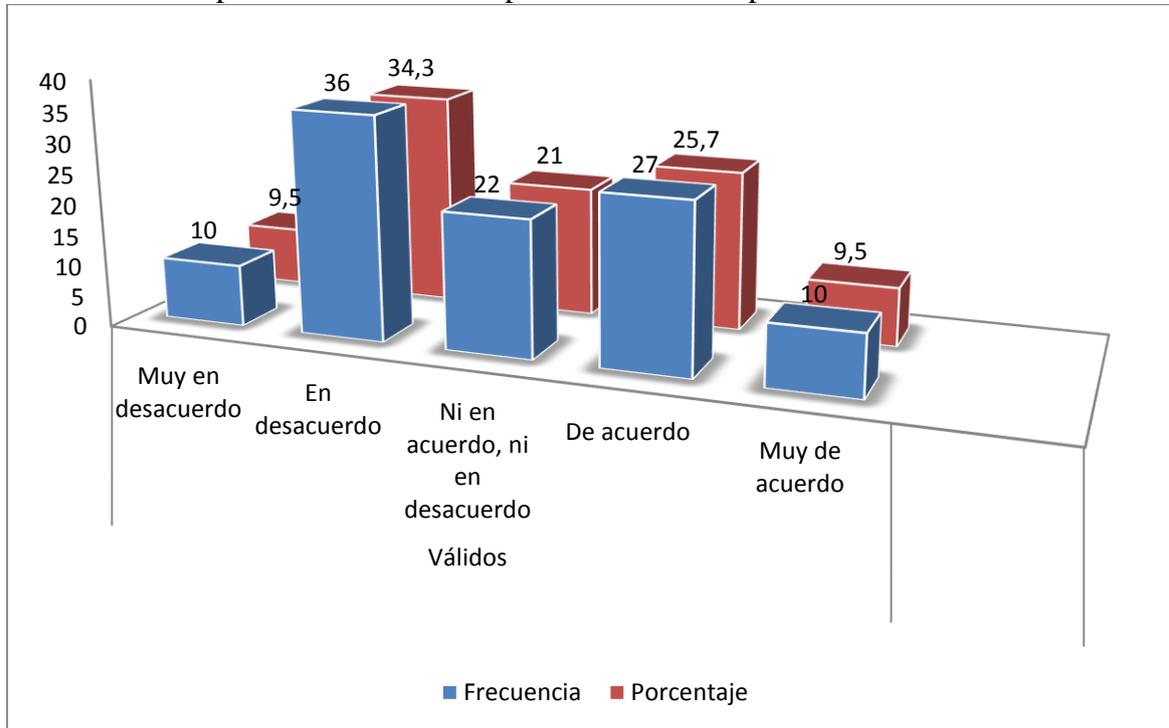
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados revelan que el 70% de los encuestados manifiestan estar en desacuerdo sobre la utilización de personal temporal más de lo adecuado para el cumplimiento de las actividades, dentro del Hospital Luis Gabriel Dávila se utiliza personal temporal para garantizar el cumplimiento de las actividades en los distintos servicios sobre todo en ocasiones donde la demanda de los usuarios es muy alta. Desde la perspectiva macroeconómica, el deterioro de la economía, transiciones geopolíticas han generado nuevos condicionantes para el desarrollo y el funcionamiento de los sistemas de salud, dando lugar a la necesidad de readaptar los recursos materiales disponibles para la salud de la población. Los cambios en los métodos de financiación de la atención y el modo de remuneración a los profesionales afectan al volumen, la amplitud, la accesibilidad y el alcance de los servicios de salud en general y en particular, la calidad y el acceso a los servicios de enfermería.

#### 4.1.8 Percepción sobre errores implicación del error profesional

Gráfico 8. Percepción sobre errores implicación del error profesional



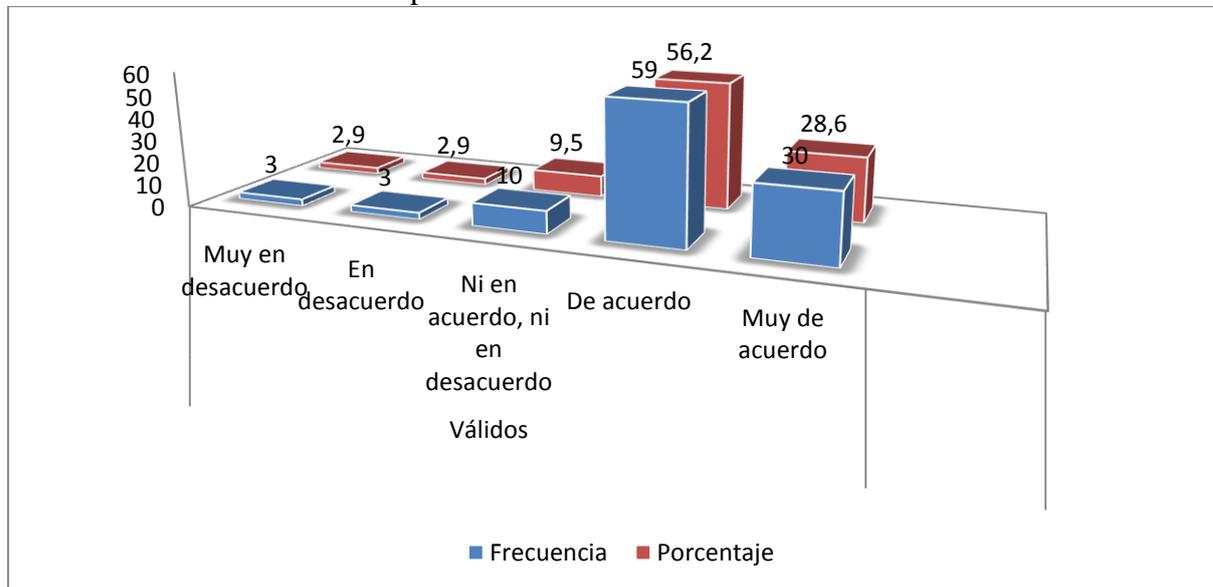
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados reflejan que el 44% de los encuestados manifiestan estar en desacuerdo, sus errores no deben ser utilizados en su contra, mientras que un 35% del personal encuestados están de acuerdo y un 21% no emiten juicio de valor. Los errores ocurren en todas las profesiones, forman parte de la condición humana, sin embargo, son más visibles en el área de la atención a la salud. El error debe verse de forma intra institucional y no tanto individual o por profesión, por lo que la comunicación debe ser anónima para establecer medidas y estrategias globales con el propósito de reducir al máximo los daños al paciente. (Leonel & J, 2011), en el Hospital Luis Gabriel Dávila se debe impulsar la identificación de estos factores mediante la revisión y la investigación de los errores que informa el personal, se debe impulsar la cultura de reportes de eventos adversos e incidentes.

#### 4.1.9 Toma de decisiones para fomentar el cambio

Gráfico 9. Toma de decisiones para fomentar el cambio.



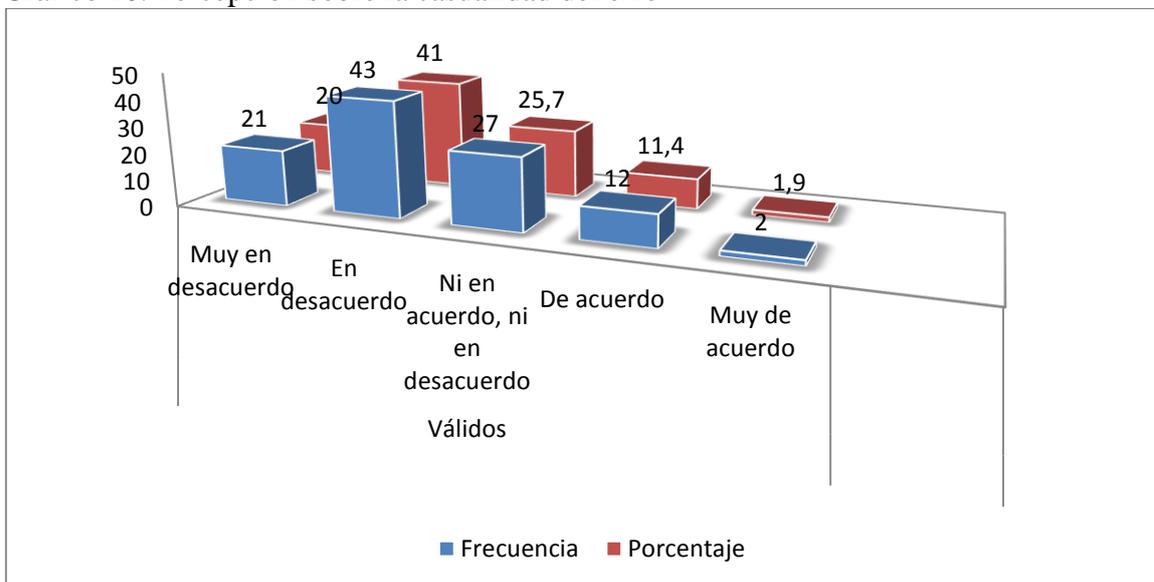
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De los datos alcanzados se refleja que el 85% del personal encuestado afirman estar de acuerdo que el análisis de errores ha sido llevado a cambios positivos, se evidencia una fortaleza en el crecimiento profesional y laboral en la atención en esta unidad de salud que se perfila como un requisito esencial para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a repetir. Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. La Seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Roa M; Dirección general de calidad y servicios ministerio de la protección social, 2008)

#### 4.1.10 Percepción sobre la casualidad del error

Gráfico 10. Percepción sobre la casualidad del error



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

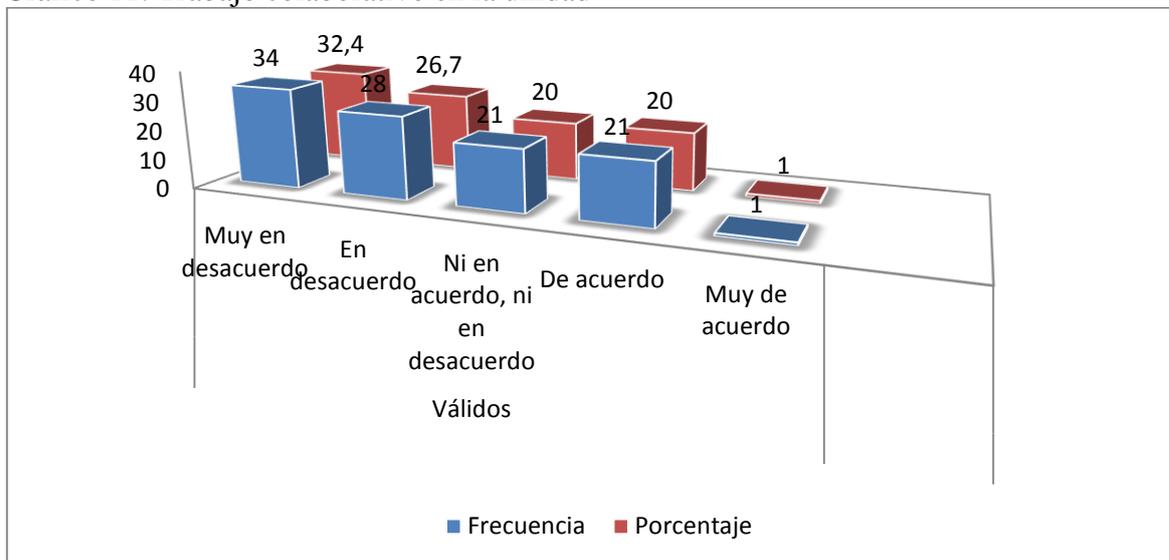
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De los resultados obtenidos el 61% de los encuestados manifiestan estar en desacuerdo referente a la casualidad del error, se estima que existe una alta incidencia de errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente mientras que un 26% no emite un juicio de valor. El error en el cuidado de enfermería es la falla de una acción planeada, para ser completada como se pretende, o un plan equivocado que puede generar costos extras para el paciente y el hospital. El error existe, cuando aparece en las culturas la diada enfermera-paciente, sin embargo, ha sido más evidente desde que se dio la oportunidad de que el paciente externe sus dudas y reclamos.(Leonel & J, 2011)

La OMS refiere que el personal encargado debe buscar reducir al mínimo el daño que puede sufrir los pacientes a través de una buena comunicación entre el personal y los pacientes que se encuentran en la unidad.(Farinango & Yacelga, 2014)

#### 4.1.11 Trabajo colaborativo en la unidad

Gráfico 11. Trabajo colaborativo en la unidad



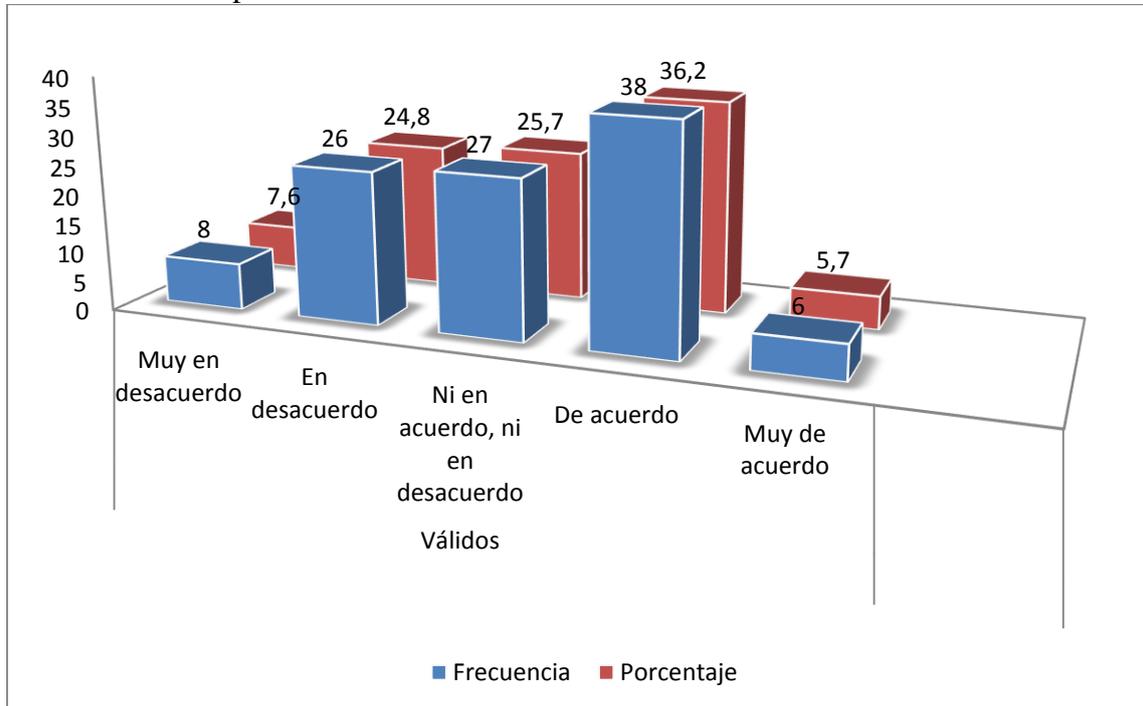
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De acuerdo a los resultados obtenidos el 60% de los encuestados manifiestan estar en desacuerdo con respecto al apoyo entre los distintos servicios del Hospital Luis Gabriel Dávila esto significa que no hay colaboración entre las unidades ya que existe una sobre carga laboral, se debe incentivar el trabajo conjunto para brindar una atención oportuna de calidad de esta manera logran alcanzar metas establecidas por la unidad a través de evaluaciones e interpretación de información transmitida, tomando en consideración las diversas realidades de los servicios, el fortalecimiento y efectividad organizacional también pone a prueba la capacidad de los gestores en salud para obtener el personal adecuado, distribuirlo con criterios de equidad, calidad y eficiencia; junto con el desarrollo de estrategias de mantenimiento del contingente de personal. ((OPS), 2004). Cabe señalar que el 20% del personal encuetados no emite juicio de valor al igual que el otro 20% afirma estar de acuerdo que existe apoyo entre unidades con actividades relacionadas con el cuidado del paciente. El personal de salud es pieza clave de la calidad asistencial que precisa conocimientos, destrezas, recursos y un marco y entorno seguro para contribuir decididamente a la seguridad del paciente lo cual puede verse afectado por un exceso de trabajo. (Benavides & Quiñonez, 2014).

#### 4.1.12 Percepción de la notificación del evento adverso

Gráfico 12. Percepción de la notificación del evento adverso



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

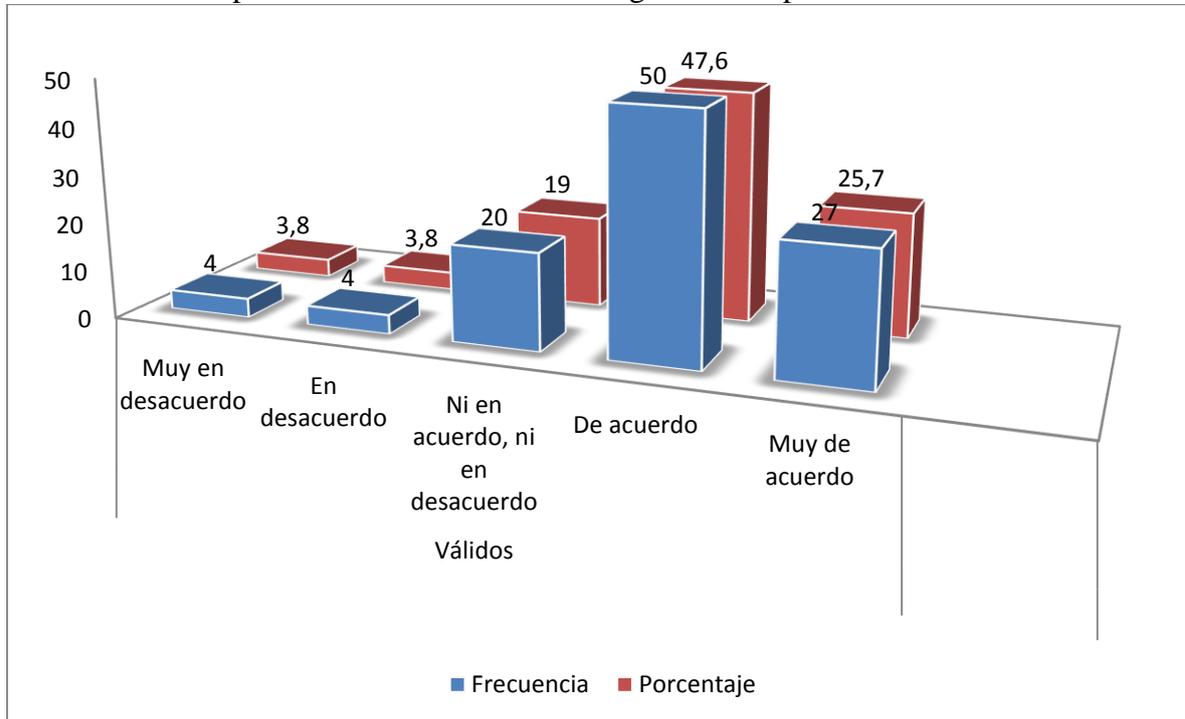
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados obtenidos demuestran que el 42% de los encuestados están de acuerdo con reportar el evento adverso mas no a la ´persona que lo comete mientras que un 32% están en desacuerdo se debería notificar conjuntamente a la persona que lo comete como el evento adverso.

Se debe entender que el reporte del evento adverso permite adoptar mecanismos apropiados que el Hospital Luis Gabriel Dávila debe tomar en cuenta para la evaluación de eventos adversos, la adopción de oportuna respuesta, la estrategia destinada a combatir los riesgos en su origen, dependerá del reporte del evento adverso todo ello contribuirá garantizar la seguridad del paciente.

#### 4.1.13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

Gráfico 13. Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente.



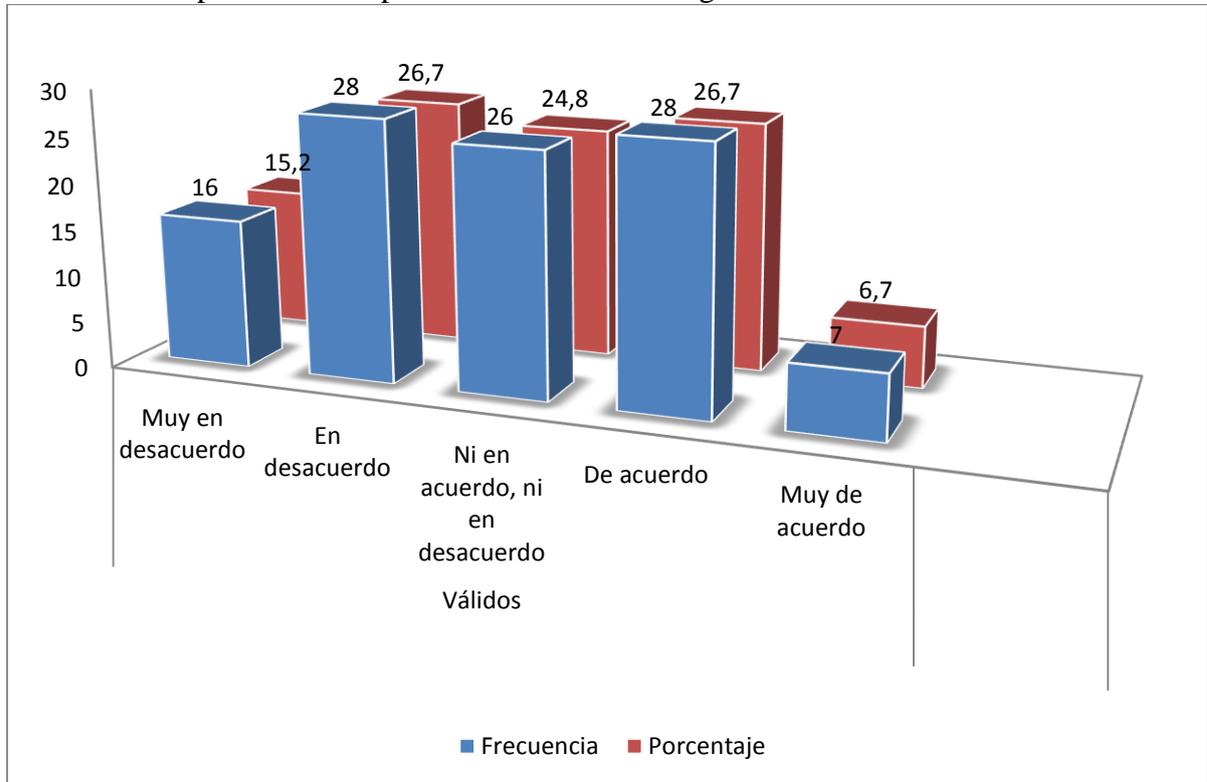
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De los resultados obtenidos se refleja que un 73% de los encuestados afirman que se evalúa la efectividad luego de hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente lo que significa que en el Hospital Luis Gabriel Dávila existe un elemento necesario para llevar a cabo una adecuada cultura de la seguridad del paciente. Como señala la NacionalQualityFórum de los Estados Unidos en el 2003, la medición de la cultura de la seguridad del paciente, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, señala como la primera de las buenas prácticas para seguridad del paciente (Benavides & Quiñonez, 2014).

#### 4.1.14 Capacidad de respuesta en situación de urgencia

Gráfico 14. Capacidad de respuesta en situación de urgencia



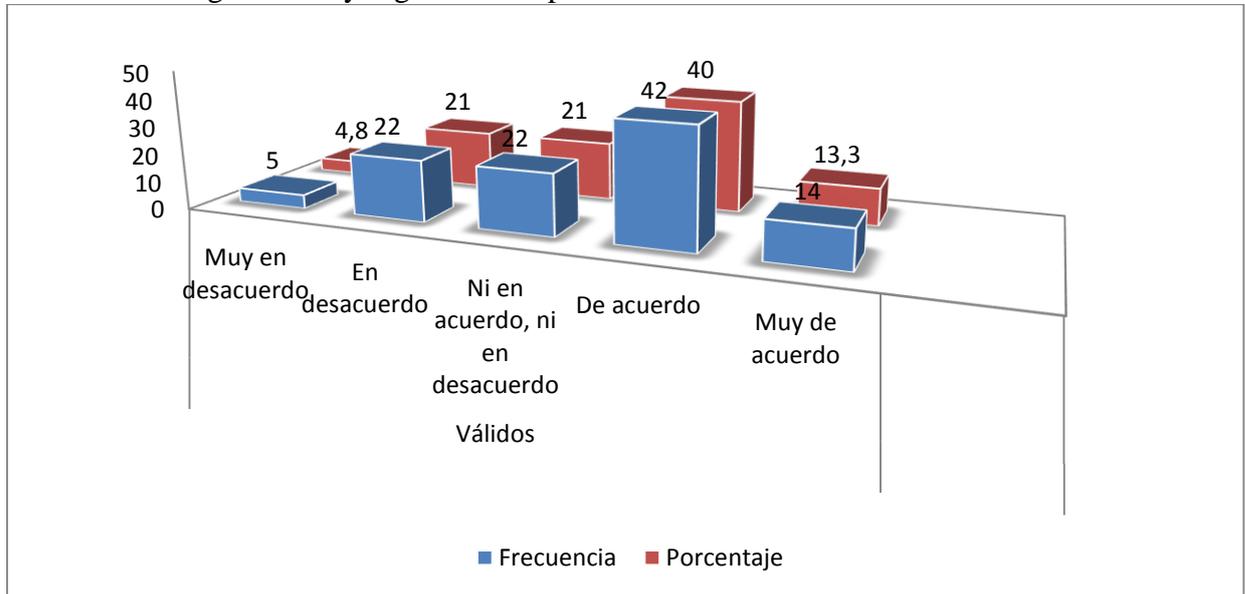
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Del personal encuestado el 42% están en desacuerdo que evitan trabajar en situaciones de urgencia lo que significa que la capacidad de respuesta a situaciones de urgencia la ejecutan con el fin de ofrecer cuidados seguros a los pacientes de esta casa de salud mientras que un 33% están de acuerdo que trabajan en esta situación de urgencia, uno de los factores que incide en esta actividad es la escasez del recurso humano de salud frente a la alta demanda de usuarios por lo incrementa la sobre carga laboral de trabajo, además de someterse a situaciones de estrés, impidiendo brindar un cuidado optimo y personalizado deteriorando la calidad de atención al usuario(Farinango & Yacelga, 2014).

#### 4.1.15 Carga laboral y seguridad del paciente

Gráfico 15. Carga laboral y seguridad del paciente



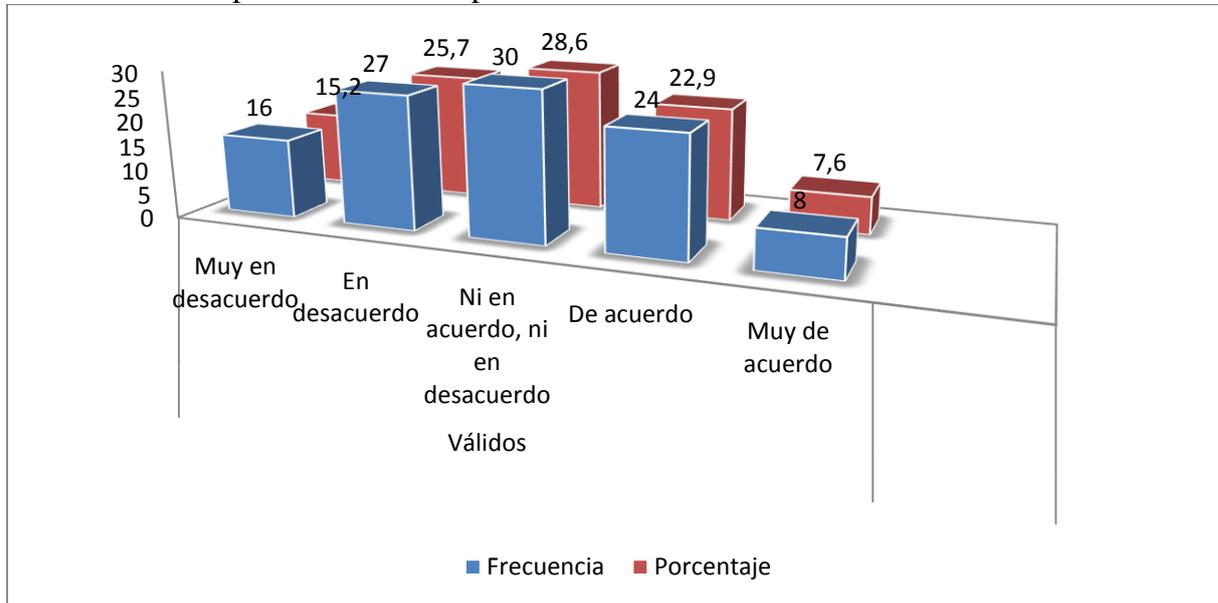
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Del personal de enfermería encuestado se evidencia que el 53% está de acuerdo que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo cabe destacar que un 21% no emite juicio de valor al igual 26% está en desacuerdo ya que para ellos se compromete la seguridad del paciente por hacer más trabajo, la carga laboral podría ser un factor importante en la ocurrencia de incidentes en la unidad puede ocurrir que el personal se encuentre sometido a un estrés laboral aumentando la posibilidad de ocurrir un evento adverso. Al tener una menor vigilancia sobre los pacientes y disminuir la supervisión del personal técnico pudiese aumentar las transgresiones a las normas y en consecuencia la frecuencia de incidentes, incluyendo las infecciones intra- hospitalarias.(Farinango & Yacelga, 2014).

#### 4.1.16 Percepción sobre las disposiciones administrativas

Gráfico 16. Percepción sobre las disposiciones administrativas



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

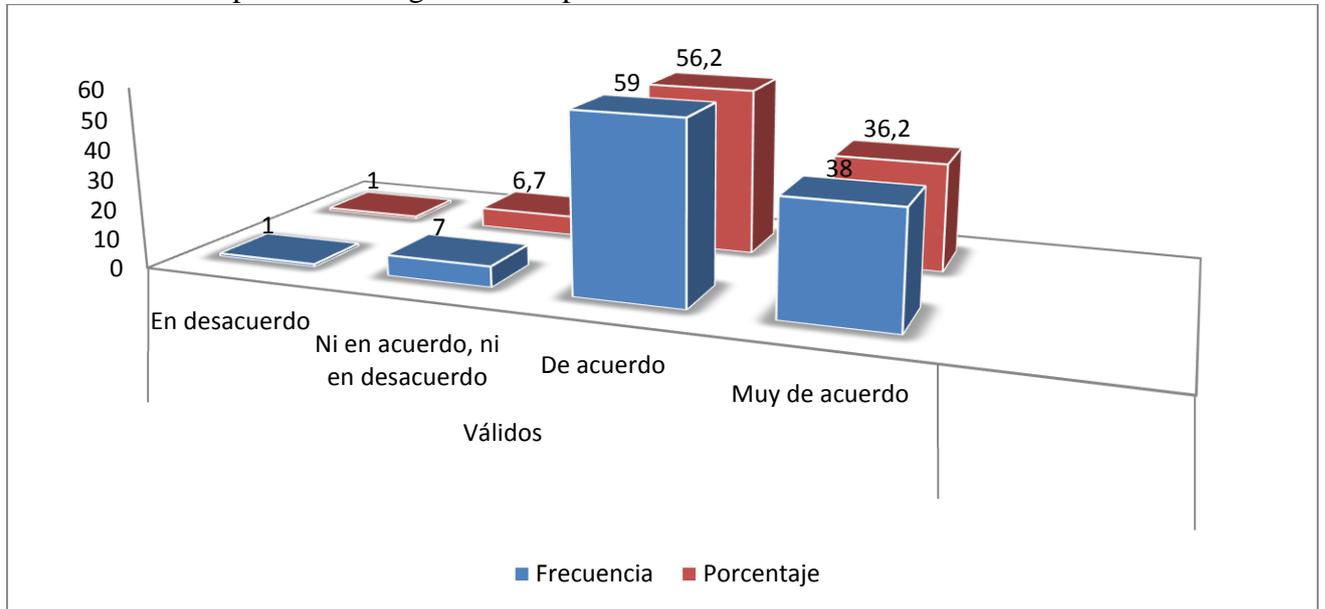
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos obtenidos reflejan que un 41% de los encuestados emiten que es primordial que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida mientras el 30% del personal encuestado están de acuerdo que no es primordial que los errores que se comenten queden registrados en sus hojas de vida cabe destacar que un 29% valor muy cercano al anterior no emiten juicio de valor por lo que se estima que la notificación depende de los líderes de la organización administrativa del Hospital Luis Gabriel Dávila. Un estudio realizado en la

Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) de Reino Unido recomiendan que se debe informar por vía local de Gestión de Riesgos de cada organización de salud, o por vía formulario electrónico. Tiene la opción de compartir o no compartir la información con la organización local, los recursos se podrán usar de forma más eficaz para mejorar seguridad del paciente. (Steps(NPSA), 2005)

#### 4.1.17 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad

Gráfico 17. Percepción de la seguridad del paciente en la unidad



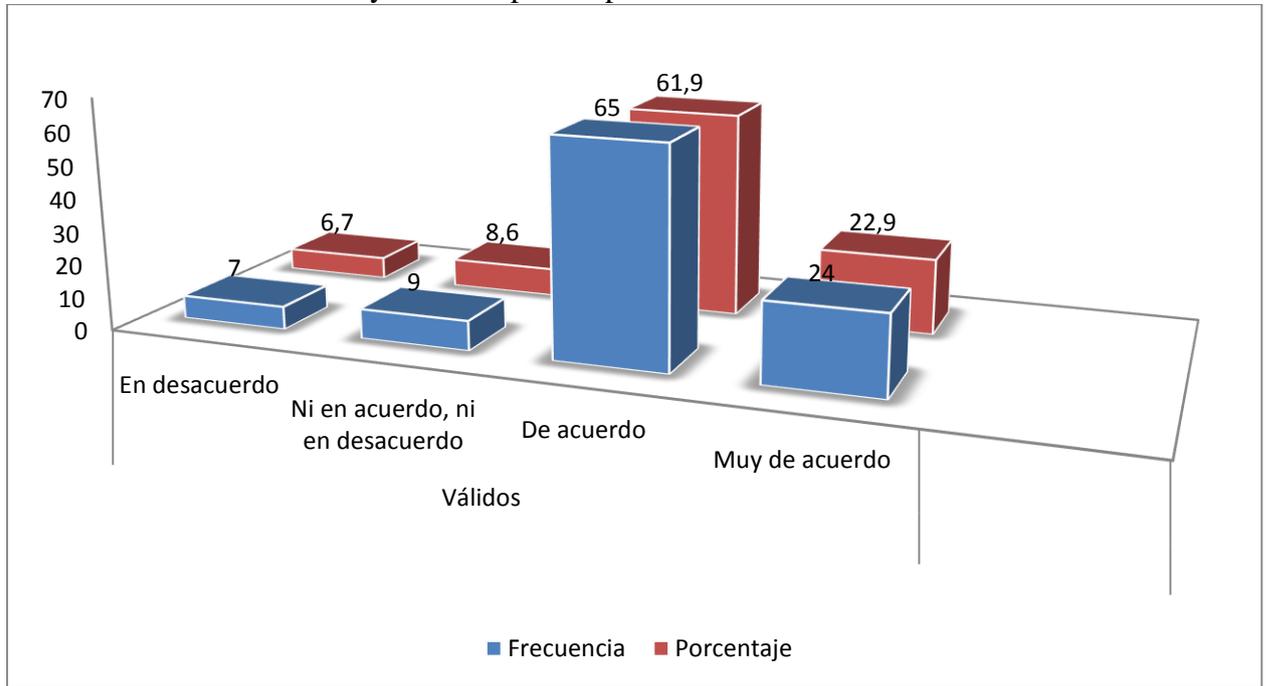
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados obtenidos reflejan que un 92% del personal encuestado manifiestan estar de acuerdo que existe una buena seguridad de los pacientes garantizando el cumplimiento de la misma lo que significa que la mayoría del personal de enfermería brinda una atención de calidad y calidez hacia el usuario, esto significa que el Hospital Luis Gabriel Dávila posee una fortaleza para promover la estrategia de seguridad de paciente. Un estudio realizado en Colombia como parte de la estrategia de seguridad del paciente del ministerio e la protección social señalan que además de tener médicos entrenados, insumos y los medicamentos necesarios para una buena atención, tiene que garantizar que todos los procesos relacionándose con un tema de atención que involucra enfermeras, médicos, especialistas, y todos los profesionales de la salud, inclusive los camilleros, se hagan de forma segura; todas las personas involucradas en el proceso de atención en salud tienen que tener claro cuál es el objetivo de ese proceso y cómo hacerlo de manera segura. Evitar los errores, evitar los eventos adversos porque ello puede terminar en un resultado adverso para el paciente. (Ministerio de Protección Social, 2007)

#### 4.1.18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores

Gráfico 18. Procedimientos y sistemas para la prevención de errores



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

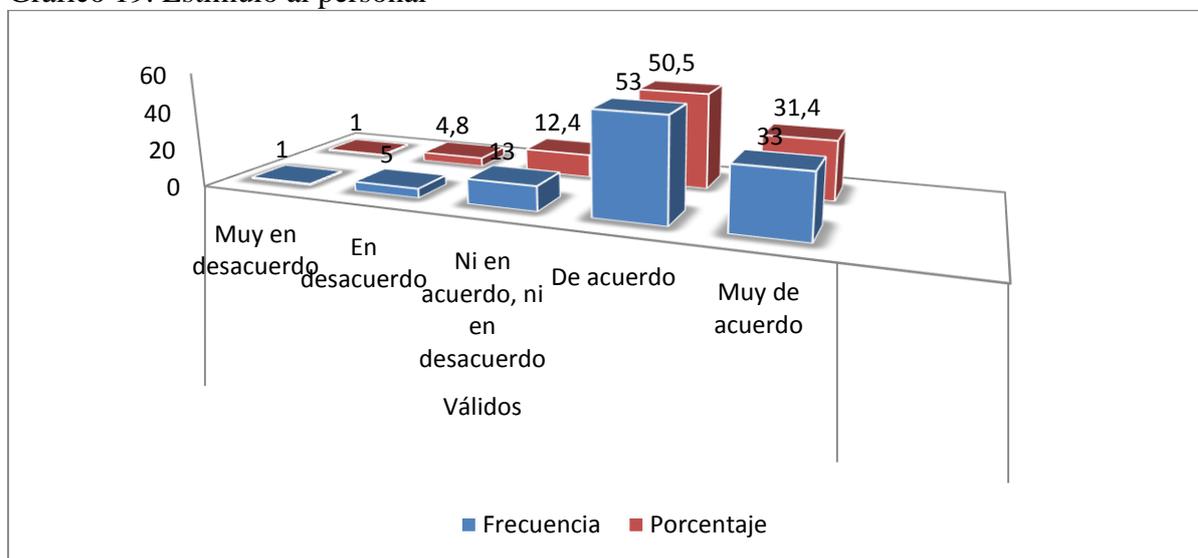
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos reflejan que el 85% de los encuestados manifiestan estar de acuerdo con los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir, por lo que se deduce que las estrategias implementadas y llevadas a cabo están siendo efectivas, el establecimiento de programas de gestión de riesgos para seguridad del paciente constituye una estrategia esencial para mejorar la calidad. Sus actividades se centran en el desarrollo de métodos para identificar y analizar las situaciones de riesgo y los errores que ocurren, con el fin de conocer los fallos latentes del sistema e implementar medidas de mejora que permitan evitar o minimizar dichos riesgos.

## 4.2 Sección B: Su líder de enfermería

### 4.2.1 Estímulo al personal

Gráfico 19. Estímulo al personal



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

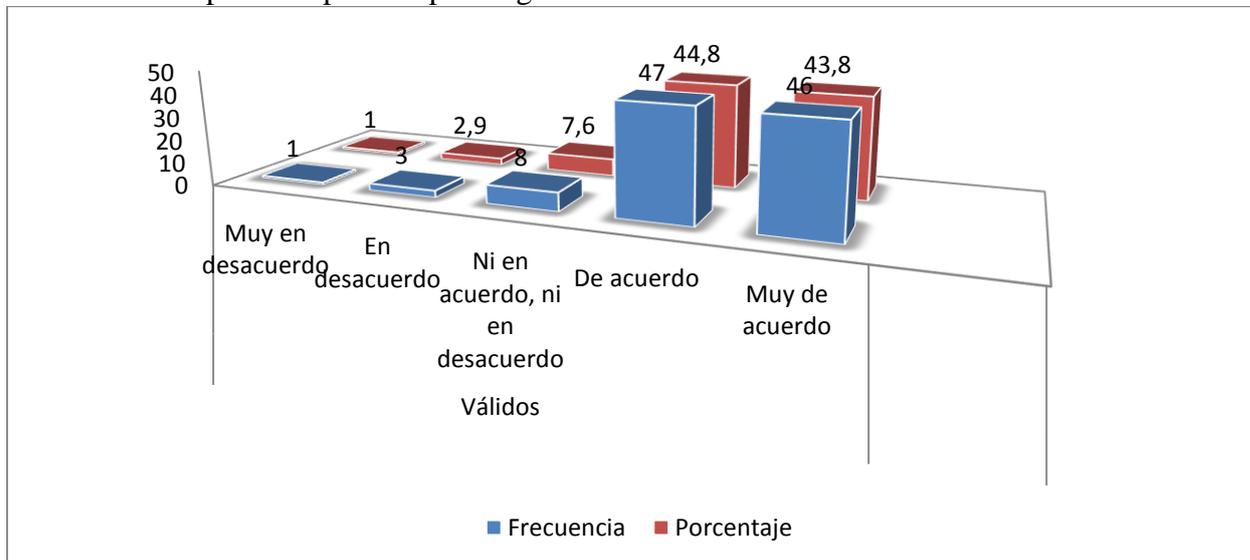
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos de la investigación reflejan que un 82% del personal encuestado revelan estar de acuerdo que su líder de enfermería emite comentarios favorable cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, es una referencia obligada para lograr el aprovechamiento de los recursos y el desarrollo de las funciones encomendadas a la dirección de enfermería por parte de la Dirección General del Hospital Luis Gabriel Dávila que siempre ha valorado y apoyado el que hacer de enfermería.

Las actitudes y el comportamiento de los profesionales que forman el equipo es un elemento indispensable para realizar un trabajo en común, el grado de empatía, la comprensión, la tolerancia son cualidades que deben estar necesariamente presentes en los funcionarios de salud, si se quiere mantener relaciones humanas sanas al interior del equipo, en cualquier organización se considera que la comunicación es el medio más idóneo para modificar las conductas, permitir que se efectúen los cambios necesarios y se alcancen las metas programadas, en los equipos de atención es el medio ideal, para unir a sus miembros en el logro de conseguir sus propósitos comunes con eficiencia y eficacia. (Manzur & Morales, 2001)

## 4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias

Gráfico 20. Disposición para aceptar sugerencias



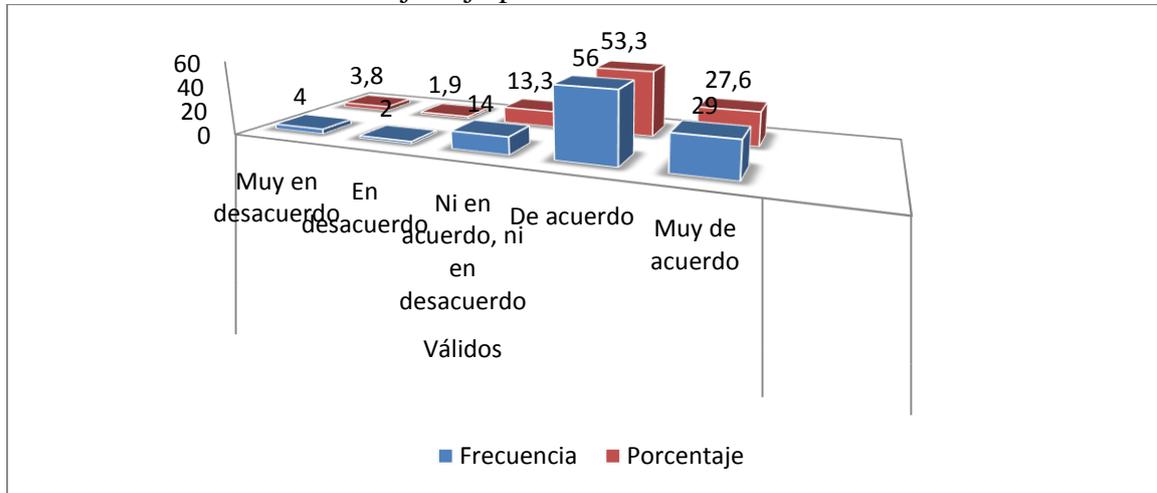
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos de la investigación revelan que el 89% de los encuestados emiten estar de acuerdo con que su jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente lo cual demuestra que su líder toma en cuenta recomendaciones para mejorar y transformar actitudes, existe una buena comunicación efectiva y prácticas seguras en pro de la seguridad del paciente. Es de vital importancia para la líder de enfermería mantener relaciones adecuadas con todo el equipo de salud para brindar una atención de calidad a todos los pacientes, manteniendo una buena comunicación con todos y cada uno de ellos, la Comunicación al interior de los equipos de Salud, es el medio fundamental con que cuenta el equipo para alcanzar los objetivos propuestos, está comprobado que la comunicación y el conflicto afectan positiva o negativamente, según sea el caso, en la construcción, complementación e interacción de los equipos de salud.(Manzur & Morales, 20011)

### 4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión

Gráfico 21. Tolerancia al trabajo bajo presión



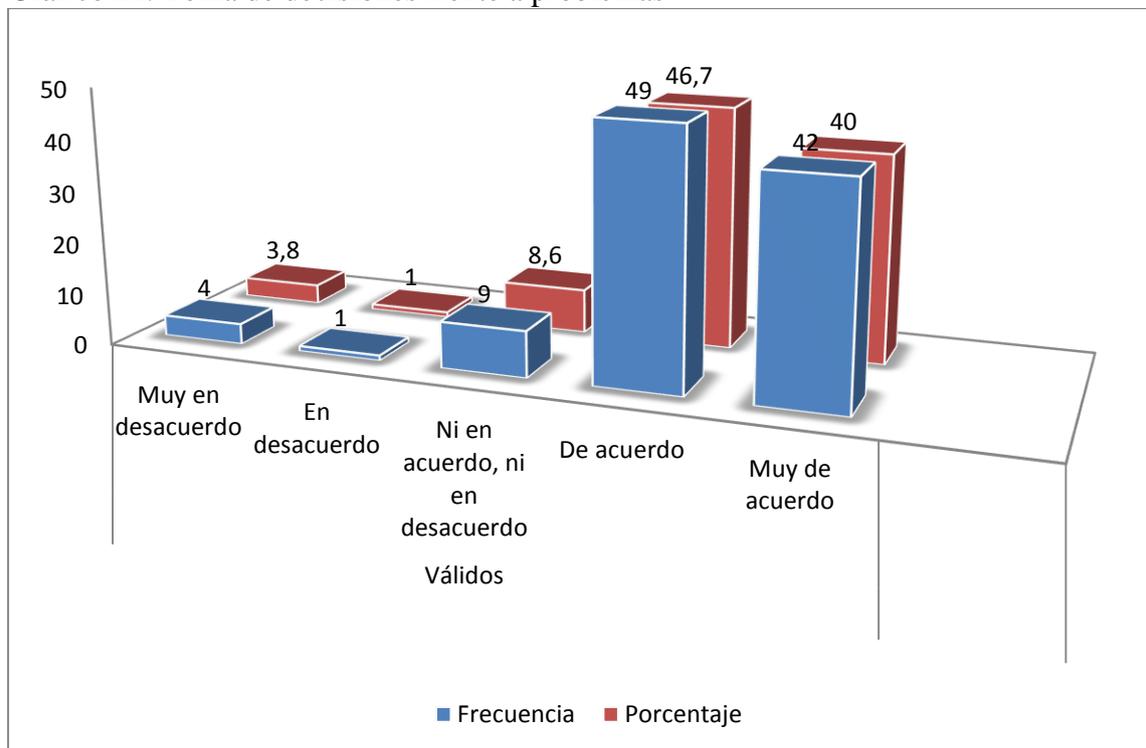
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los datos obtenidos demuestran que el 81% de los encuestados están de acuerdo con que su jefa sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención, evidenciándose de esta manera que bajo estas circunstancias críticas la calidad y productividad del trabajo no se ve afectada, el desempeño de su líder es activa, eficiente y efectivo. En el ámbito sanitario tomar decisiones es una situación frecuente, aunque potencialmente difícil, ya sea por las características del usuario, del contexto o de la situación de salud, implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados, El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficio. (Mosqueda & Mendoza, 2014)

#### 4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas

Gráfico 22. Toma de decisiones frente a problemas



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

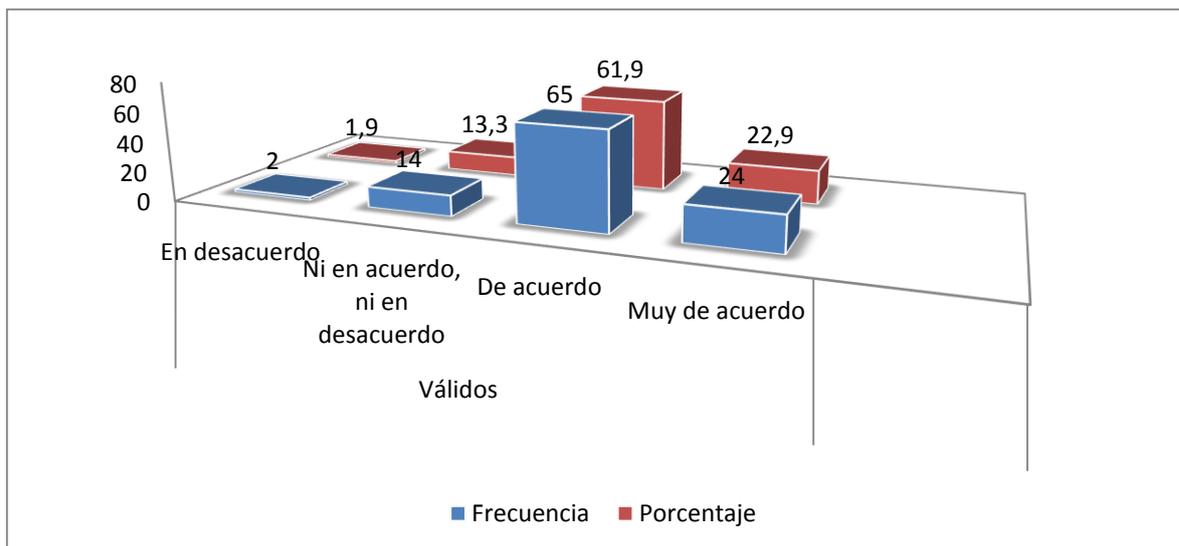
**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De los resultados obtenidos el 87% de los encuestados revelan estar de acuerdo que su jefa toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez, significa que su líder busca alternativas lleva a cabo planes y acciones para mejorar la calidad del paciente evitando de esta manera que se repita el mismo error en la unidad, es una acción fortalecedora de la seguridad clínica lo cual se debe considerar como una fortaleza para la seguridad del paciente. El líder debe ser impulsado y potencializado cuando puede contar con una coordinación estratégica e integradora, capaz de articular el trabajo colectivo con el fin de alcanzar objetivos comunes, requiere de cambios actitudes y aptitudes de todos los actores involucrados, requiere de evidencias científicas y habilidades de comunicación que permiten el proceso de interacción más efectivo con el usuario por ende la resolución de conflictos.(Farinango & Yacelga, 2014).

## Sección C: Su institución

### 4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente

Gráfico 23. Ambiente laboral para la seguridad del paciente



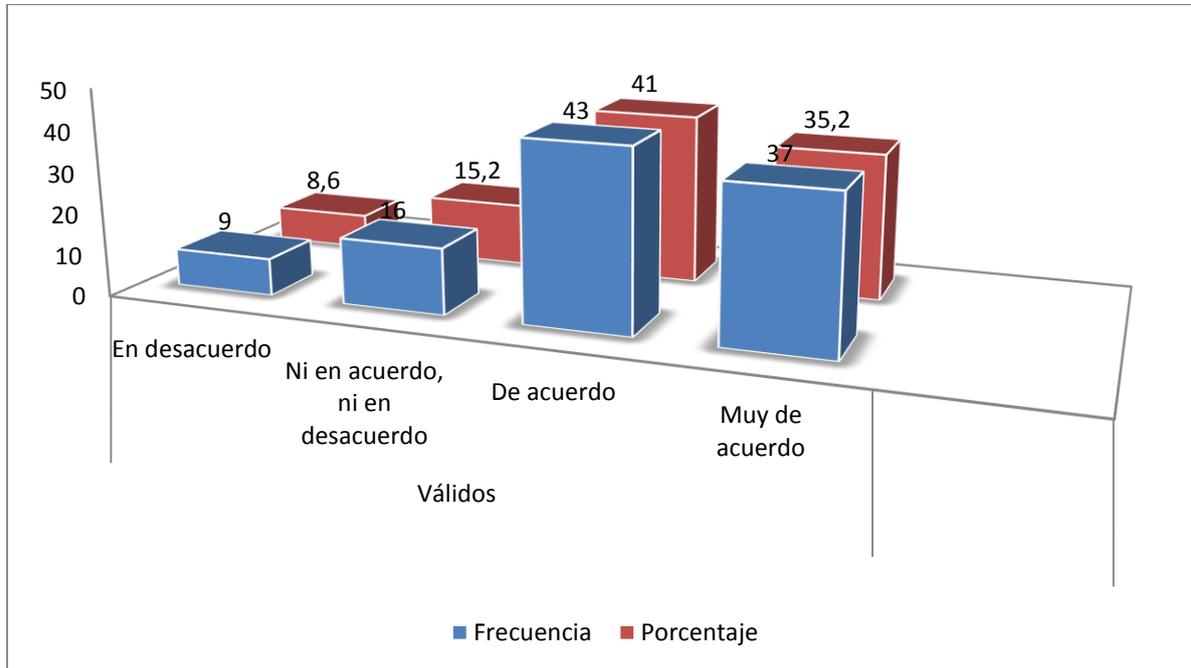
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Los resultados obtenidos reflejan que un 85% del personal de enfermería encuestado afirman que la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, lo que significa que la dirección es un apoyo para la seguridad clínica, el ambiente en el que se presenta el trabajo es crucial para la seguridad del paciente, cabe señalar que un 13% no emite juicio de valor. Una encuesta dirigida a enfermeras en Canadá 2002 sobre seguridad del paciente respondieron de igual manera que el Hospital Luis Gabriel Dávila en su mayoría cree que el ambiente en el que se presenta el cuidado es un elemento crucial en el aumento o disminución del riesgo para el paciente.

### 4.3.2 Coordinación institucional

Gráfico 24. Coordinación institucional



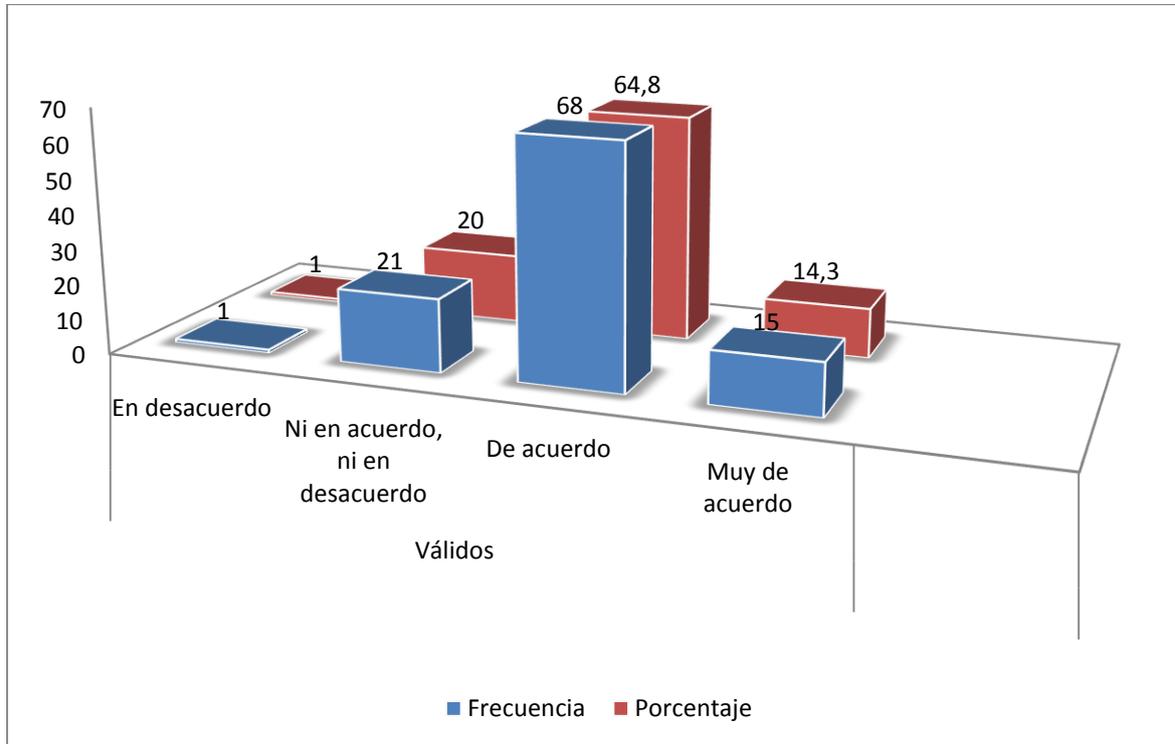
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** Entre las unidades se percibe una dinámica de equipo el 76% de los encuestados manifiestan que existe buena coordinación entre aéreas, de esta manera se evidencia trabajo en equipo, comunicación efectiva, integración de habilidades, conocimientos, complementación y respeto de los roles que desempeña cada área de trabajo, logrando alcanzar objetivos en común para fortalecer la cultura organizacional en beneficio al usuario brindando una atención de calidad. Nuestro estudio mantiene gran similitud a los estudios que hacen referencia a la cultura de la seguridad del paciente.

### 4.3.3 Continuidad en la atención

Gráfico 25. Continuidad en la atención



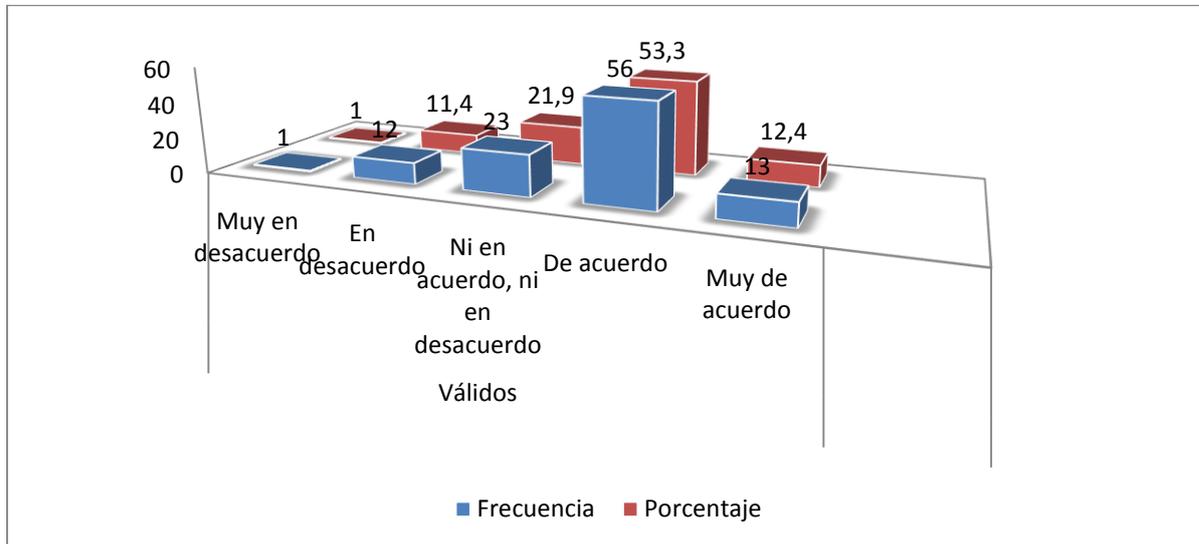
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** investigadoras

**Análisis:** De los datos obtenidos se refleja que el 79% del personal encuetado está de acuerdo que hay continuidad de la tención a los pacientes cuando estos son transferidos de una unidad a otra, requiere de trabajo en equipo, comunicación efectiva para alcanzar el objetivo en común, en el Hospital Luis Gabriel Dávila este resultado se interpreta como una fortaleza a partir de la cual se puede establecer estrategia para garantizar la seguridad del paciente.

#### 4.3.4 Cooperación institucional

Gráfico 26. Cooperación institucional



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

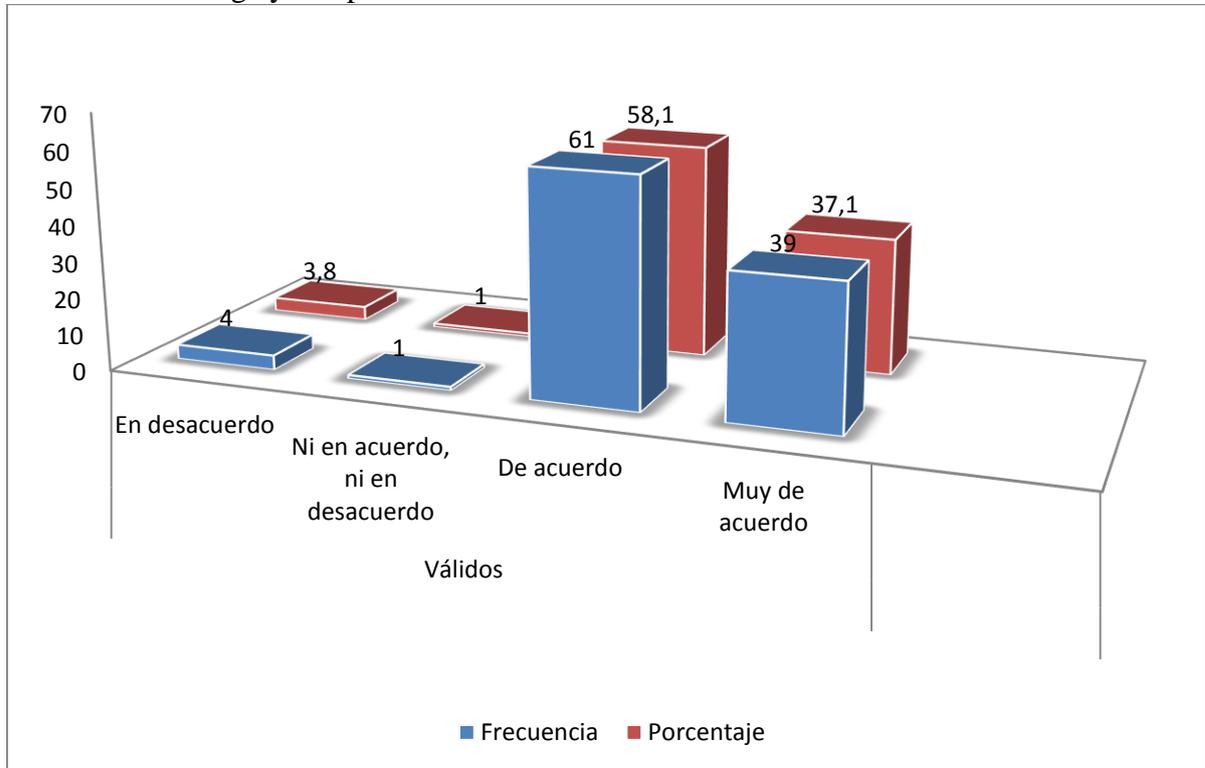
**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** En este gráfico se demuestra la cooperación entre las unidades internas de la institución, de las profesionales de enfermería que laboran en el hospital Luis Gabriel Dávila, opinan que el 66% lo realizan de una manera adecuada mientras que el 12% no maneja una buena comunicación interna

Según un estudio de la agencia europea en la seguridad del paciente nos dice que La participación y cooperación entre los trabajadores de la salud es un elemento importante en la seguridad de los usuarios, ellos cuentan con una experiencia y conocimiento de primera mano en sus diferentes áreas de trabajo. Por lo tanto, es necesaria una estrecha colaboración los trabajadores y la dirección para encontrar soluciones conjuntas. (Polit, 2014)

### 4.3.5 Entrega y recepción de turno

Gráfico 27. Entrega y recepción de turno



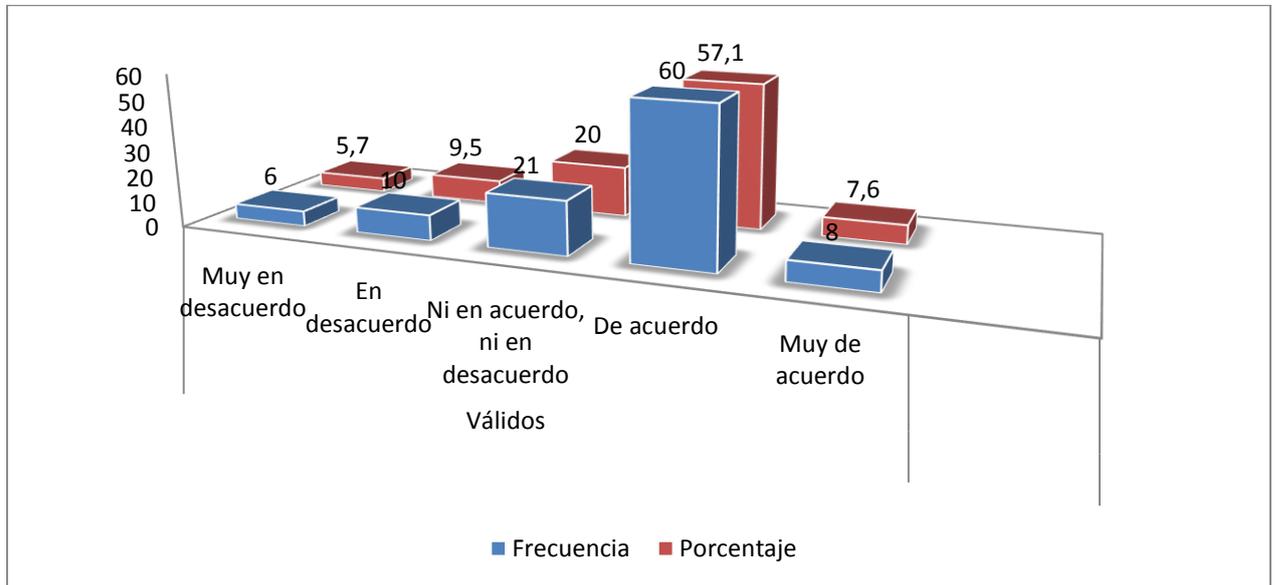
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: en este gráfico se demuestra que el 95% del personal de enfermería maneja adecuadamente la entrega completa de la información importante sobre los cuidados del paciente durante los cambios de turno, cabe recalcar que el 4% no lo realizan ocasionando así grandes problemas a los pacientes. Un estudio nos dice que la importancia del traspaso de información del paciente en la recepción y entrega de turno tiene un impacto directo en la continuidad de la atención, permite orientar el cuidado de enfermería considerando el estado general del paciente, optimizando los tiempos y recursos disponibles en relación a las necesidades del paciente (S., 2010)

### 4.3.6 Ambiente laboral institucional

Gráfico 28. Ambiente laboral institucional



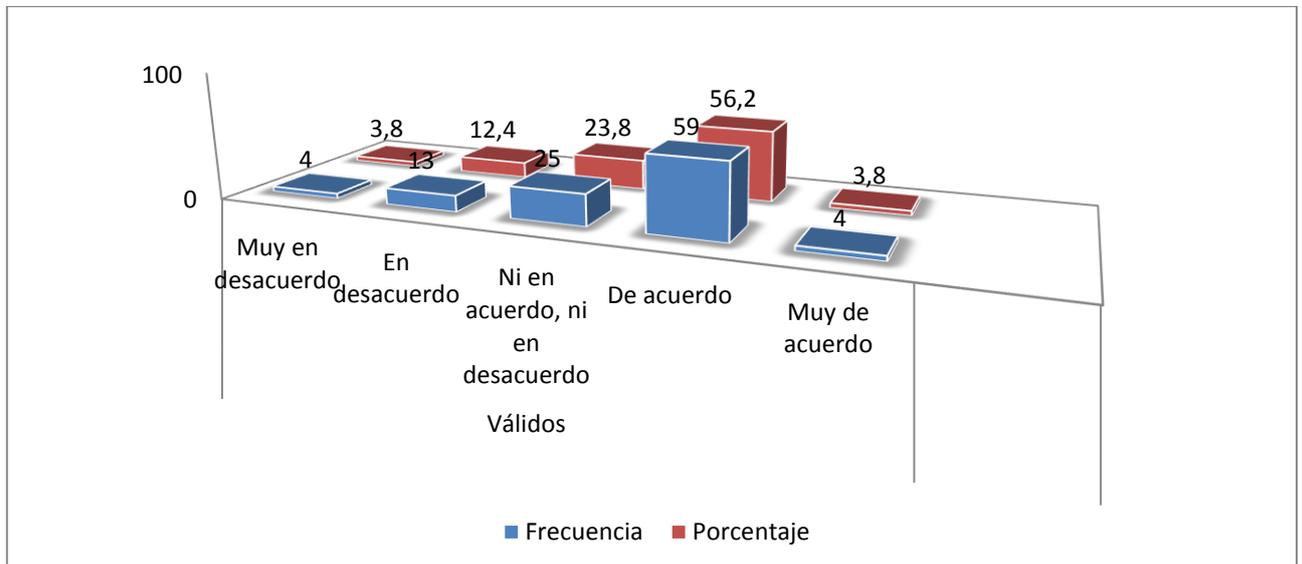
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: El 65% de los encuestados piensan que existe un adecuado ambiente laboral con personal de otras unidades del hospital Luis Gabriel Dávila mientras que el 15% cree que no existe un buen ambiente preocupándonos en las consecuencias que esto traería para el hospital y sus pacientes. Según las investigaciones dadas hechas en España Conocer el clima o el ambiente social de toda organización es de gran importancia, ya que éste puede contribuir al crecimiento y autorrealización de las personas que allí trabajan, o por el contrario limitarlo o impedirlo ya que es imprescindible el apoyo de las enfermeras, médicos y personal administrativo destacando la organización, es decir, una buena planificación y eficiencia en el trabajo, y la claridad con que conocen lo que se espera de ellas en las actividades cotidianas(Mangal, 2011)

### 4.3.7 Comunicación de información

Gráfico 29. Comunicación de información



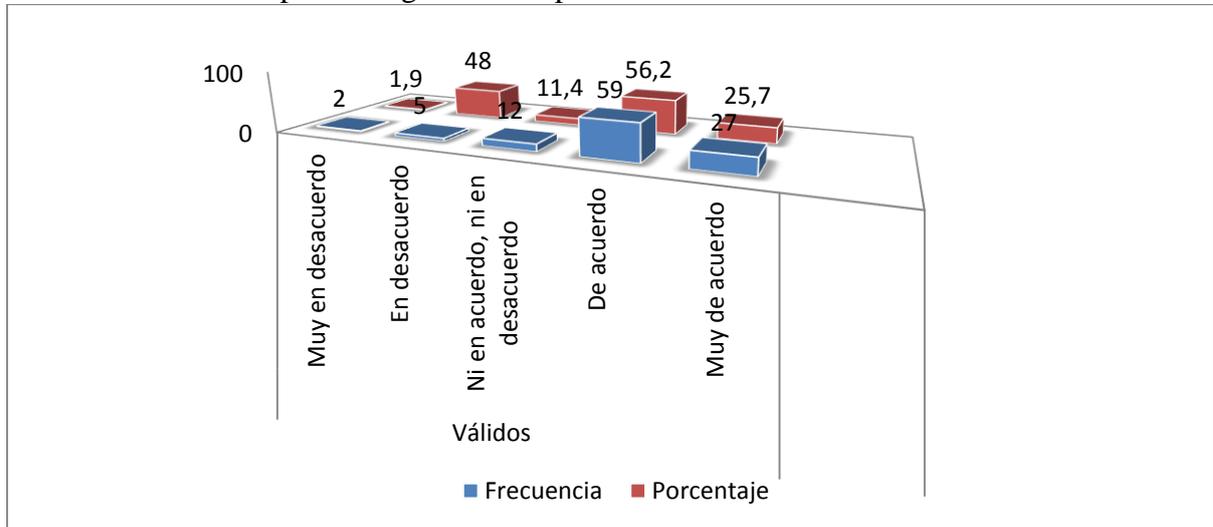
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** El personal enfermero encuestado manifiesta estar de acuerdo el 60% tienen pocas dificultades en el intercambio de información entre las unidades que están en la institución mientras que el 16% están en desacuerdo, nos indica que tiene problemas al momento de intercambiar información entre las unidades. Según las investigaciones dadas hechas en España conocer el clima o el ambiente social de toda organización es de gran importancia, ya que éste puede contribuir al crecimiento y autorrealización de las personas que allí trabajan, o por el contrario limitarlo o impedirlo ya que es imprescindible el apoyo de las enfermeras, médicos y personal administrativo destacando la organización, es decir, una buena planificación y eficiencia en el trabajo, y la claridad con que conocen lo que se espera de ellas en las actividades cotidianas (Mangal, 2011)

#### 4.3.8 Medidas para la seguridad del paciente

Gráfico 30. Medidas para la seguridad del paciente



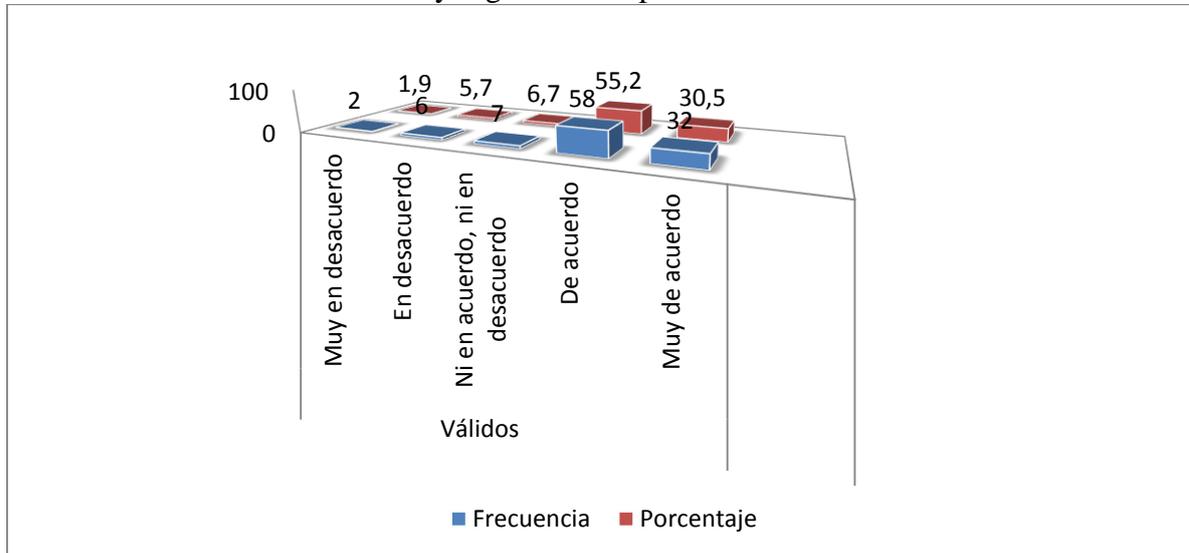
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** el personal enfermero nos dice que el 82% está de acuerdo que la dirección del hospital Luis Gabriel Dávila al momento de tomar decisiones sobre la seguridad del paciente es prioritario, mientras que es 7% están en desacuerdo sobre el tema. La comunicación, hoy en día, es una de las ciencias más revolucionarias en el ámbito de las organizaciones; por este motivo, es necesario comprender su campo de desarrollo en cuanto en al área de comunicación interna. Para que la comunicación sea efectiva, debe ser clara, precisa, objetiva, veraz, oportuna, continua y de interés del emisor así como del receptor. Así mismo, esta información debe llegar en el momento justo, en el tiempo y el espacio adecuado, no antes, no después. Para lograr una armonía de comunicación dentro de la organización es importante identificar las bases que toda empresa debería tener como la identidad, filosofía y cultura corporativa, por lo que estudiar la parte teórica de las mismas es el primer paso para la resolución de los conflictos existentes. Por eso es que, tiene como objetivo evaluar hasta qué punto la comunicación interna pueden ser considerada como una herramienta directiva con valor estratégico. (Aguerreberre, 2012)

#### 4.3.9 Política institucional y seguridad del paciente

Gráfico 31. Política institucional y seguridad del paciente



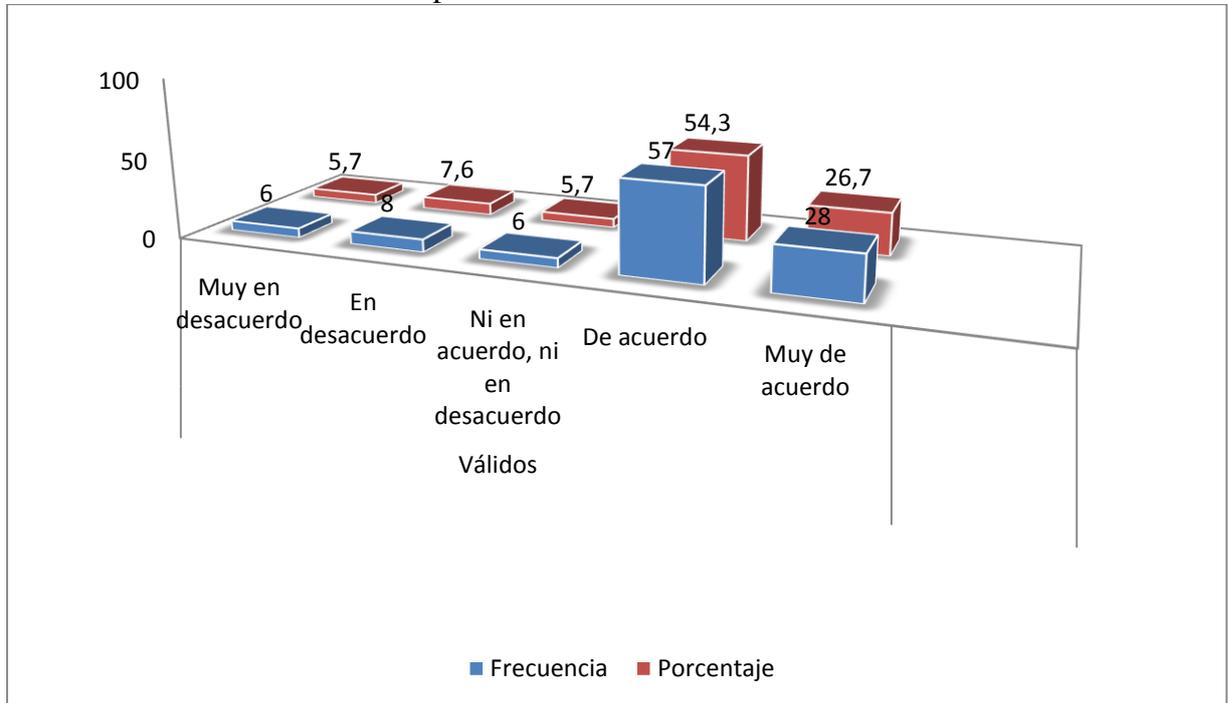
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero nos dice que el 86% está de acuerdo institución se muestra interesada en la seguridad del paciente y un bajo porcentaje 7.61% cree que está en desacuerdo. Unas investigaciones realizadas en nuestro país nos dese que la preocupación por la Seguridad del Paciente en los servicios sanitarios, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, adquiriendo el tema una dimensión mundial habiéndose incorporado a las agendas políticas y al debate público en los países del mundo. Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales, han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. (Solart & Gavilánez, 2011)

#### 4.3.10 Cambio de turno del personal

Gráfico 32. Cambio de turno del personal



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

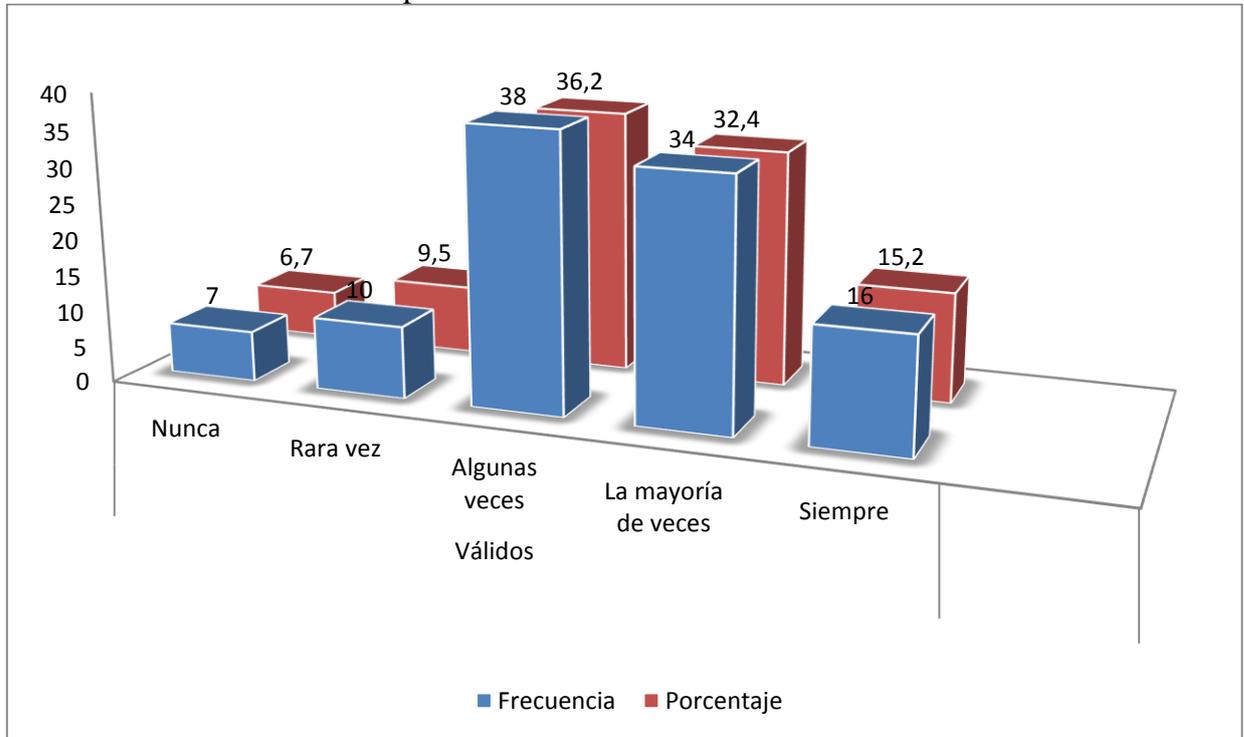
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero nos dice que el 81% está de acuerdo que los cambios de turno de la institución no representa un problema para el paciente mientras que en 13.3% de los encuestados están en desacuerdo. Según las investigaciones realizadas en Chile sobre los reportes enfermeros nos dice que En enfermería la comunicación es una herramienta es muy apreciada entre los profesionales, ya que favorece la gestión del cuidado asegurando su eficiencia y nos ayuda a coordinar de trabajo del enfermero, para de esta forma transmitir, recibir y delegar tareas entre cada equipo evitándonos problemas en los paciente .(Santos M C, 2010)

## 4.4 Sección D / Comunicación

### 4.4.1 Retroalimentación para el cambio

Gráfico 33. Retroalimentación para el cambio



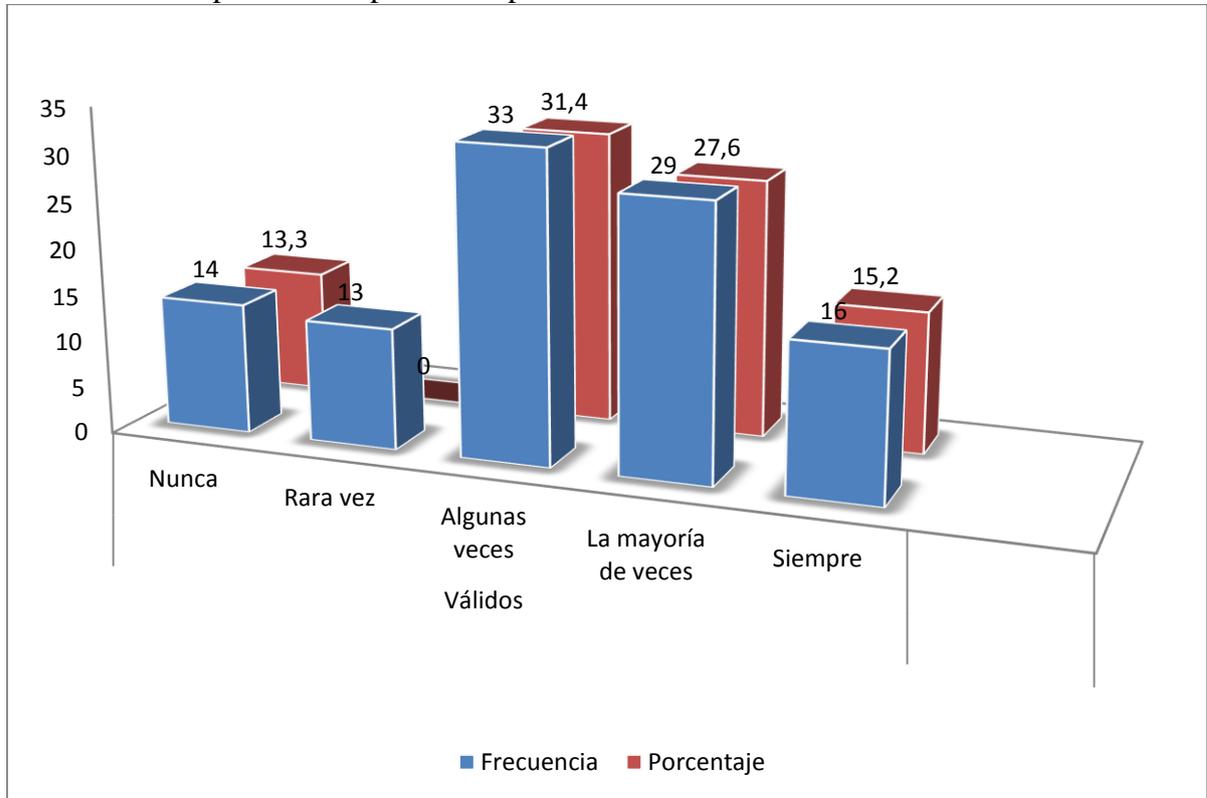
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero encuestado nos dice que el 48% nos informa sobre los cambios realizador basados en los aprendido en los reportes de los eventos, el 36% lo realizan algunas veces y un 7% que nunca informa, esto nos lleva a que el primer gran factor fundamental a nivel institucional es que se cree una cultura profesional de considerar los errores como existentes, pero que pueden ser prevenidos a futuro con un reconocimiento, un análisis y la modificación de las prácticas clínicas identificadas como responsables. La creación de un ambiente protegido, libre de culpas, que promueva el reporte sistemático de los eventos adversos serios permitirá tener una valiosa información para el trabajo preventivo(Borrell-Carrió F, 2010).

#### 4.4.2 Aceptación de opinión del personal

Gráfico 34. Aceptación de opinión del personal



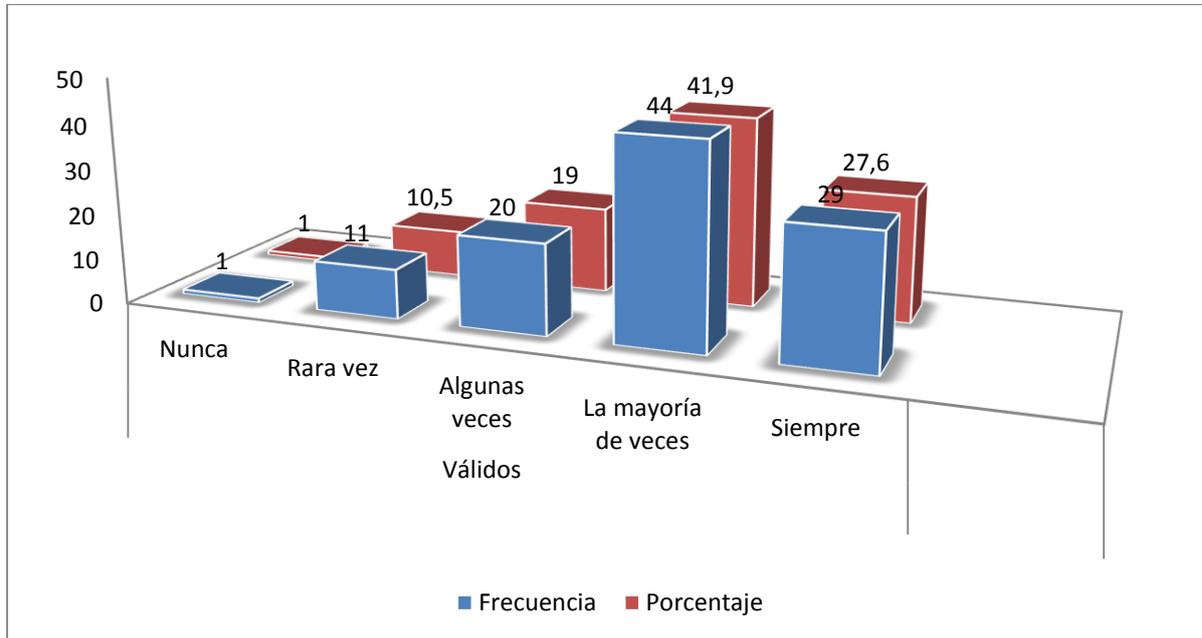
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero encuestado nos dice que el 43% habla con toda libertad sobre algo negativo relacionado con el cuidado del paciente, mientras que el 31% opina que alguna vez lo realiza y un 13% que nunca habla libremente, existiendo un problema, esta cifra nos demuestra que en realidad no existe una buena comunicación interna ni una libertad para poder comunicar algún inconveniente dado que se pueda dar con el paciente.

#### 4.4.3 Notificación de errores

Gráfico 35. Notificación de errores



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

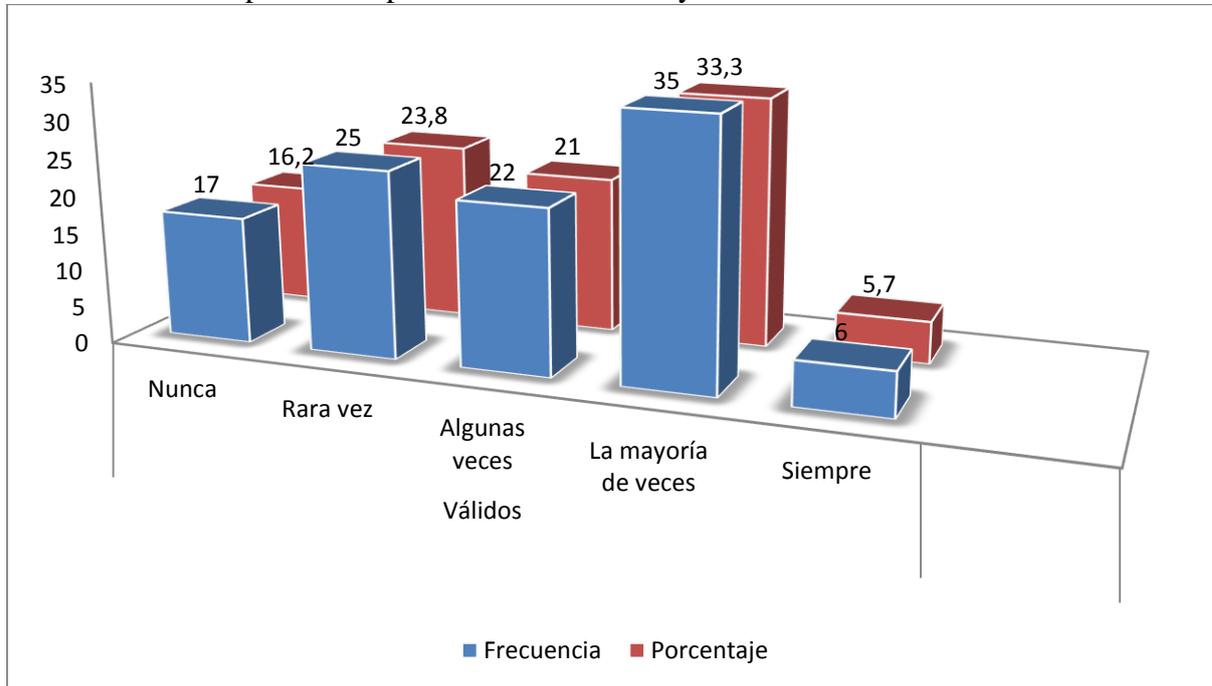
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero nos dice que el 70% están informados acerca de los errores que se comete en la unidad mientras que el 29% algunas veces implica un gran problema de comunicación interna dentro de la unidad.

Por eso en las investigaciones europeas nos dice que la comunicación interna es actualmente la herramienta de gestión que se ha constituido en piedra angular de las estrategias sanitarias que buscan dar respuesta a la creciente complejidad del hospital. A pesar de ello, actualmente el desarrollo de la comunicación interna en los centros sanitarios presenta problemas estratégicos y operativos. Se considera uno de los puntos débiles de la gestión en las organizaciones hospitalarias.(JC March Cerdá, 2010).

#### 4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

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



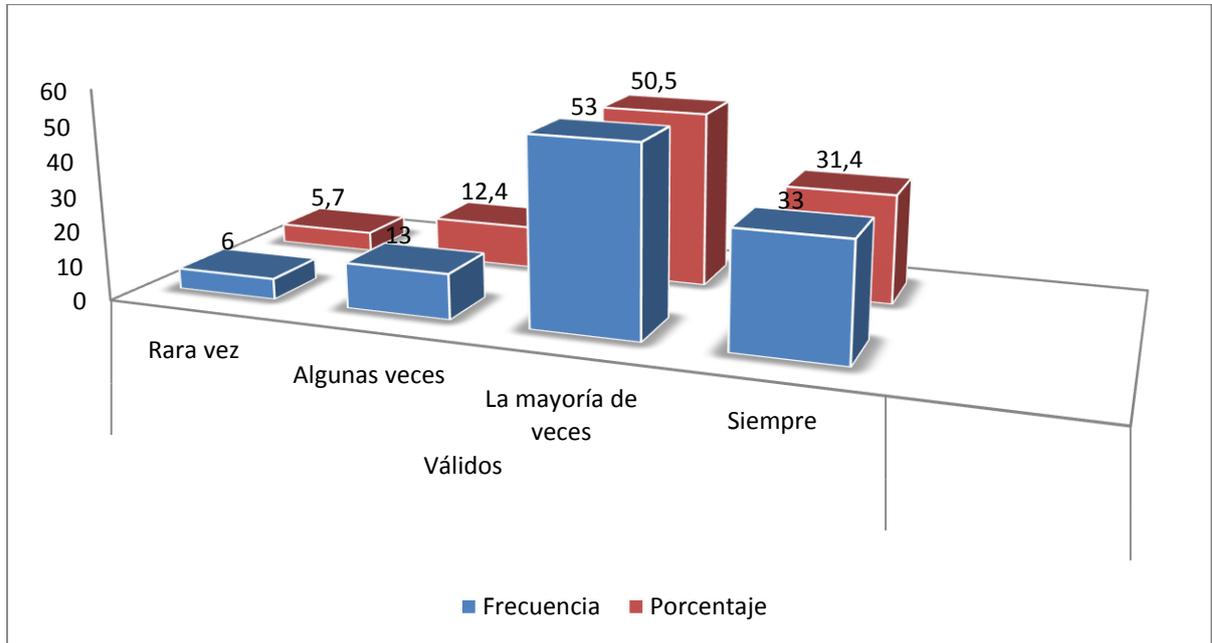
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero encuestado nos dice que el 39% se siente en libertad de cuestionar decisiones y acciones, mientras que el 45% alguna vez lo hace, y un 16% nunca lo hace, se da cuenta que estos conflictos se dan en algunos servicios; lo cual nos lleva a la conclusión de que las comunicación interna no es tan efectiva como se afirmaba en las preguntas anteriores. Cabe recalcar que no en todos los servicios del hospital esto sucede así que hay que recordar la importancia de la comunicación interna teniendo en cuenta la jerarquía pero usando nuestro criterio y conocimiento.

#### 4.4.5 Análisis de toma de decisiones.

Gráfico 37. Análisis de toma de decisiones.



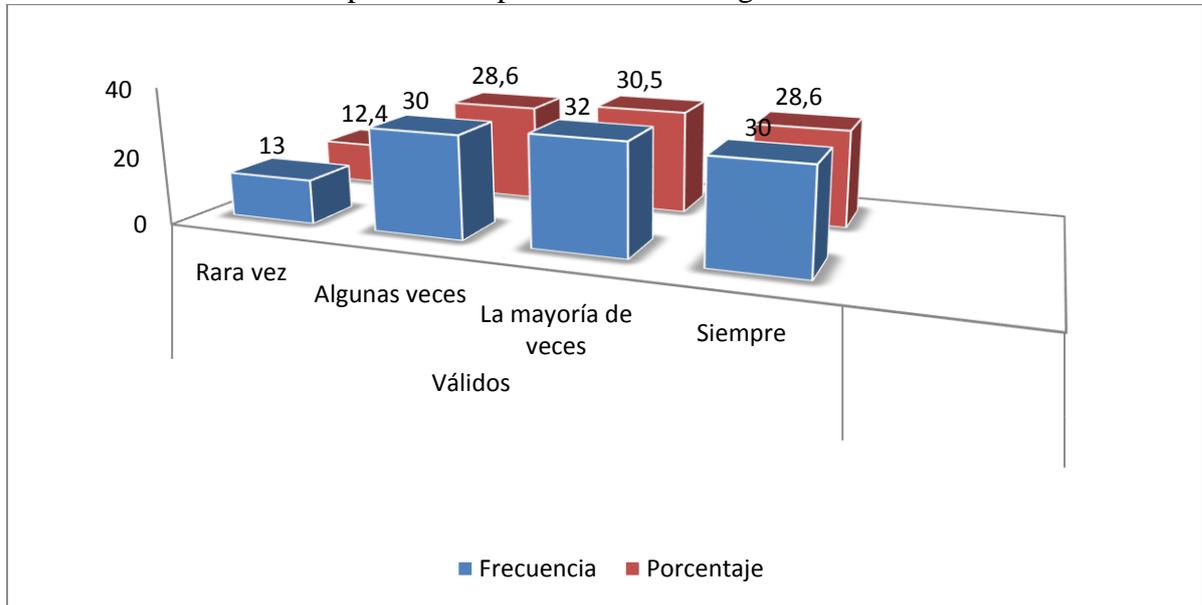
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: El personal enfermero encuestado nos dice que el 82% discuten como prevenir errores mientras que el 18.% lo hace alguna vez así que nos emociona saber que todos siguen los protocolos internos de cada unidad y las recomendaciones dadas cabe recalcar que las investigaciones nos dicen que hablar del interés institucional por respaldar y fortalecer un trabajo en el campo de la información y la comunicación, como lo son una clara voluntad por parte de los servidores públicos que respalda el trabajo en los dos mencionados campos y una organización conformada a por unidades administrativas que buscan dinamizan y liderar estos trabajos, diversos medios de información masiva, medios de información interna y algunos esbozos de políticas en este campo.(Barba, 2013).

#### 4.4.6. Libertad de expresión del personal cuando algo no está correcto

Gráfico 38. Libertad de expresión del personal cuando algo no está correcto



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

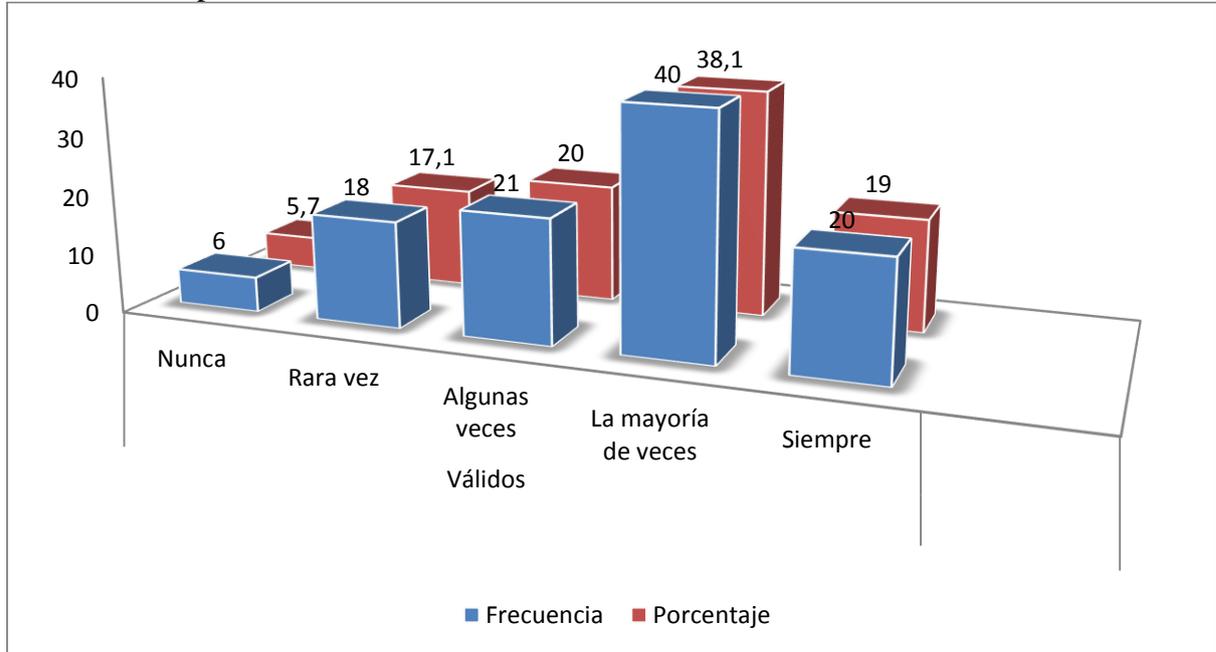
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero nos dice que el 59% tienen la libertad de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto pero el 41% solo lo hace algunas veces, lo que nos lleva a que la comunicación interna constituye una verdadera herramienta directiva ya que afecta a todos los empleados del hospital e influye en el funcionamiento de la institución, en la calidad del servicio ofrecido al paciente y en la imagen de marca del hospital en el que se va estar laborando.

## 4.5 Sección E / Frecuencia de eventos / Errores reportados

### 4.5.1 Reporte de errores

Gráfico 39. Reporte de errores



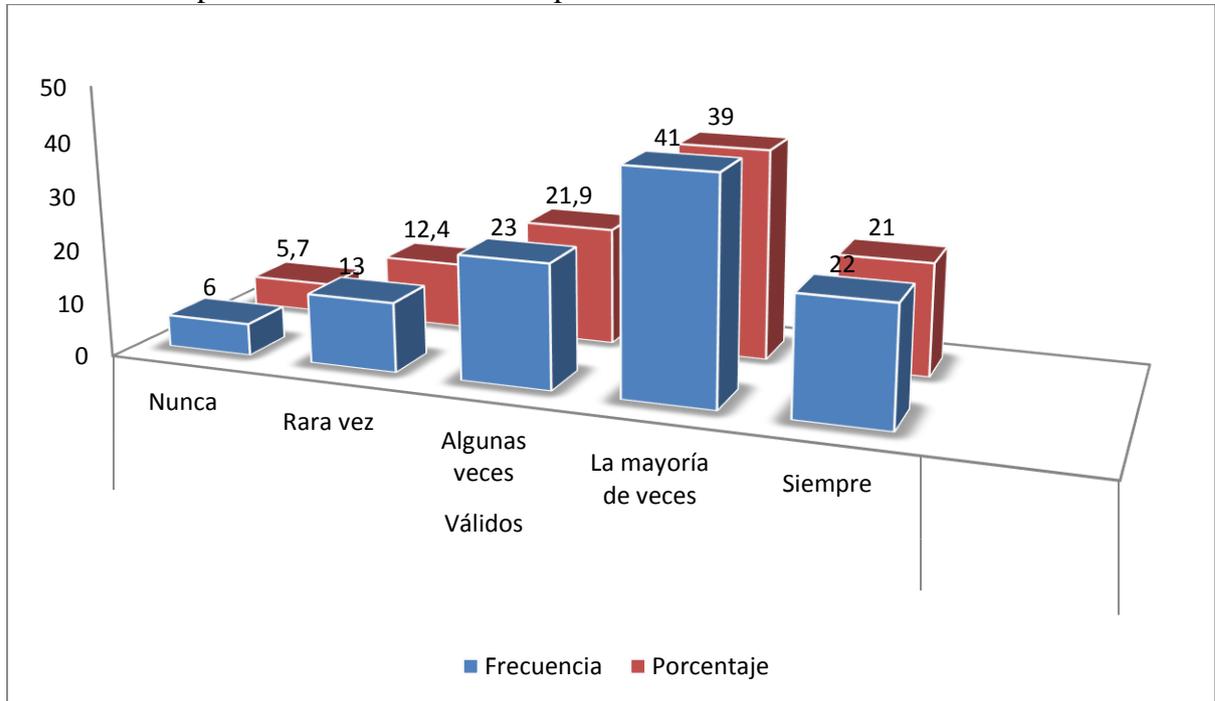
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: El personal enfermero encuestado nos dice que el 57% cuando se comete un error este es corregido antes de que afecte al paciente mientras que el 37% lo hace alguna vez, cabe destacar que un 6% nunca lo hace ,así que no es necesario olvidar que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria relacionada con los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. (J. Pérez Lázaro, 2011).

#### 4.5.2 Reporte de errores sin daño al paciente

Gráfico 40. Reporte de errores sin daño al paciente



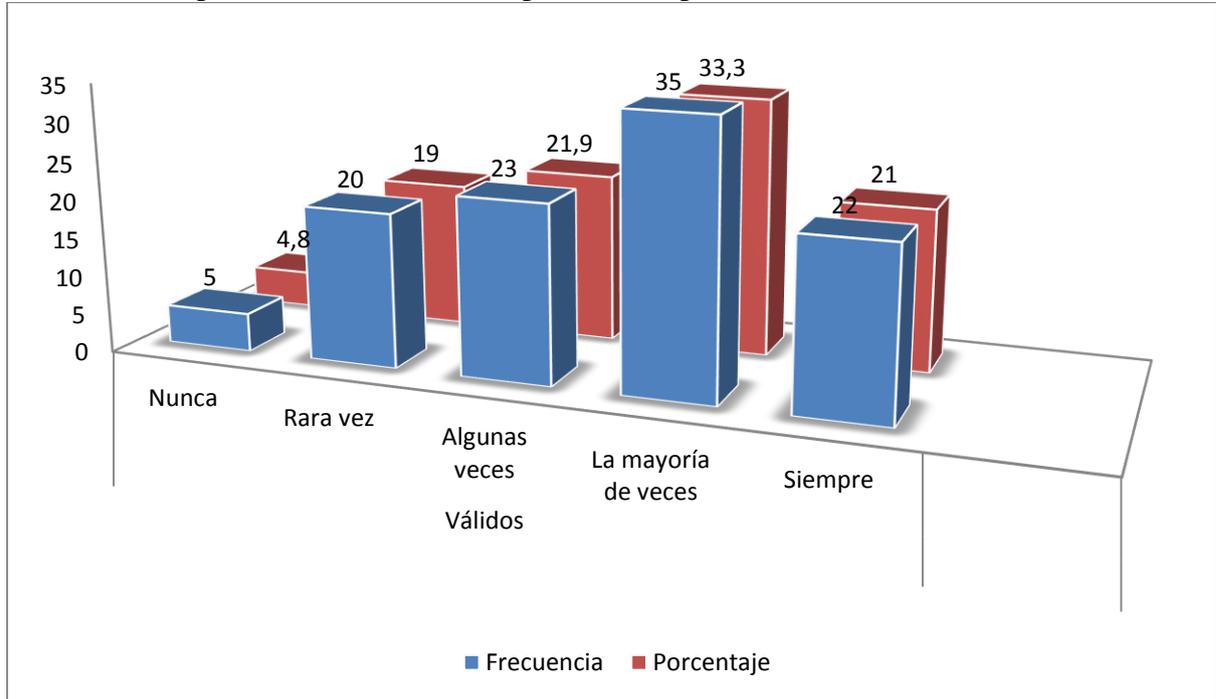
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero encuestado un 60% considera que cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente es frecuentemente reportado, mientras que un 34% alguna vez lo hace, considerando este punto se señala que el reporte de errores es clave para la creación de la seguridad del paciente, evidenciándose falencias que deben ser analizadas y corregidas, así que es menester recordar que el error es no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto (Bernal, 2009).

### 4.5.3 Reporte de errores sin daño potencial al paciente.

Gráfico 41. Reporte de errores sin daño potencial al paciente.



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

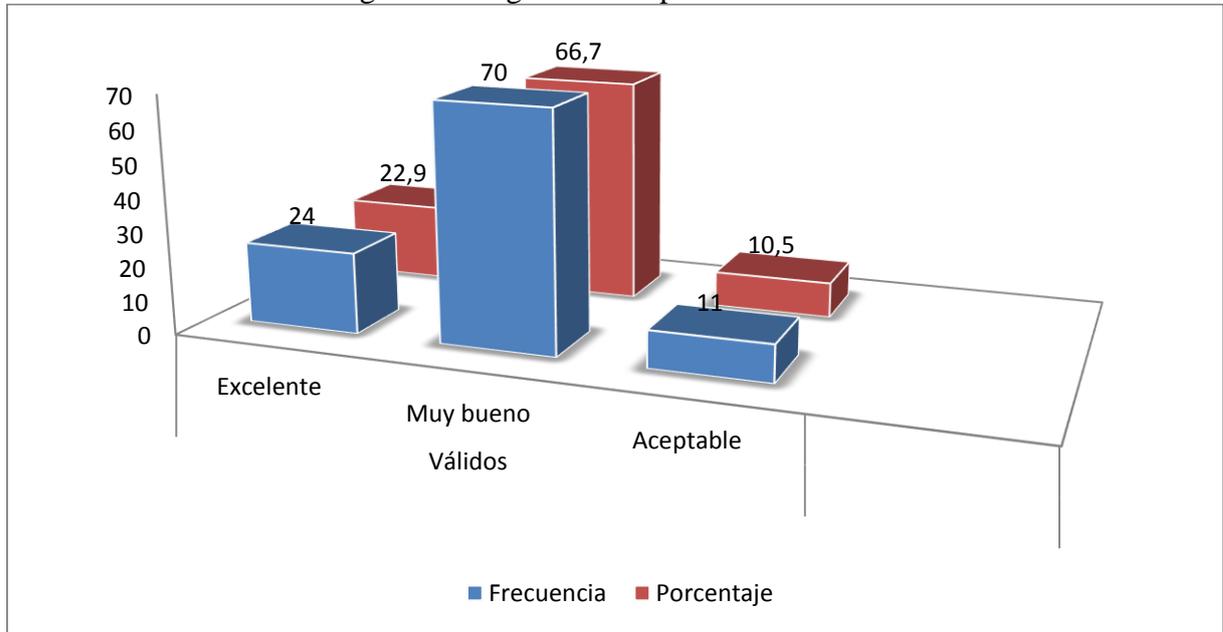
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: Los datos obtenidos reflejan que el 54% consideran que cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, reportan el error, pero el 40% alguna vez lo hace, estos datos reflejan la importancia de la vigilancia de errores, las que pueden ser de mucho interés para prevenir un evento adverso, cabe señalar que un 5% de los encuestados no reporta convirtiéndose en un riesgo para la seguridad del paciente.

## 4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente

### 4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente

Gráfico 42. Valoración del grado de seguridad del paciente



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

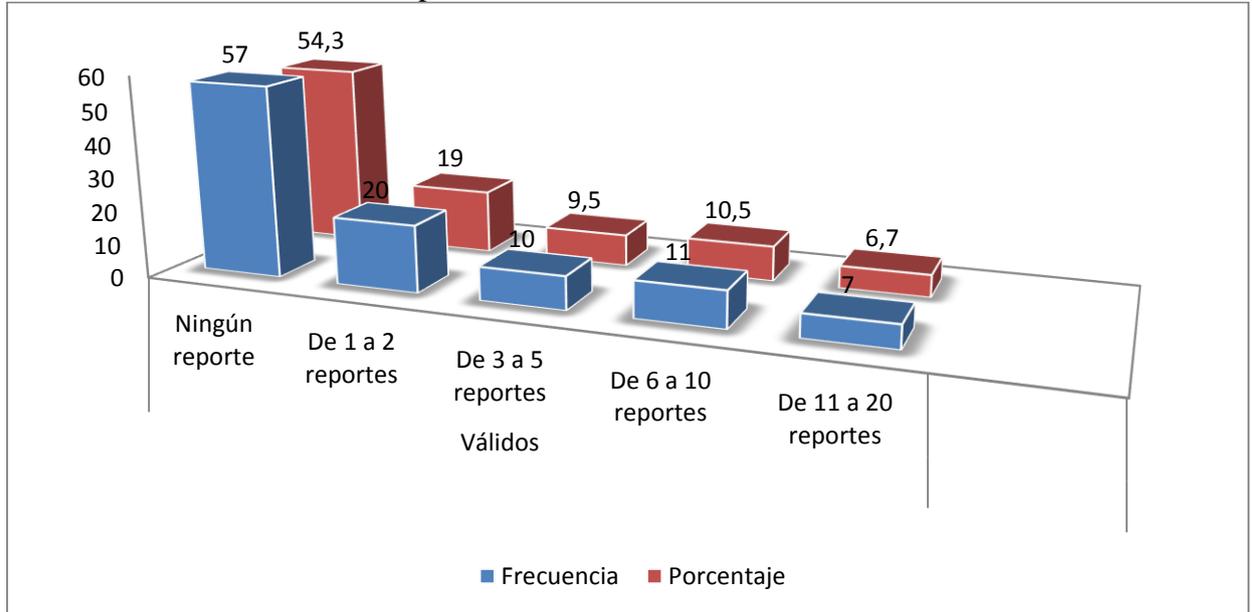
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: El personal enfermero encuestado respecto al grado de seguridad del paciente en el Hospital Luis Gabriel Dávila, asevera un 23% que es excelente y un 67% manifiestan que es muy bueno, se considera que todo el personal de salud actúan y utilizan protocolos para la seguridad del paciente, estableciéndose de esta manera como un pilar fundamental para establecer políticas encaminadas a mejoramiento de la seguridad del paciente, mientras que un 11% es aceptable lo que significa que le dan poca importancia a la seguridad del paciente.

## 4.7 Sección G: Número de eventos adversos / errores reportados

### 4.7.1 Eventos adversos reportados

Gráfico 43. Eventos adversos reportados



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

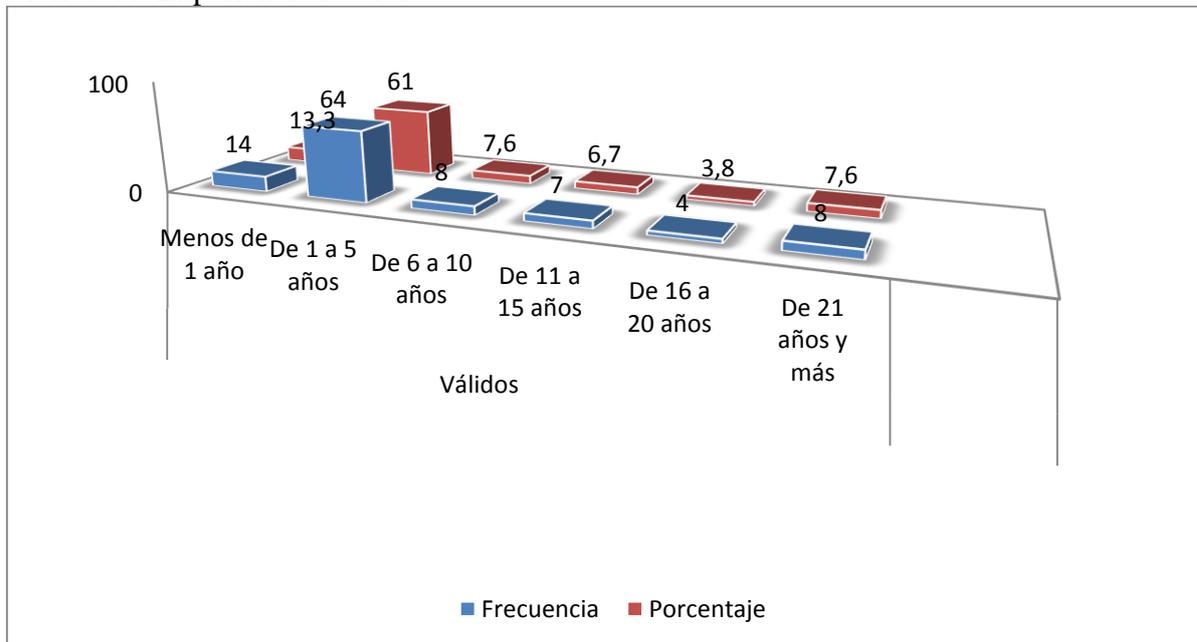
**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: Con respecto al número de eventos reportados el pasado año, se encuentra que el 54% no reporta los errores diligenciados, llama la atención que el resto del personal enfermero encuestado que corresponde al 46% si reporta los eventos adversos. Lo que nos lleva a pensar en realidad que no en todos los servicios tienen la misma complejidad por eso es necesario que para mejorar la seguridad al paciente estos reportes sea analizados a profundidad para establecer mecanismos en donde se pueda identificar, si son errores humanos o fallos en los sistemas administrativos o político, entre otros, de esta manera establecer estrategias preventivas y no punitivas de la identificación de los eventos adversos.

## 4.8 Sección H: Antecedentes

### 4.8.1 Experiencia laboral

Gráfico 44. Experiencia laboral



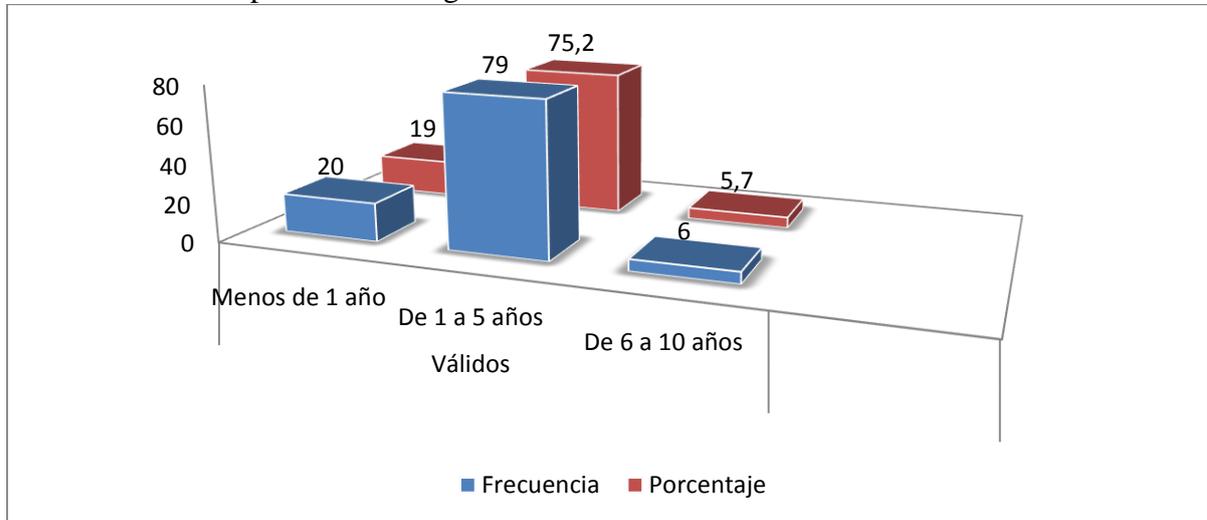
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** Los resultados obtenidos con respecto al tiempo de trabajo en la institución, se evidencia que un 61% de los encuestados trabaja un período de 1 a 5 años, el 26% trabaja un período de 6 años en adelante, se establece que durante este tiempo han adquirido una experiencia buena en su campo laboral, han reforzado y actualizado sus conocimientos en todos los procesos establecidos, minimizando de esta manera la ocurrencia de eventos adversos, finalmente el 13% trabaja menos de un año. Según estimaciones del Concilio Internacional Enfermería existen en el mundo más de 12 millones de este personal, sin embargo no es suficiente para las demandas de salud de las poblaciones y los nuevos cambios de los sistemas de salud, pues varios estudios y declaraciones de organizaciones mundiales y regionales de salud hacen referencia a ello garantizando que la experiencia laboral es lo más importante más los conocimientos que cada día deben ser actualizados (Duerte, 2010).

#### 4.8.2 Desempeño laboral vigente

Gráfico 45. Desempeño laboral vigente



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

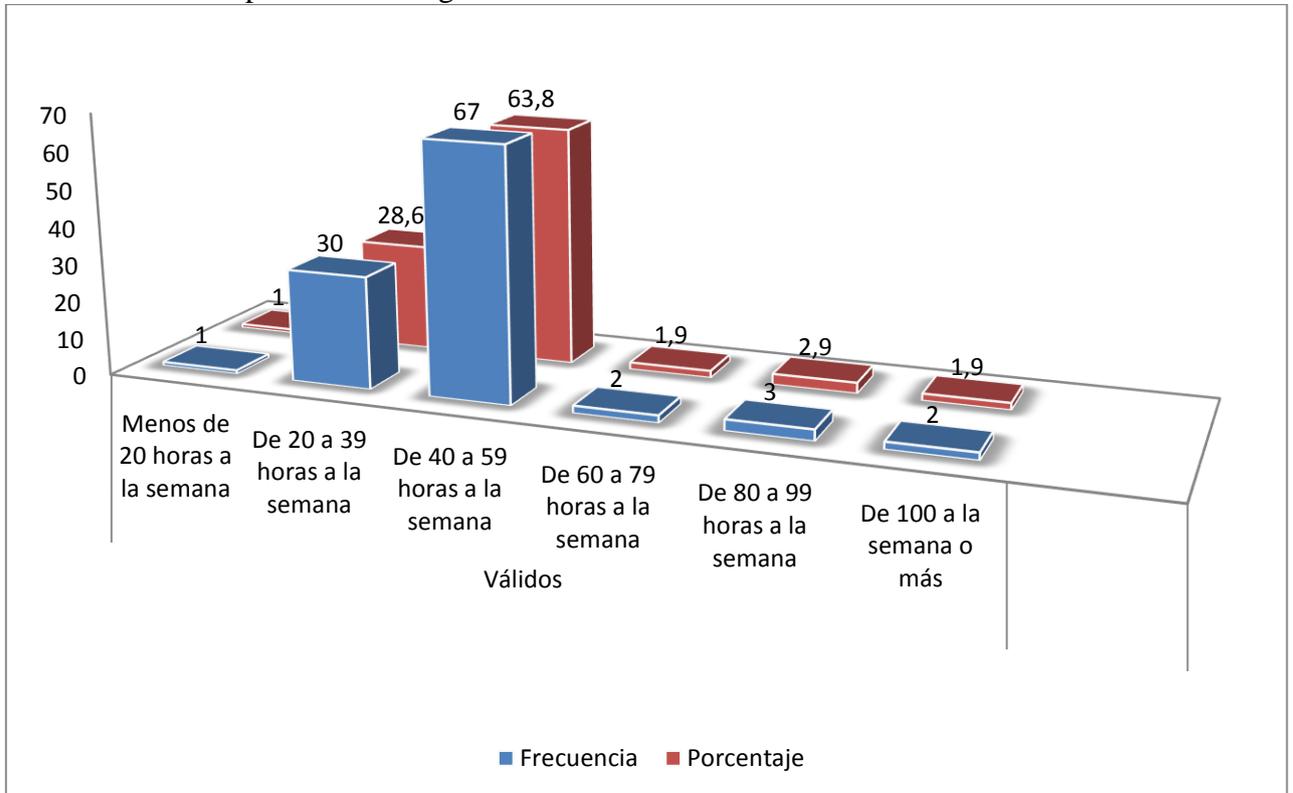
**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** Con respecto a al tiempo que llevan trabajando en la actual área la investigación evidencio que un 75% trabaja de 1 a 5 años en una misma área mientras que el 19% labora menos de un año, lo cual nos indica que el grupo de trabajo en las diferentes áreas es consolidado conocido, tiene experiencia en su área, logrando una satisfacción laboral determinada por las condiciones laborales, las recompensas y las relaciones con los compañeros de trabajo.

Varios autores afirman que los factores relacionados con la personalidad del empleado y con la función que desempeña, intervienen en la percepción del profesional, su bienestar y sobre el agrado con el que desempeña su función (Polit, 2014).

### 4.8.3 Desempeño laboral vigente

Gráfico 46. Desempeño laboral vigente



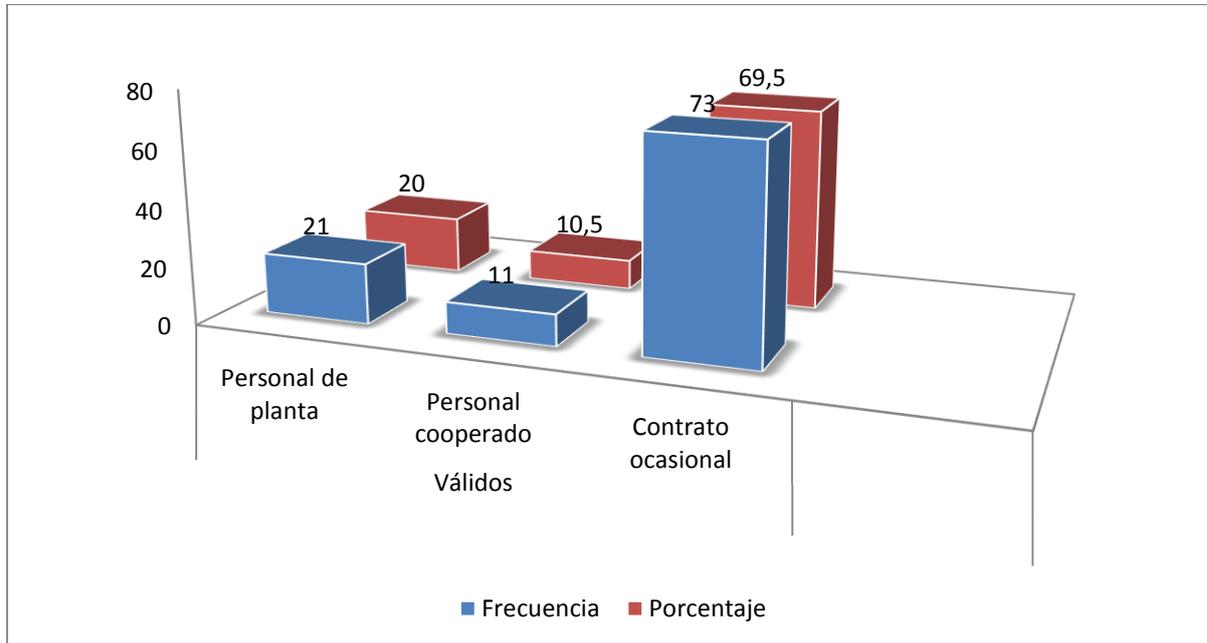
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: Los resultados obtenidos en cuanto a las horas semanales de trabajo en el Hospital Luis Gabriel Dávila, se evidencia que un 64% trabaja de 40 a 59 horas a la semana existiendo una sobre carga laboral y solo el 29% lo hace de 20 a 39 ,claramente nos indica en el artículo 32 de la ley orgánica del servidor público cumplir de manera obligatoria con la jornada de trabajo legalmente establecida de conformidad con sus disposiciones, pero existiendo una sobrecarga laboral la cual se ve evidenciada al sobrepasar las 40 h de trabajo que gozan el resto de las instituciones públicas.

#### 4.8.4 Contratación Laboral

Gráfico 47. Contratación laboral



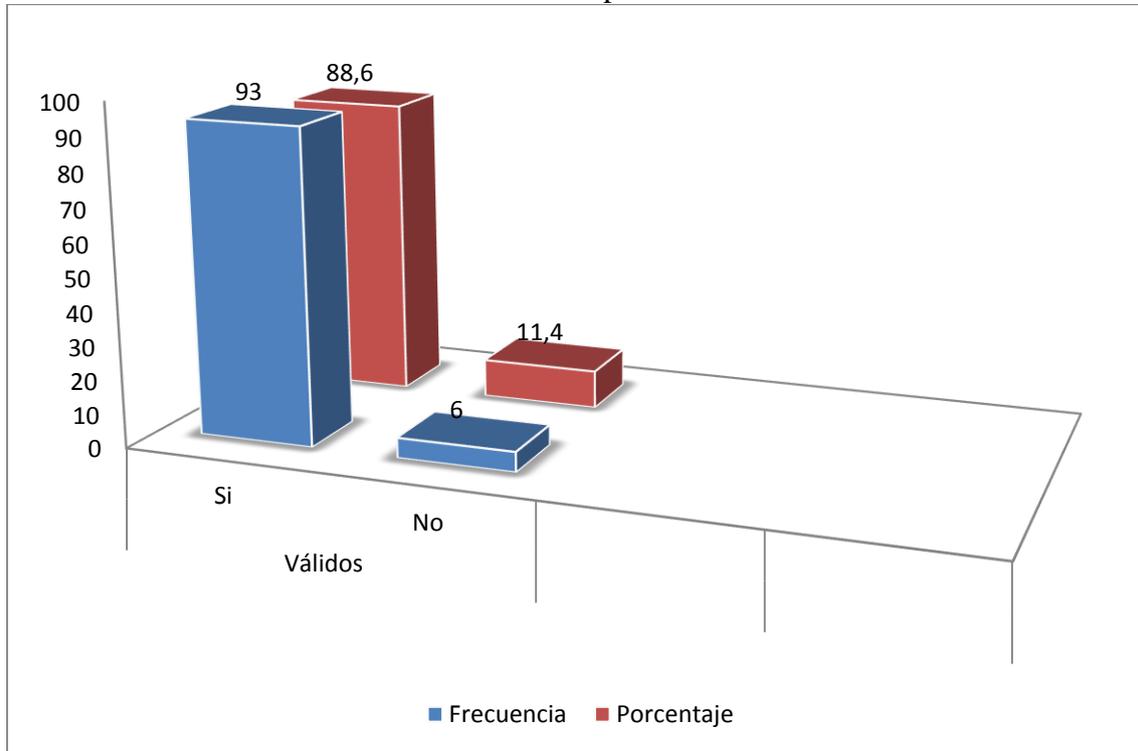
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis:** De los resultados obtenidos un 70% del personal encuestado manifiesta que posee contrato ocasional, un 20% es personal de planta y un 11% en se encuentra cooperando, ante estos resultados se evidencia que la mayoría del personal de enfermería no tiene estabilidad laboral, por lo que se encuentra en constante riesgo de desempleo. Uno de los derechos que consagra la Constitución de la República del Ecuador en su art. 33 es el Trabajo, sin embargo es el derecho que más se vulnera en nuestra sociedad, aunque de manera negativa, el de la estabilidad laboral, debido a que en los últimos días han existido varios conflictos laborales dentro del sector público, como es el caso de las personas que trabajan en estas instituciones como contratados, los cuales viven en una profunda, injustificada, ilegítima e inconstitucional inestabilidad laboral, lo que a su vez no es justo que caiga sobre los trabajadores el peso de estos actos contrarios a la Ley, que son viciados desde el momento en que los contratos comienzan a ser renovados fuera de las previsiones legales(Bernal, 2009).

#### 4.8.5 Relación del cuidado enfermera – paciente

Gráfico 48. Relación del cuidado enfermera – paciente



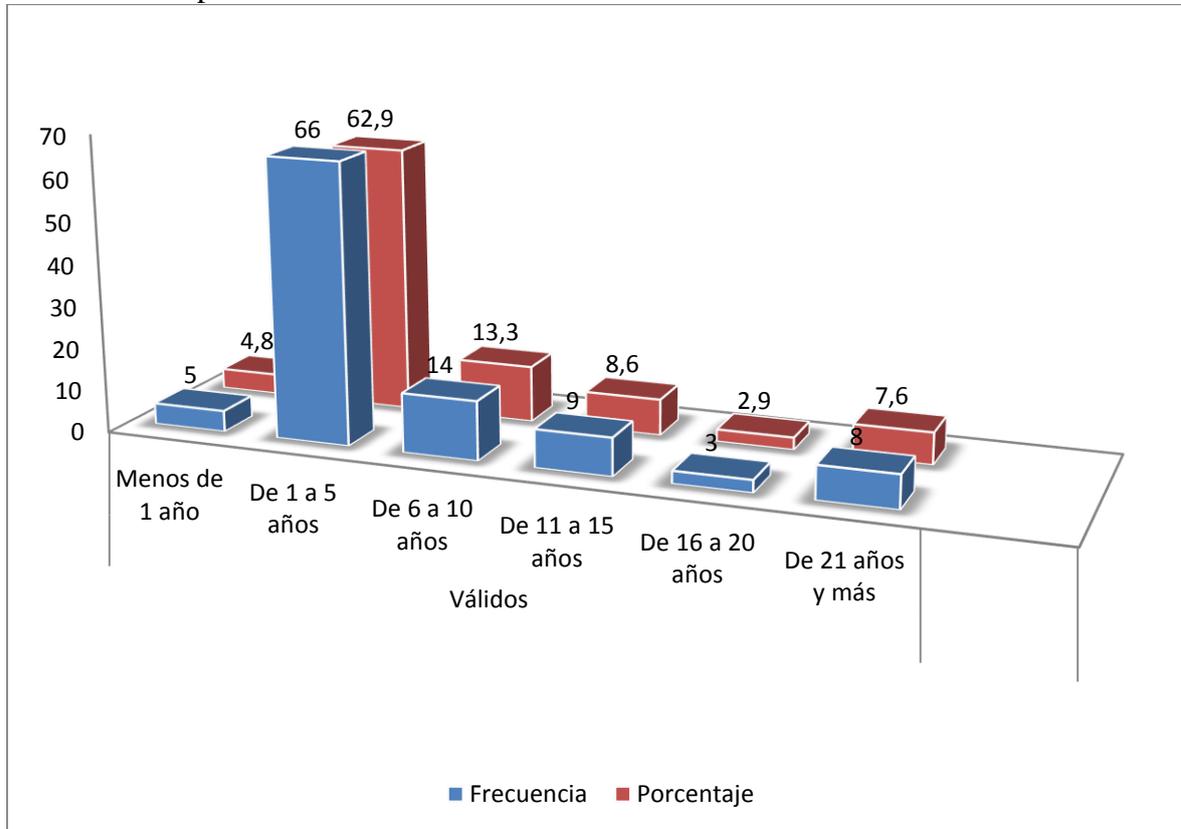
**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: el personal enfermero nos dice que el 89% tiene interacción directa con el paciente y el 11% no lo tiene debido a que desempeña diferentes funciones en el ámbito administrativo, la relación enfermero – paciente incluye percepciones , sentimientos, pensamientos y actitudes, se crea un vínculo de confianza y seguridad para el paciente, cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no específicamente a un tratamiento o a la enfermedad, la enfermera es percibida y responde a su humanidad como es ella (IJ,2007).

#### 4.8.6 Experiencia Laboral

Gráfico 49. Experiencia Laboral



**Fuente:** Encuesta aplicada en el Hospital Luis Gabriel Dávila

**Elaborado por:** Investigadores

Análisis: El personal enfermero encuestado manifiesta que 63% trabaja en su profesión de 1- 5 años, seguido de un 32% que trabaja de 6 años en adelante lo que significa que el Hospital Luis Gabriel Dávila cuenta con un personal de enfermería calificado con la experiencia necesaria para instruir a las nuevas generaciones que llegan a laborar a esta institución (Melendi, 2009) y solo un 5% trabaja menos de un año en su actual profesión.

## 4.9 Análisis y discusión de datos

### 4.9.1 Análisis estadístico sección A: Su servicio / unidad

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
A1	2,57	2	1,108	-,679	1	5
A2	3,81	4	,833	,772	1	5
A3	3,90	4	,854	-,334	2	5
A4	4,34	5	,875	4,519	1	5
A5	3,39	4	1,275	-,929	1	5
A6	4,30	4	,652	1,469	2	5
A7	2,25	2	,907	-,324	1	4
A8	2,91	2	1,169	-,985	1	5
A9	4,05	4	,870	3,097	1	5
A10	2,34	2	,989	-,273	1	5
A11	2,30	1	1,153	-1,187	1	5
A12	3,08	4	1,071	-,821	1	5
A13	3,88	4	,968	1,304	1	5
A14	2,83	2	1,180	-,988	1	5
A15	3,36	4	1,102	-,742	1	5
A16	2,82	3	1,175	-,870	1	5
A17	4,28	4	,628	,596	2	5
A18	4,01	4	,766	1,253	2	5

La media general que se obtuvo en la sección A fue de 3.35. La media mínima corresponde a la pregunta A7 (Usamos más temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente), la media A 15 (La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo), la media máxima fue 4,34 que corresponde a la pregunta (En esta unidad, el personal se trata con respeto). La desviación típica general de la sección A es de 0,97 , la desviación mínima con 0,62 corresponde a la pregunta ( Hay una buena seguridad de los pacientes en esta unidad) y la desviación máxima con 1,27 corresponde a la pregunta (El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente) en cuanto a la curtosis el promedio general fue 0,27 que corresponde a una distribución de datos platicúrticos.

#### 4.9.2 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
<b>B1</b>	4,07	4	,847	1,305	1	5
<b>B2</b>	4,28	4	,803	2,555	1	5
<b>B3</b>	3,99	4	,915	2,661	1	5
<b>B4</b>	4,18	4	,918	3,646	1	5

La media general que se obtuvo en la sección B fue de 4.13 La media mínima corresponde a la pregunta B3 (Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención), la media máxima fue 4.28 que corresponde a la pregunta B2 (Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.).La desviación típica general de la sección B es de 0,87, la desviación mínima con 0,80 corresponde a la pregunta B2 (Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.) y la desviación máxima con,918 corresponde a la pregunta B4 (Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez) en cuanto a la curtosis el promedio general fue 2,54 que corresponde a una concentración mesocúrtica.

#### 4.9.3 Análisis estadístico sección C: Su institución.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
C1	4,06	4	,663	,731	2	5
C2	4,03	4	,925	-,256	2	5
C3	3,92	4	,615	,399	2	5
C4	3,65	4	,877	,116	1	5
C5	4,29	4	,675	2,910	2	5
C6	3,51	4	,972	,750	1	5
C7	3,44	4	,898	,478	1	5
C8	3,99	4	,860	2,079	1	5
C9	4,07	4	,880	2,342	1	5
C10	4,07	4	,609	1,762	2	5
C11	3,89	4	1,068	1,328	1	5

La media general que se obtuvo en la sección C fue de 3.90. La media mínima corresponde a la pregunta C7 con 3,44 (.Son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información entre las unidades de esta institución.), la media máxima fue 4,29 que corresponde a la pregunta C5 (Se garantiza la entrega completa de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.). La desviación típica general de la sección C es de 0,82, la desviación mínima con 0,609 corresponde a la pregunta C10 (Las unidades de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.) y la desviación máxima con 1,06 corresponde a la pregunta C11 (Los cambios de turnos en esta institución no representan problemas para los pacientes.) en cuanto a la curtosis general fue de 1,149 que corresponde a una concentración mesocurtica.

#### 4.9.4 Análisis estadístico sección D: Comunicación.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
D1	3,40	3	1,071	-,135	1	5
D2	3,19	3	1,233	-,744	1	5
D3	3,85	4	,978	-,249	1	5
D4	2,89	4	1,203	-1,126	1	5
D5	4,08	4	,817	,412	2	5
D6	3,75	4	1,007	-1,062	2	5

La media general que se obtuvo en la sección D fue de 3.52. La media mínima corresponde a la pregunta D4 con 2,89 (El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.), la media máxima fue 4,08 que corresponde a la pregunta D5 (En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer). La desviación típica general de la sección D es de 1,05, la desviación mínima con 0,81 corresponde a la pregunta D5 ((En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.) y la desviación máxima con 1,233 corresponde a la pregunta D2 (El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente.) en cuanto a la curtosis general fue de -0,484 que corresponde a una concentración platicúrtica.

#### 4.9.5 Análisis estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
E1	3,48	4	1,153	-,648	1	5
E2	3,57	4	1,125	-,313	1	5
E3	3,47	4	1,161	-,826	1	5

La media general que se obtuvo en la sección E fue de 3,50. La media mínima corresponde a la pregunta E3 con 3,47 (Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado.), la media máxima fue 3,57 que corresponde a la pregunta E2 (Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado). La desviación típica general de la sección E es de 1,14, la desviación mínima con 1,12 corresponde a la pregunta E2 (Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan

frecuentemente es reportado.)Y la desviación máxima con 1,16 corresponde a la pregunta E3 (Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado.) en cuanto a la curtosis general fue de -0,59 que corresponde a una concentración platicurtica.

#### 4.9.6 Análisis estadístico sección F: Grado de seguridad del Paciente.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
<b>F</b>	1,88	2	,567	,045	1	3

La media general que se obtuvo en la sección F fue de 1,88.La desviación típica general es de 0,56, en cuanto a la curtosis general fue de 0,45.

#### 4.9.7 Análisis estadístico sección G: Número de eventos adversos.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
<b>G</b>	1,96	1	1,293	-,002	1	5

La media que se obtuvo en la sección G fue de 1,96.La desviación típica general es de 1,29, en cuanto a la curtosis general es de -0,002.

#### 4.9.8 Análisis estadístico sección H: Antecedentes.

Sección	Media	Moda	Desv. Típ.	Curtosis	Mínimo	Máximo
<b>H1</b>	<b>2,50</b>	2	<b>1,345</b>	<b>1,497</b>	1	<b>6</b>
<b>H2</b>	<b>1,87</b>	2	<b>,482</b>	<b>,923</b>	1	<b>3</b>
<b>H3</b>	<b>2,83</b>	3	<b>,778</b>	<b>5,211</b>	1	<b>6</b>
<b>H4</b>	<b>2,50</b>	3	<b>,810</b>	<b>-,478</b>	1	<b>3</b>
<b>H5</b>	<b>1,17</b>	1	<b>,509</b>	<b>7,557</b>	1	<b>3</b>
<b>H6</b>	<b>2,65</b>	2	<b>1,263</b>	<b>1,636</b>	1	<b>6</b>

La media general que se obtuvo en la sección H fue de 2,25 .La media mínima corresponde a la pregunta H5 con 1,17 (Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión.), la media máxima fue 2,83que corresponde a la pregunta H3 (Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución).La desviación típica general de la sección H es de 0,8645, la desviación mínima con 0,482 corresponde a la pregunta H2 (Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área/unidad )y la desviación máxima con 1,345 corresponde a la pregunta H1 (Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución.) en cuanto a la curtosis general fue de 2,72 que corresponde a una concentración mesocurtica.

## Fortalezas

Según la metodología de estudio utilizada se considera como fortaleza la dimensión que obtenga un 75% o más de respuestas positivas o negativas según se formularon las preguntas en positivo o negativo respectivamente, de esta forma se destaca la percepción que tienen los encuestados respecto a expectativas y acciones de la líder de enfermería, que favorecen la seguridad del paciente obteniendo una medida más del 80% en respuesta a las preguntas planteadas para esta sección, sin alcanzar el porcentaje requerido con una medida del 72% se considera como otra fortaleza al aprendizaje organizacional y la mejora continua de la institución, y finalmente se destaca la percepción del grado de seguridad del paciente alcanza una medida del 90% de esta manera se garantiza la seguridad clínica de la institución.

## Debilidades

Según el método del Estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un 50% ó más de respuestas negativas o positivas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente. La percepción acerca de / Trabajo de Equipo al interior de las Unidades o Áreas, alcanzó una media de 56% las preguntas referidas a este ámbito fueron contestadas en forma negativa, la percepción que tienen los encuestados acerca de la apertura comunicativa alcanza una medida del 50%, con respecto a la frecuencia de errores reportados la medida alcanzada es de 67% respuestas se consideran inadecuadas para este acción, para finalizar el ítem correspondiente a la disponibilidad de personal, alcanza una media de 60% de respuestas en des acuerdo, también corresponde a una debilidad de la institución.

## Opiniones y Sugerencias:

La encuesta permite recoger opiniones, sugerencias y comentarios de los participantes de forma abierta, cuyo resumen se presenta a continuación separado por categorías

### 1. Percepción Global de Seguridad

Con respecto a este tema se destacan algunos aspectos en las sugerencias, como el trabajo con responsabilidad hacia el usuario de esta manera se evita que ocurra errores, hay quienes señalan que debe fomentarse un cambio de actitud del personal enfermero al realizar su trabajo para mejorar el desempeño laboral, además de un compromiso sincero para brindar un adecuado cuidado directo a los pacientes.

## 2. Infraestructura

Aunque no está dentro de las variables las sugerencias aparece como un tema clave para garantizar la seguridad del paciente se informa la reparación de máquina de anestesia, el tener los elementos necesarios para funcionar adecuadamente, junto con el mantenimiento adecuado de los implementos son importantes sugerencias efectuadas para aumentar la seguridad clínica.

## 3. Aprendizaje Organizacional

El equipo enfermero se preocupa activamente por establecer una cultura de reporte de eventos adversos no punitiva a cambio del reporte esporádico como se lo viene haciendo por temor a ser sancionado, de esta manera se lograría tomar correcciones pertinentes sin afectar la seguridad del paciente.

## 4. Coordinación y comunicación

En cuanto a la coordinación y comunicación entre unidades de esta casa de salud se sugiere mejorar entre el servicio de emergencia y neonatología los traslados deben ser de forma oportuna y eficaz, consideran que no hay personal suficiente que cubra dicha demanda de usuarios vulnerando la seguridad del paciente.

#### 4.10 Discusión

El objetivo de este estudio aplicado en el Hospital Luis Gabriel Dávila durante el periodo 2014 -2015, es describir aspectos claves de la cultura en seguridad de los pacientes y la percibida por el personal que trabaja en dicha casa de salud.

La institución posee bases pre-establecidas para alcanzar una seguridad del paciente al interior de cada unidad y así de todo el Hospital. Los aspectos relevantes favorables para la construcción adecuada de un medio seguro para el paciente están dados y los problemas han sido identificados gracias al personal de enfermería, pues los encuestados tiene contacto directo con el sistema.

Un estudio basado en las directrices AHRQ llevado a cabo en territorio Español, al igual que en el ámbito nacional en varios hospitales de ciudades que pertenecen a la Zona 1 de nuestro País, coinciden en varios aspectos por lo tanto podría decirse que es pionero a nivel Nacional. Por lo que los hallazgos pueden ser generalizados ya que se apegan a la realidad sanitaria del contexto nacional.

Esta investigación revela aspectos que requieren ser labrados a corto, mediano y largo plazo para lograr obtener estándares óptimos en atención al paciente y sobre todo fomentar una cultura de seguridad, la misma que debe ser asumida por todo el personal que labora en una casa de salud.

Al inicio de la investigación se planteó cuatro preguntas de investigación las cuales va hacer respondidas a continuación

¿Identificar las características laborales del personal de enfermería de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral?

Un 72%, reconoce al trabajo en equipo como una fortaleza en cada servicio, ya que permite la solución de problemas y planificación de posibles mejoras de esta manera la calidad de servicios prestados, estudios anteriores sobre seguridad de paciente realizados por Alarcón & Ortiz, 2010, en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud

Español reveló un valor cercano al 87% de trabajo en equipo reconociendo de esta manera como una fortaleza similar a la de nuestra investigación.

Sin embargo el 60% indica que la falta de personal de enfermería en forma directa es una sobrecarga de trabajo y por consiguiente impide prestar un servicio óptimo hacia el usuario; lo que trata de ser resuelto por el trabajo en equipo y así alcanzar los objetivos propuestos por cada servicio intra hospitalario. Al comparar con los datos del resto de la Zona 1 es evidente que las realidades son similares lo que se indica que es una problemática generalizada en este aspectos, valores muy cercanos a los obtenidos en nuestro estudio, nos reflejan el estudio realizado por Alarcón, C y Ortiz A, un 72% de los encuestados en el Hospital Padre Hurtado de España en el 2010, refieren tener falta de dotación de personal enfermero para realizar una atención segura de esta manera se convierte como una debilidad, del sistema administrativo, causa importante para que ocurra un evento adverso.

El 90% de los encuestados manifiestan que el trato que el personal brinda al cliente externo mantiene la norma de atención con calidad y calidez y por ende en un ambiente de respeto que es percibido por usuarios y trabajadores convirtiéndose en una fortaleza del sistema.

El trabajar más horas en el 52% de los encuestados es un tiempo adicional que se incorpora directamente al cuidado del paciente; sin embargo el hecho de trabajar más tiempo influye directamente en el rendimiento laboral, y por lo tanto en la calidad de atención brindada, aumentando la posibilidad de que exista un evento adverso. Por lo que se considera una debilidad administrativa de esta casa de salud la misma que es percibida por el 85% de los enfermeros y a su vez están de acuerdo, que la dirección es quien propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, estableciendo intervenciones adecuadas para prevenir errores. Los resultados del estudio de Escriba, R y Cárdenas M en 1999, en la ciudad de Valencia – España señala que la falta de personal y la sobre carga de trabajo son los principales estresores laborales que afecta al personal de enfermería, trayendo como consecuencia bajas laborales, repercusiones en la salud y en la productividad en los trabajadores.

Respondiendo a la pregunta ¿Qué carencia y fortalezas hay en la gestión y organización que posee la institución encontramos?

Los diferentes líderes de los servicio intrahospitalarios según los resultados encontrados revelan que muestran gran interés en la seguridad del paciente, además realizan acciones en mejora de cada una las áreas de trabajo, y por lo tanto disminuyen los aspectos negativos, desde este punto de vista se muestra que las acciones de jefatura son una fortaleza para la seguridad del paciente. Los resultados obtenidos del estudio de Arias Milena y Jiménez en el año 2004 sobre factores del clima organizacional en Costa Rica, aseguran que la comunicación y el liderazgo influyen satisfacción personal de enfermería es definido como positivo pero existe la oportunidad de mejora.

A diferencia del excelente trabajo en equipo al interior de las áreas, la ayuda entre servicios es mínima se evidenció que solo el 20% están de acuerdo que existe cooperación entre unidades lo que ha sido identificado como debilidad administrativa, que puede fortalecerse por medio de interacciones entre el personal al desarrollar estrategias en el cual el personal de salud potencialice su trabajo. Los resultados del estudio de Alarcón, C y Ortiz A en el año 2010 en España revelan cifras cercanas a las encontradas en nuestro estudio, solo un 33% cree que existe buena coordinación entre unidades.

Los procedimientos y sistemas aplicados en esta casa de salud para mejorar la seguridad del paciente son óptimos, eficaces debido a que evalúa constantemente los cambios realizados en mejoras a la seguridad del paciente , ante los cambios surgidos deben implementarse políticas, corregirse procesos y sistemas en las organizaciones.

La comunicación entre el usuario y los prestadores de servicios es eficaz, lo que se considera una fortaleza de gran importancia en el cambio en la seguridad del paciente, acortándose brechas en el interior de la institución.

El traslado de los pacientes de una unidad de salud a otra es eficaz por lo que es otra fortaleza encontrada pues implica un seguimiento eficaz en el tratamiento del usuario externo; además la entrega del cambio de turno refleja en la continuidad en la atención y por consiguiente se minimiza la probabilidad de que ocurra un error.

Con respecto a la pregunta número tres que nos dice ¿Qué actitud toma el personal de enfermería frente a un efecto adverso producido en el área?

El estudio fue de gran relevancia puesto que los encuestados evidencian que solo el 57% reportan un incidente cometido aun cuando estos hayan sido descubiertos antes de afectar al paciente, esta cifra coincide con Los estudios hechos por Alarcón, C y Ortiz A en el año 2010 en España revelan una cifra muy cercana al de nuestro estudio el 58%.

Los errores son involuntarios y requiere sistemas bien estructurados para su manejo que permite minimizar al máximo cualquier tipo de evento adverso, se evidencia una gran necesidad de verificar que todos sean informados de los cambios implementados, partir de discusiones de errores reportados.

El error debe ser asumido como un riesgo en la prestación del servicio un fallo involuntario que se da, se requiere trabajar con la gente para que aprenda que el reporte de dicho evento podría mejorar la calidad en seguridad del paciente, transformar la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos y paradigmas en este contexto se puede decir que el cambio fue eficaz.

De los resultados obtenidos se puede indicar que el registro de los eventos adverso presentados no es adecuadamente llevado, por lo que no puede ser valorada la frecuencia de presentación de los mismos, razón por lo que se debería trabajar en un documento que permita el registro, quizás esto se deba a que varios autores señalan, que cuando sucede un error el culpable es castigado , por lo que surge un aprendizaje organizacional de errores que llevan al cambio positivo .y todos los hallazgos en conjunto son orientados con el fin de mejorar la seguridad del paciente,(Alarcón & Ortiz, 2010).

El presente estudio demuestra que el 89% de las enfermeras de esta casa de salud ocupan un lugar privilegiado, están al cuidado directo del paciente convirtiéndose en una fortaleza, lo cual implica asumir el liderazgo, desarrollo de estrategias y evaluación del cuidado que garantiza la seguridad del paciente.

Al contar con muchas fortalezas internas la institución alcanza logros y metas propuestas en mejora de la seguridad del paciente, del conjunto de este estudio se desprende la necesidad de trabajar más y mejor por la seguridad del paciente.

Para responder nuestra última pregunta sobre ¿Cuál es la medida a tomar para mejorar el plan actual y mejorar la seguridad del paciente? nosotros realizamos el curso virtual que está en la plataforma universitaria la cual ayudara a todo el personal enfermero del hospital Luis Gabriel Dávila a mejorar la seguridad de los usuarios con varias técnicas del trabajo en equipo, la comunicación interna en la cual detallamos en el capítulo V.

#### 4.11 Conclusiones.

1. El instrumento de investigación adaptado AHRQ traducido en versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture. A permitió evidenciar los actitudes y comportamientos adoptados por el personal de enfermería que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila sobre la caracterización de la cultura de seguridad del paciente, generando un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales que se están realizando a nivel zonal, en las cuales el personal de enfermería participante, en busca del pro mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
2. Según la metodología de estudio utilizada indica que la fortaleza de la institución radica en el trabajo en equipo al interior de cada servicio, el aprendizaje, organización y comunicación van en mejora continúa gracias a las acciones de la líder, que fortalecen la seguridad clínica.
3. La falta de dotación de personal de salud, la sobrecarga de trabajo a las enfermeras, el exceso de horas laborables, la poca colaboración entre los servicios es evidencia de una debilidad en el sistema administrativo del hospital por consiguiente, aumenta la probabilidad que ocurran errores que impide prestar un servicio óptimo y de calidad y calidez a todos los usuarios.
4. Los resultados obtenidos reflejan que solo el 42% del personal encuestado está de acuerdo con reportar el evento adverso mas no a la persona que lo comete, lo que permite llegar a cambios positivos, evidenciándose una fortaleza en el crecimiento profesional y laboral, la mayoría de enfermeras manifiestan estar en desacuerdo

referente a la casualidad del error, se estima que existe una alta incidencia de errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente.

#### 4.12 Recomendación.

1. La organización interna del hospital deberá estar basada en una política de administración participativa y no punitiva, realmente entrar en un dialógico constante, logrando así integrar los enfoques del proceso de comunicación más pertinentes con los objetivos de la organización y del sistema en los que están basado.
2. Los líderes tratarán de mejorar las jornadas laborales , trabajo en equipo distribuyendo horarios adecuados para evitar el cansancio y la sobrecarga
3. Se recomienda al gerente de la institución, reevaluar la partida presupuestaria para la contratación del personal de salud, debido a la alta demanda de pacientes, puesto que el personal que labora no da abastecimiento para el número de usuarios.
4. Promover un cambio cultural a través del desarrollo de un pensamiento disciplinario que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos, y al trabajo organizado para su prevención.
5. Gracias a la Universidad Técnica Del Norte y a su plataforma virtual se ha podido llevar a cabo el cursos virtual sobre “La cultura de la seguridad del paciente” el cual ayudará a solucionar problemas a través de estrategias como cultura de reportes de eventos adversos, colaboración, gestión entre unidades y trabajo en equipo.

## CAPÍTULO V

### 5. PROPUESTA

**TEMA:** Curso virtual sobre seguridad del paciente.

#### Índice

- 5.1 Introducción
- 5.2 Justificación
- 5.3 Objetivos
- 5.4 Metodología
- 5.5 Módulos del estudio

#### **Módulo I**

- Los siete pasos para la seguridad del paciente
- Seguridad del Paciente
- Cultura de seguridad del paciente

#### **Módulo II**

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

#### **Módulo III**

- Factores que influyen en la cultura de seguridad del Pte.
- Modelo de gestión de seguridad del paciente.

#### **Módulo IV**

- Política institucional de Seguridad del Paciente.
- Promoción de la cultura de seguridad
- Calidad de Atención
- Lineamientos de política y estrategias.

#### **Módulo V**

- El papel del líder

- Trabajo en equipo
- Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente.

## 5.1 Introducción

La preocupación por la Seguridad del Paciente en los servicios sanitarios, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, adquiriendo el tema una dimensión mundial habiéndose incorporado a las agendas políticas y al debate público en los países del mundo.

Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales, han desarrollado iniciativas nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

La Universidad Técnica Del Norte impulsa una Política de Seguridad a través de la investigación “ Sobre La Cultura De Seguridad Del Paciente ” en el Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán teniendo como objetivo principal la prevención de situaciones que afecten al paciente, reduciendo y de ser posible eliminando la ocurrencia de Eventos adversos , ya que la seguridad es un componente clave de la calidad asistencial, adquiriendo una gran importancia tanto en los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados de los cuidados recibidos; como para los (as) profesionales de enfermería que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Estos Eventos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica y ética; la seguridad del paciente requiere un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño laboral; la gestión de la seguridad, incluyendo el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, los equipos de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Ya que el personal, hoy en día crea una cultura de culpabilidad, en la que se juzgan los errores personales, mismos que deben servir como una oportunidad para

mejorar, discutir, aprender de los ellos y, lograr el objetivo principal mencionado anteriormente.

## 5.2.- Justificación

Tradicionalmente los hospitales abordaban los temas de seguridad de una manera superficial y, en ocasiones incompleta. Los directores trataban la aparición de problemas y la búsqueda de soluciones a éstos, pero sin tener una buena asimilación y resolución de los mismos.

Actualmente los servicios de salud tienen la intención de prevenir y curar enfermedades, pero en muchas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios ocasionando infecciones, lesiones, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, mal administración de un medicamento o realizar una curación inadecuada.

Detrás de los accidentes ocurridos en la atención sanitaria existe sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además del gasto en los recursos económicos de los hospitalizaciones por la prolongada atención innecesaria, y la pérdida de credibilidad del sistema de salud.

La evidencia existente y las conclusiones de investigaciones anteriores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad, señalan que ésta es uno de los Rasgos críticos de sus logros en esta materia.

El propósito de este trabajo de investigación ,es entregar un instrumento teórico a través de la plataforma virtual de la Universidad Técnica Del Norte ,la cual ayude al personal de las instituciones de salud, a los estudiantes y de forma particular a los 114 enfermeras (os) del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán ,a manejar con responsabilidad la seguridad del paciente.

La utilización de esta herramienta en su labor diaria ayudará a establecer criterios que sean claves para el liderazgo de la seguridad hospitalaria, el reto consiste en que cada

unidad establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de la institución hospitalaria.

### 5.3.-Objetivos

#### 5.3.1.-Objetivo General

- Mejorar la seguridad de los pacientes proporcionada por el personal de enfermería a los pacientes atendidos en el Hospital Luis Gabriel Dávila en la ciudad del Tulcán y así mejorar la calidad de atención.

#### 5.3.2.- Objetivos Específicos:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de enfermería implicando el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad.
- Lograr que identifiquen e infirmar a tiempo cuales son los eventos adversos producidos en la unidad y discutirlos en las reuniones para que esto sea una fortaleza y no una debilidad.
- Ayudar en el trabajo en equipo con estrategias para mejorar la comunicación entre en personal y los directivos.

### 5.4. Metodología:

El desarrollo de la tecnología está influyendo en los diferentes ámbitos de la sociedad, esta es una herramienta clave para el desarrollo de nuestra propuesta, Atraves del curso virtual se puede interactuar entre sí de forma instantánea, en cualquier momento, desde cualquier lugar, ya que con ella se impulsó el curso virtual llamado Cultura De Seguridad Del Paciente Con el propósito de entregar una herramienta al Hospital Luis Gabriel Dávila De La Ciudad De Tulcán, y a los estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica Del Norte, la cual ayude al a mejorar la cultura de seguridad

del paciente tanto en el área hospitalaria como comunitaria. Este curso virtual consta de cinco módulos.

Con este se desea enseñar que la seguridad del paciente es una serie de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, así que como personal capacitado debe tener un pensamiento ético y crítico el cual nos ayude a realizar los procedimientos diarios sin cometer errores en nuestros pacientes, y si se lo hace no ser juzgado por ello al contrario esta deberá ser una llamada de alerta para todo el personal y juntos como equipo realizar estrategias para q ello no se repita.

## 5.5.- MODULO I

- Los siete pasos para la seguridad del paciente
- Seguridad del Paciente
- Cultura de seguridad del paciente

### LOS SIETE PASOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Para lograr una adecuada seguridad del paciente se propone ciertos pasos a seguir:

Paso 1.- Desarrollar una cultura de seguridad, crear una cultura que sea abierta y justa.

Paso 2.-Liderar y apoyar a su personal, establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización.

Paso 3.- Integrar su actividad en gestión del riesgo, desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.

Paso 4.- Promover la notificación, garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.

Paso 5.-Involucrar y comunicar con pacientes y público, desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.

Paso 6.-Aprender y compartir lecciones de seguridad, animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes.

Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño, introducir lecciones a través de cambios en

prácticas, procedimientos o sistemas.

(Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2007).

### 5.5.1 Seguridad del paciente.

La cultura de seguridad es una serie de compromisos que todo el personal enfermero comparten y asumen en temas como, interacción entre seres humanos, servicios, y entornos laborales en que el personal de enfermería se desenvuelve, que se expresan de muchas formas, a través de valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos, directivas y funcionamiento del servicio y de todo el hospital .

La cultura da un sentido de identidad y establece un vínculo esencial entre los miembros de un servicio y su misión, la cual es salvar vidas o lograr una mejora física de un paciente, siendo un factor determinante del éxito o fracaso, fortalece el compromiso con los objetivos trazados y aporta orientación para entender y reforzar los inconvenientes encontrados. (Lidison, 2013)

La misión de la cultura de seguridad del paciente nos dice “no causar daño” la cual se define mediante principios ético, habilidades y conocimientos adquiridos a través de nuestra formación profesional los cuales son aplicados a nuestra práctica diaria con los pacientes, es por este motivo que se crear una cultura de seguridad es decir hablar sobre el evento adverso producido en la unidad sin tener temor a represalias, ni destituciones de trabajo.

Al momento en que los residentes juntos debaten los problemas encontrados se creó un aprendizaje organizativo que no es más que un ciclo continuo de transmisión de información y realización de acciones para lograr nuestros objetivos en relación a la seguridad del paciente. El potencial con el que una organización cuenta para aprender se ve reforzado si:

- Se amplía el abanico de problemas y resultados esperados como, por ejemplo, la seguridad, la calidad y la mejora de los sistemas
- Existe una preocupación por el impacto de los problemas sobre una más amplia población, que incluya a pacientes, personal y familiares
- La organización está abierta a romper con prácticas ancladas en la costumbre y a adoptar una visión más amplia de las interdependencias entre individuos, equipos, tareas, sistemas y elementos culturales

### 5.5.2 Cultura de seguridad

La creación de una cultura de seguridad puede ser una tarea más fácil para los hospitales ya que cuenta con un objetivo de mejora continua en calidad y calidez de atención, teniendo en cuenta las debilidades y fortalezas analizar los procesos subyacentes que contribuyen a dichas deficiencias y a rediseñar estos procesos para eliminar las posibilidades de error, o al menos mitigarlas. Una herramienta eficaz:

1. Planificar
2. Hacer
3. Verificar
4. Actuar

1.-Planificar.- Se busca eventos adversos, contratiempos, fallas en la unidad las cuales fueran susceptibles de mejora y se establecen los objetivos de alcance. Para buscar posibles mejorías se pueden realizar grupos de trabajo en los diferentes servicios, escuchar las opiniones de todo el personal y buscar capacitaciones.

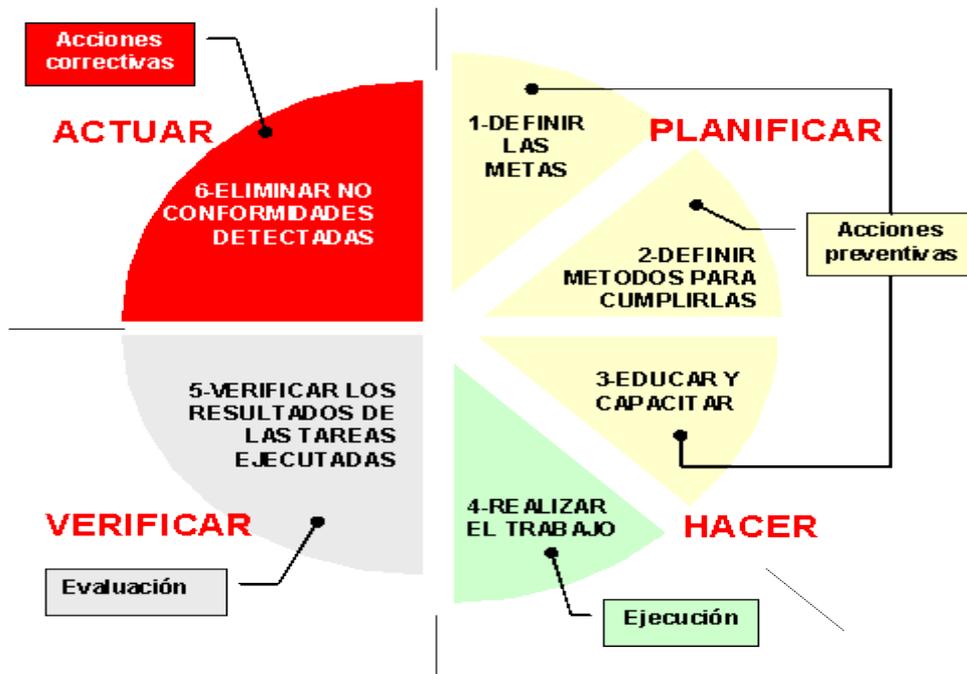
2.- Hacer.- Se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala.

3.- Se realizan los cambios para implantar la mejora propuesta. Generalmente conviene hacer una prueba piloto para probar el funcionamiento antes de realizar los cambios a gran escala.

4.- Por último, una vez finalizado el periodo de prueba se deben estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la

mejora. Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, y si no lo son habrá que decidir si realizar cambios para ajustar los resultados o si desecharla.

Gráfico 50. Cultura de seguridad



Fuente. (Merida de la Torre, 2012)

La seguridad es un asunto que debe convertirse en real y personal para los miembros del hospital, Los esfuerzos de seguridad deben importantes por los integrantes del trabajo o por los que comparten un sentido de la responsabilidad personal y profesional.

Las iniciativas de seguridad por parte del equipo de trabajo de la mano con los directivos del hospital nos influyen positivamente en los niveles de satisfacción con el mismo de este modo, se pueden conciliar los intereses personales y los de la organización. (Merida de la Torre, 2012)

## 5.6 MODULO II

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

#### 5.6.1 Evento adverso:

Se dice que un evento adverso es “!un daño causado por el manejo del personal médico o enfermero del hospital más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante esta o en el momento de la salida o en ambos”(INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDICINA, 2009).

Hoy en día existen “eventos reportables” los cuales incluyen aquellos que ocurren después del ingreso del hospital y que deben cubrir no solo a los pacientes, sino también a los empleados de la institución y a los visitantes como son los familiares estos no produjeron daño al paciente, pero habrían tenido la posibilidad de causar detrimento en su salud .

Así que se puede decir que un evento adverso es el resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema la cual proviene de la no utilización adecuada de los estándares del cuidado asistencial, también nos dice que existen dos tipos de eventos adversos que son:

Se puede distinguir dos tipos de eventos adversos:

- Eventos adversos graves (por ejemplo muerte o pérdida de función)
- Eventos adversos leve (por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia)
  - Evento adverso prevenible: un evento adverso atribuible a un error.
  - Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, acusado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- Evento centinela:

Evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda

- Error sanitario: no realizar una acción tal como se planeó, o utilizar un plan equivocado para alcanzar un objetivo.

Sabiendo estos conceptos se puede decir que existen errores que son prevenibles y no prevenibles por el momento se va a enfocar en los que se pueden prevenir siempre y cuando exista una sensibilización ante ellos solo con pasos y medidas que se debatieron en la mesa de trabajo, una de ellas pueden ser, normas y protocolos en los procedimientos realizados, técnicas correctas en lavado de manos, instrumentación, toma de medicamentos etc., esto nos dice que debatiendo en una mesa de trabajo es posible ayudar a las personas gradualmente y llegar a las metas que nos trazamos.

Ante los errores se produce en lugares con un elevado nivel de prevalencia. Cuantos más errores se producen en un entorno y en los procesos de trabajo, menor es la capacidad para detectarlos.(Merida de la Torre, 2012).

Las investigaciones revelan que por cada error detectado con medio estándar, como la notificación de errores, hay otros cincuenta que no se detectan. Entre las razones para que se produzca este fenómeno se encuentra la tradicional aceptación del alto nivel de variabilidad en la práctica médica. En la asistencia sanitaria, también se puede encontrar una cierta complacencia, que se explica por la idea de que el riesgo es algo consustancial a la complejidad del sistema de atención médica.(Implementación de un programa para el paciente, 2007).

Sólo se notifican el 5% de los eventos adversos que se produce

### 5.6.2 Causas:

- Factores humanos: ratio de profesionales pacientes, turnos, fatiga, formación.
- Factores del proceso: fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos del proceso.
- Equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- Factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo. •Gestión de la información: comunicación intra y extra equipo
- Liderazgo: Cultura de la organización con respecto a la seguridad
- Supervisión inadecuada

### 5.6.3 Sistema de registro y notificación.

El registro y notificación permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.

- Son una parte de la “cultura de seguridad “donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

Gráfico 51. Marco conceptual de los sistemas de notificación



Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ, Muto CA. Shared learning and drive to improve patient safety: lessons learned from the Pittsburg regional healthcare initiative. *Advances in Patient Safety*. Vol: 3. 2005

#### 5.6.4 Sistema de notificación.

- A. Aparición, registro y notificación del evento.
- B. Proceso de agresión y análisis.
  - b.1. Notificación (web/ e-mail).
  - b.2. Envío a especialistas.
  - b.3. Evaluación inicial.
  - b.4. Posibles alertas.
  - b.5. Agregación de resultados.
  - b.6. Codificación.
  - b.7. Control de calidad.
  - b.8. Introducción de datos.
  - b.9. Destrucción de originales.
- C. Resultado del proceso.
  - Alertas
  - Publicaciones
  - Estudios de investigación
  - Base de datos
  - Banco de lecciones aprendidas.

#### 5.6.5 Características de los sistemas

##### VOLUNTARIO

- Orientados hacia la mejora de la seguridad
- Se emplean en la notificación de los incidentes potenciales y de mayor gravedad.
- Tienen como objetivo la identificación de áreas vulnerables del sistema antes o después de que se produzca el daño.
- Permiten la identificación de causas • Contribuir a la formación de los profesionales con el análisis de los datos.

##### INVOLUNTARIO

- Más orientados hacia la responsabilidad
- Utilizados por organizaciones sanitarias para garantizar mínimos de protección a los ciudadanos.
- Los sistemas obligatorios de notificación se centran en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte.
- Pueden exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente.

#### 5.6.6 Sistema de registro y notificación.

No punitivo

- Confidencial
- Independiente
- Análisis por expertos
- Análisis a tiempo
- Orientación sistémica
- Capacidad de respuesta

#### 5.6.7 Barreras para la notificación

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- La falta de conocimiento de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente puede ser indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.
- La falta de “feedback” cuando se produce una notificación.(Bañeres & Donabedian, 2006)

### 5.7 MODULO III

- Factores que influyen en la cultura de seguridad del Pte.
- Modelo de gestión de seguridad del paciente

### 5.7.1 Factores que influyen en la seguridad:

Los factores influyentes en la seguridad del paciente se definen como una circunstancia, acción que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente que ha aumentado el riesgo y se produzca un incidente. Los factores contribuyentes pueden ser externos, o relacionados con un factor del personal, un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente, relacionados con el paciente lo cual contribuye a causar un incidente. (Marco Conceptual de la Seguridad del Paciente, 2009)

Las medidas de mejora son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente. Se aplican al paciente y a los servicios

Estas ayudan a reducir el riesgo estas ayudan evitar el riesgo y evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente, estas son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño asociado a un incidente

Pueden ir dirigidas al paciente, al personal, organización y al personal en general La detección, ayuda a evitar que este riesgo se complique y perjudique al paciente.

También existen otro tipo de factores que son:

- Factores del paciente: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso.
- 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 de comunicación: Aspectos relacionados con cualquier aspecto de la comunicación (oral, escrita o no verbal) que afecte a la realización de las tareas o al desempeño de las funciones.

- 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.

#### 5.7.2 Modelo de gestión de seguridad del paciente:

Para lograr una atención segura del paciente es necesario un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad.

Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un foco de intervención coherente con ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad.

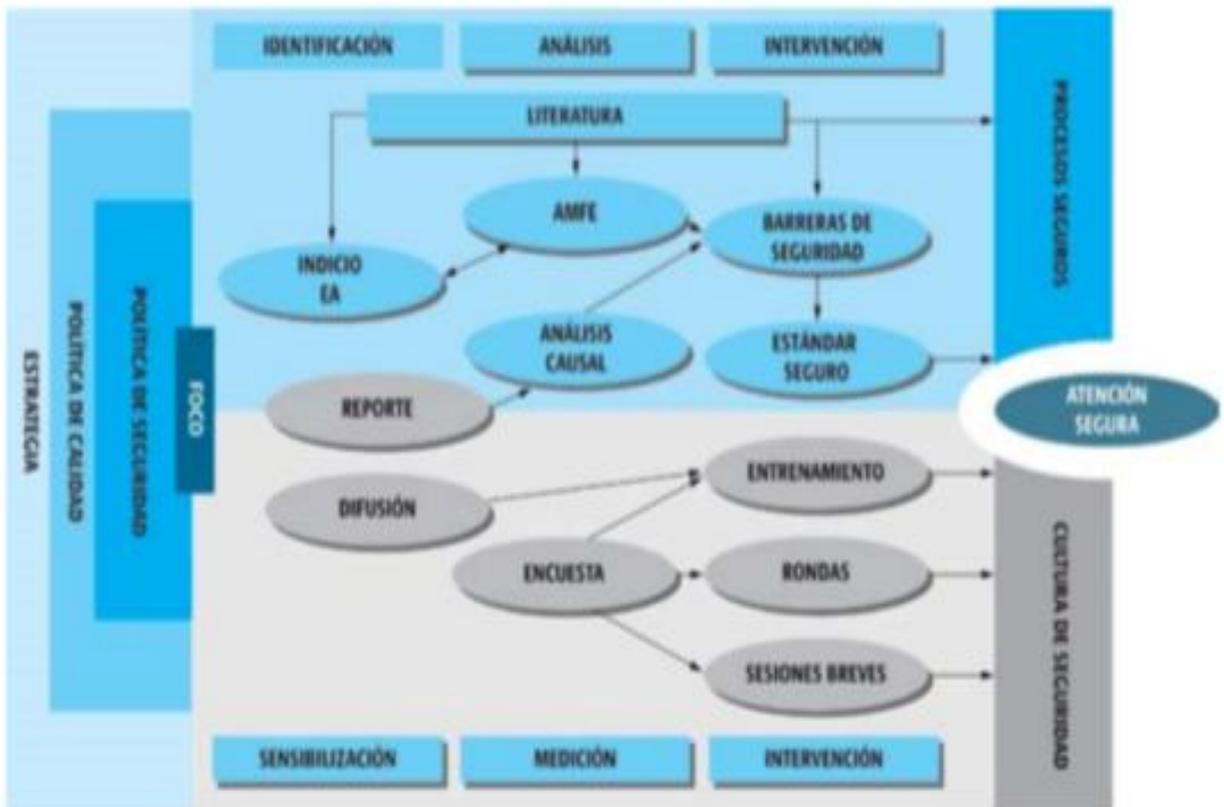
El Gráfico 52 ilustra el modelo descrito.

- El foco se define a partir de la plataforma estratégica y permea el resto de las estrategias y herramientas.
- Las herramientas duras en el ámbito de procesos están articuladas entre sí mediante una secuencia que busca finalmente el diseño de barreras de seguridad, que alimentan los estándares de atención, probadas en la institución.
- La literatura y la evidencia sustentan las diferentes acciones para identificar, analizar e intervenir eventos adversos.
- El sistema institucional de reporte es una herramienta útil, dirigida a incidir en la cultura organizacional.

La observación del modelo en su conjunto permite identificar e integrar los tres elementos que interactúan en toda organización para el logro de la calidad y, en este caso,

de la seguridad del paciente: la estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional. (Lenguas, 2008)

Gráfico 52. Modelo de seguridad del paciente



(Lenguas, 2008)

#### Módulo IV

- Política institucional de Seguridad del Paciente.
- Promoción de la cultura de seguridad
- Calidad de Atención
- Lineamientos de política y estrategias.

## **5.8 Política institucional de seguridad del paciente.**

Debe:

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

### 5.8.1 Promoción de cultura de seguridad.

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

### 5.8.2 Calidad de Atención

Es el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitados, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.

### 5.8.3 Lineamientos de política, estrategias.

#### **LINEAMIENTO 1: UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA**

##### **1.-FORTALECER LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN LA INSTITUCIÓN**

- ✓ Personal de salud de todos los establecimientos de salud, realiza eficientemente el lavado de manos.

✓ Programa de Educación Continua de Enfermería con eje temático sobre lavado de manos incorporado

✓ Población realiza el lavado de manos, durante su visita a los establecimientos de salud.

✓ Eventos adversos asociados a la ausencia de lavado de manos (infección hospitalaria, enfermedades infectocontagiosas), disminuidos.

✓ Establecimientos de salud cuentan con insumos necesarios para el adecuado lavado de manos. (Agua, jabón, servilletas, lavamanos).

5.8.4 Aplicar las técnicas de asepsia (médica y quirúrgica) en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud

✓ Personal profesional y técnico aplica en forma correcta los principios de asepsia, Durante la atención y cuidado directo del usuario (a).

✓ Programas de educación continua de enfermería eje temático sobre principios de asepsia (técnica aséptica médica y quirúrgica), incorporado.

✓ Programas de formación de profesionales del área de la salud, con eje temático sobre principios de asepsia, incorporado tanto en el currículum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por el establecimiento de salud.

5.8.5 Manejo adecuado de los desechos peligrosos

✓ Trabajadores de salud cumplen con la normativa institucional sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud

✓ Programa de educación continua de enfermería, con eje temático sobre el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud, incorporado.

✓ Programas de las carreras del área de salud con eje temático sobre manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud, incorporado tanto en el currículum como durante las prácticas que realizan los alumnos durante su rotación por establecimiento de salud.

5.8.6 Practicas de bioseguridad

✓ Personal de salud cumple con las medidas de bioseguridad

✓ Programa de Educación Continua de Enfermería con eje temático sobre normativa institucional de la Ley sobre Salud Ocupacional en establecimientos de salud, incorporado.

#### 5.8.7 Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

✓ Personal de salud realiza eficientemente acciones de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

✓ Hospital cuenta con Comité de Infecciones Hospitalarias.

✓ Personal de salud cumple con la normativa institucional sobre prevención y control de las infecciones hospitalarias.

✓ Programa de educación continua de enfermería con eje temático incorporado sobre prevención y control de infecciones hospitalarias.

✓ Población colabora en la prevención y control de las infecciones hospitalarias.

#### 5.8.8 Educación continua al usuario, familia y cuidadores

✓ Programas de educación dirigidos al usuario y familia, fortalecidos con temas de auto cuidado, derechos, deberes y consentimiento informado.

#### 5.8.9 Administración de los medicamentos en forma limpia y segura

✓ El hospital cumple con los lineamientos de seguridad en el proceso de producción, adquisición y distribución de los medicamentos y soluciones parenterales, velando por la calidad, existencia y continuidad de los medicamentos y soluciones.

✓ Personal del hospital cumple con los lineamientos de seguridad en el proceso de prescripción, revisión, preparación, despacho, transporte, cumplimiento y registro, y reporte de eventos adversos de la administración de los medicamentos.

✓ Programas de educación continua del hospital fortalecidos con procedimientos de administración limpia y segura de los medicamentos y soluciones parenterales.

5.8.10 Monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura al usuario

- ✓ El hospital cuenta con un sistema de monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a atención limpia y segura al usuario.
- ✓ Personal del hospital incentivado para crear y fortalecer una cultura de reporte de eventos adversos.
- ✓ Programas de educación dirigidos al usuario y familia, fortalecidos con temas de autocuidado, derechos, deberes y consentimiento informado.

5.9 Lineamiento 2: investigación y análisis de los eventos adversos.

1 SISTEMATIZAR LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS REFERIDOS A LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTAN EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN

- ✓ Personal capacitado para la investigación, análisis y el reporte de eventos adversos.
- ✓ Sistema de Indicadores de Eventos Adversos, que propician acciones correctivas.
- ✓ Proyectos permanentes de investigación y análisis de los eventos adversos en los establecimientos de salud.
- ✓ Sistema de reporte de eventos adversos funcionando en todos los establecimientos de salud.
- ✓ Establecimientos de salud reportan los eventos adversos

5.9.1 Monitoreo de la calidad de la información de los reportes de eventos adversos

- ✓ Reportes de eventos adversos, confiables y de calidad.
- ✓ Análisis sistemático de la información recopilada.
- ✓ Planes de mejoramiento continuo, basados en los reportes de eventos adversos.

5.9.2 Incorporación de criterios de calidad y seguridad del paciente incorporado en los compromisos de gestión.

✓ Compromisos de gestión con indicadores de calidad y de seguridad del paciente incorporados.

✓ Establecimientos de salud utilizan los indicadores para gestionar incentivos.

### **LINEAMIENTO 3: PRÁCTICAS DE SALUD BASADAS EN LA EVIDENCIA**

#### 5.9.3 Diseñar el modelo de gestión institucional de riesgos clínicos

✓ Análisis de situación del trabajo institucional realizado en materia de prácticas de atención basada en la evidencia.

✓ Normas, protocolos y guías clínicas están disponibles en todos los establecimientos de salud.

#### 5.9.4 Establecer el modelo de gestión de riesgos clínicos en todos los servicios de salud

✓ Análisis de situación de los riesgos del sistema de salud.

✓ El hospital cuenta con valoración y mapeo de riesgos de la práctica de atención, que permite priorizar las intervenciones.

✓ Planes de contingencia y mejora basados en el análisis de situación y la valoración de riesgos

### 5.10 Lineamiento 4: cirugía segura salva vidas

5.10.1 Evaluación integral del paciente previo a cada procedimiento quirúrgico, en caso de cirugía electiva y, de acuerdo a la condición nosológica de cada paciente en urgencia

- ✓ Procedimientos de valoración en consulta externa y hospitalización debidamente supervisados por médicos capacitados.
- ✓ Información completa y reportes de exámenes de laboratorio presentes en el expediente médico del paciente.
- ✓ Pacientes admitidos a sala, debidamente identificados.
- ✓ Consentimiento informado realizado y explicado por el médico tratante y armado por el paciente.
- ✓ Evaluación pre anestésica, realizada a todo paciente que va a ser sometido a algún procedimiento quirúrgico.
- ✓ Pacientes debidamente preparados por enfermería antes de ser llevados a sala.
- ✓ Pacientes con cuidado post operatorio pertinente.

#### 5.10.2 Garantizar los estándares de seguridad establecidos para realizar procedimientos quirúrgicos

- ✓ Equipo e instrumental quirúrgico y sala de operaciones, en condiciones óptimas para realizar la cirugía.
- ✓ Sala de operaciones, con personal idóneo y la protección necesaria y adecuada para la cirugía.
- ✓ Técnicas de asepsia medico quirúrgicas, se cumplen en todas las salas de operaciones antes de la cirugía.
- ✓ Eventos adversos, detectados antes de que ocurran y efectos del error clínico minimizados.

#### 5.10.3 Garantizar que los eventos adversos presentados en la sala de operación y recuperación se registren en forma efectiva

- ✓ Instrumento para el registro de los eventos adversos, elaborado.
- ✓ Eventos adversos e incidentes que se presenten en sala de operaciones y recuperación, registrados y reportados.
- ✓ Insumos e instrumental quirúrgico; utilizados, registrados y controlados

5.10.4 Garantizar adecuada atención del paciente postquirúrgico, tanto en sala de recuperación como en salón de Hospital

- ✓ Paciente en sala de recuperación, atendido por personal idóneo en número y experiencia.
- ✓ Paciente en recuperación, con adecuadas medidas de confort y seguridad.
- ✓ Equipos de monitoreo de pacientes, adecuados en número y funcionando.
- ✓ Camillas para recuperación de pacientes, adecuadas en cantidad y calidad.
- ✓ Pacientes enviados a salón, con atención y monitoreo requerido.
- ✓ Pacientes egresados de salas de recuperación bajo normas de seguridad establecidas.
- ✓ Procedimientos de egreso hospitalarios, realizados en forma completa y con la adecuada información al paciente y sus familiares.

## 5.11 Lineamiento 5: laboratorio y bancos de sangre seguros

5.11.1 Garantizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente

- ✓ Recurso humano, suficiente y capacitado en los avances de la ciencia médica en general y particularmente del laboratorio clínico.
- ✓ Infraestructura adecuada para la atención del paciente.
- ✓ Sistema de información confiable que garantice la seguridad de la información, confidencialidad y accesibilidad.
- ✓ Tecnología e insumos apropiados.

5.11.2 Garantizar la seguridad del donante, receptor y la calidad de los hemoderivados

- ✓ Recurso humano suficiente y capacitado en los avances de la ciencia médica en general y particularmente Del Banco de Sangre.
- ✓ Infraestructura adecuada para el receptor, donante, diagnóstico, almacenamiento y producción, aféresis.

✓ Sistema de información contable que garantice: seguridad de información, confidencialidad y accesibilidad.

✓ Tecnología e insumos apropiados.(Seguro Social Costarricense, 2007)

## **Modulo V**

- EL PAPEL DEL LÍDER
- TRABAJO EN EQUIPO
- HORAS LABORABLES POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

### 5.12 El papel del líder

PASO 1: Fomentar una cultura abierta y justa:

- Realizar encuesta de seguridad del paciente
- Asegurar el uso de herramientas de gestores y organizaciones que trabajan con el personal involucrado en eventos adversos

PASO 2: Liderazgo de su equipo

- Designar responsable ejecutivo de seguridad del paciente dentro de la dirección de la organización.
- Designar responsable operacional y responsables seguridad del paciente en cada área.
- Mantener contactos directos.
- Reuniones de seguimiento.
- Incorporar seguridad del paciente a la formación del personal nuevo y del actual.

PASO 3: Integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización

- Desarrollar indicadores (n.º errores medicación, transfusión), objetivos, seguimiento e implementación de planes de mejora.

PASO 4: Promover la comunicación de eventos adversos

- Ligar el sistema local de la organización con el sistema global.

- Generar informes de seguridad del paciente para el personal y la dirección.

#### PASO 5: Involucrar y comunicar a pacientes y familiares

- Obtener de la dirección su claro respaldo a la política de apertura a pacientes / familiares tras eventos adversos.

#### PASO 6: Aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los eventos adversos

- Formación básica en análisis de causa raíz (ACR) a todo el personal, y avanzada a responsables de seguridad del paciente.
- Revisar y participar de al menos un ACR al año.

#### PASO 7: Implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema

- Revisar las prácticas vigentes en relación a las alertas de seguridad del paciente que se reciben.
- Mantener contacto con otras organizaciones y líderes que hayan implementado soluciones.

### 5.12.1 Trabajo en equipo

Todas las personas que trabajan en el área de la atención en salud, deben trabajar en equipo. Médicos, enfermeras, químicos farmacéuticos, bacteriólogas, técnicos y otros profesionales de la salud, deben coordinar sus actividades para que sea prioridad una atención segura y eficiente al paciente.

El trabajo en equipo juegue un papel importante para garantizar la seguridad del paciente y evitar errores.

Los equipos cometen menos errores que los individuos, sobre todo cuando cada miembro del equipo conoce tanto sus responsabilidades así como las de los otros miembros de su equipo. Sin embargo, la simple instalación de una estructura de equipo no garantiza automáticamente que se va a trabajar de manera eficaz.

El trabajo en equipo no es una consecuencia automática de la colocación de la gente en la misma habitación, sino que depende de la voluntad de cooperar para alcanzar metas comunes. En la atención en salud, las metas comunes pueden ser tan sencillas como mantener el estado de salud de un paciente y evitar cometer errores.

Características del trabajo en equipo.

- Mantenimiento de la estructura y el clima del equipo: Liderazgo
- Habilidades para resolver problemas: Conciencia del problema, definición y recolección de datos
- Ejecución de planes y gestión de la carga de trabajo: Dirección y gestión o Organización y desarrollo del talento humano.
- Habilidades de comunicación: o Términos que identifican a la comunicación o Elementos de la comunicación o Barreras en la comunicación.
- Habilidades para el mejoramiento del equipo: Método de resolución de problemas
- Conocimiento de los componentes del trabajo en equipo.(Ruano & M, Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis de Otavalo- Provincia Imbabura, 2014).

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

El personal de enfermería debe 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, el personal de enfermería al tener contacto permanente con los enfermos están sometidos a una recarga traumática derivado del sufrimiento humano y la muerte.

Cuando la carga laboral aumenta para enfermería, es decir cuando la relación enfermera – paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal de salud, puede aumentar la probabilidad de ocurrir un error, disminuir el nivel de calidad de atención de los cuidados prestados en los diferentes servicios de atención de salud.

El número de personal enfermero vs. El número de paciente afecta directamente la calidad de cuidados, a esto se suma el grado de responsabilidad que el profesional de enfermería tiene que estar a la cabeza del servicio y a cargo de un número de pacientes no proporcional a sus capacidades de cuidado.

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano, en 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 presta al paciente.(Ruano & M, 2014)

### 5.13 Autoevaluación

Seleccione la respuesta correcta:

**1. La cultura de seguridad posee herramientas eficaces como son:**

5. Planificar
6. Hacer
7. Verificar
8. Actuar
9. Todas las anteriores
10. Ninguna de las anteriores.

**2. Evento adverso no prevenible es el resultado no deseado, acusado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.**

a. Verdadero

b. Falso.

**3. Un evento adverso es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de la atención sanitaria:**

a. Verdadero

- b. Falso.
4. **¿Cuáles de los siguientes factores facilitan la aparición de errores por omisión o por comisión?:**
- a. Recurrir a la memoria
  - b. Procedimientos de trabajo no normalizados
  - c. Sobrecarga de trabajo
  - d. Todos los anteriores.
5. **El daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida se denomina:**
- a. Negligencia
  - b. Mala praxis
  - c. Incidente relacionado con la seguridad del paciente
  - d. Evento adverso
6. **La observación del modelo de gestión de seguridad del paciente en su conjunto permite identificar los tres elementos:**
- a. La estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional.
  - b. Identificación, análisis, intervención.
  - c. Estrategia, política de calidad, política de seguridad.
7. **La calidad de atención es el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica , destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.**
- a. Verdadero
  - b. Falso.
8. **UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA es cuando :**
- a. Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución.
  - b. Aplicar las técnicas de asepsia en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud
  - c. Practicas de bioseguridad
  - d. Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

- e. Todas las anteriores.
  - f. Ninguna de las anteriores.
- 9. El papel de una líder es fomentar una cultura cerrada, liderazgo de su equipo, integrar la gestión de riesgos, promover la comunicación de eventos adversos, involucrar, omitir comunicar a pacientes y familiares, aprender de eventos adversos.**
- a. Verdadero
  - b. Falso.
- 10. Señale la respuesta que no corresponda a las características del trabajo en equipo.**
- a. Mantiene la estructura y el clima del equipo
  - b. Habilidades para resolver problemas
  - c. Revisa las prácticas vigentes en relación a las alertas de seguridad del paciente que se reciben.**
  - e. Habilidades de comunicación
  - d. Todas las anteriores
  - e. Ninguna de las anteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la República del Ecuador. (13 de Julio de 2011). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, TÍTULO VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, capítulo primer. Sección segunda . Salud. *Constitucion del Ecuador*. Quito, Pichincha, Ecuador.
2. Esperato , A., Klavano, D., & Vázquez, C. (2012). Red De Pacientes Por La Seguridad. *Digital Universitaria*, 3.
3. Fernández S., P. (2001). Tipos de estudios clínico epidemiológicos. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.*, 1 - 9.
4. Ministerio de Protección Social. (Diciembre de 2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Fundación FITEC.
5. 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 Bogota Colombia. *Ciencia y enfermería*, 98-99.
6. Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.*, 3-4.
7. Uribe Zúñiga, D. (2005). Modelo de atencion de enfermeria obstetrica. *Salud*, 14.
8. (OPS), O. P. (Septiembre de 2004). Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud. *Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud*. Minga consultora S.A.
9. 59° Asamblea Médica Mundial. (Octubre de 2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Principios éticos para la investigación médica en seres Humanos*. Seúl, Seúl, Corea.
10. Ablabedo, J., & Díaz, J. (Noviembre de 2010). Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. *Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería*. Asturias, Asturias, España: Eujoa Artes gráficas.
11. Administración, HLGD. (Octubre de 2014). Historia del hospital I Luis Gabriel Dávila. Tulcán, Carchi, Ecuador.

12. Agra, T. (DICIEMBRE de 2006). La seguridad del paciente: una estrategia del sistema nacional de salud. *Scielo*, 29(3).
13. Aguerrebere, P. M. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *R. C. Y S. Revista de Comunicacion En Salud* , 34 .
14. Alarcón, C., & Ortiz, A. (03 de Diciembre de 2010). Análisis de la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado*. San Ramón, San Ramón, España: Esperanza 2150.
15. Aranas, J., & Loza, M. (2012). SEGURIDAD DEL PACIENTE. *SCIELO*, 25.
16. Arechabala, M., & Valenzuela, J. (2012). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *SENERDIALT*, 27 - 29.
17. Asamblea Nacional Del Ecuador. (2006). *Ley Organica De Salud*. Quito.
18. Asstolfo, F. (2006). *FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD AL PACIENTE PARA DISMINUIR ERRORES MEDICOS*. CALI: ARTES GRAFICAS DEL VALLE LTDA.
19. Astier Peña, M. P. (16 de 05 de 2013). *Blog de seguridad del paciente en atención primaria*. España: sano y salvo.
20. Astolfo León, F. (2006). *FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD AL PACIENTE PARA DISMINUIR ERRORES MEDICOS*. CALI: ARTES GRAFICAS DEL VALLE LTDA.
21. Bañeres, J., & Donabedian, F. A. (11 de Mayo de 2006). Los sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos . *Los sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos* . Madrid, Madrid, España.
22. Barba, a. R. (2013). POLITICA DE COMUNICACIÓN INTERNA. *Scielo*, 14.
23. Barrera Becerra, c., del Rio Urenda, s., Dotor Gracia, m., Santana Lopez, V., & Suarez Aleman, G. (2011-2014). estrategia para la seguridad del paciente. *CONSEJERIA DE SALUD*, 68.
24. Bautista, M., & Guitart, A. (S/F). *ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?* Cali: la Caixa.
25. Benavides, Y., & Quiñonez, K. (2014). Percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Delfina Torres de Concha. *Trabajo colaborativo de la unidad*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.

26. Bernal, D. M. (2009). SALUD Secretaria de Salud . *Scielo Dirección General de Calidad y Educación en Salud*, 39.
27. Bernardo, & Calderon. (2000).
28. Borrell-Carrió F, P. C. (2010). Error médico y eventos adversos. *Scielo* , 28.
29. Buoso, D. B. (2011). gestion y riesgos para la seguridad del paciente . *CHUAC*, 31-45.
30. Ca, L. R. (2006). La seguridad del paciente. *Cubana de enfermería*, 22.
31. Calderon, B. (2000).
32. Camargo , T., & Queiroz, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*, 336-336.
33. Campo, L. (Noviembre de 2012). "Estrés laboral en el personal de Enfermería de alto riesgo ". *TESIS*. Cuyo, Pasto, Colombia: Mendoza.
34. Cano Vindel, A. (2011). Ansiedad y estres. *BENIGDER*, 15- 16.
35. Cantillo Villareal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. *Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*, 113 -114.
36. Código Orgánico Integral Penal. (10 de FEBRERO de 2014). Código Orgánico Integral Penal. *REGISTRO OFICIAL N° 180 , CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR.
37. *Comportamiento Humano en el Trabajo en enfermería*. (2013). barcelona: 2da. Edición. BL Consultores.
38. Consejo de organizaciones Internacionales de ciencias médicas (CIOMS). (2002). Pautas éticas Internacionales para la investigación Biomédica en seres humanos. *Pautas éticas Internacionales para la investigación Biomédica en seres humanos*. Ginebra, Ginebra, España.
39. *Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud*. (2008). Quito, Pichincha.
40. *Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud*. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
41. Cucolo DF, Perroca MG. (18 de Abril de 2010). Reestructuraación del cuadro de personal de enfermería y su impacto sobre las horas de asistencia. *Reestructuraación del cuadro de personal de enfermería y su impacto sobre las horas de asistencia*. Jose Río Preto, Jose Río Preto, Brasil: Rev.Latino-Am. .

42. Dr. Beates, D. (2012). *IBEAS RED EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AMERICA LATINA*. VENEZUELA: RESEARCH.
43. Dra Rueda, S. C. (2008). Conceptos basicos de investigacion. *carolina academia*, 4.
44. Dra. Omayda Urbina. (2011). Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. *Revista Cubana de Enfermería 2011:27(3) 239-247*, 239 -241.
45. Duerte, L. C. (2010). La organización de los servicios hospitalarios de enfermería en Cuba. Una nueva alternativ . *Scielo* , 87.
46. Ecuador, A. n. (2013). Proyecto de Codigo Orgánico Integral Penal. *asamblea nacional*, 167.
47. Ecuador, C. d. (2006). *Ley Organica del Ecuador*. QUITO.
48. Enfermeria actual en costarrica. (12 de marzo de 2012). *Revista electronica enfermeria en Costarrica*. Obtenido de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/3659/3563>
49. Enríquez, A., & Sánchez, M. (14 de Octubre de 2014). Conocimientos, Percepción y actitudes sobre seguridad del paciente en internos rotativos de enfermería de la Universidaad Técnica del Norte Provincia Imbabura período 2013- 2014. *Conocimientos, Percepción y actitudes sobre seguridad del paciente en internos rotativos de enfermería de la Universidaad Técnica del Norte Provincia Imbabura período 2013- 2014*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
50. *Estrés en las enfermeras y área quirúrgica del hospital José A. Vargas*. (2009). españa: Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.
51. Estrés laboral. (2009). . *Alcmeon*, 19.
52. Farinango, M., & Yacelga, K. (2014). Percepción del personal de enfermería sobre la culrura de la seguridad del paciente en el Hospital estatal de Baeza - Provincia del Napo 2013-1014 . *Trabajo en Equipo*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
53. Fernández Collado, C. (2005). Metodologia. *InternacionalDe Mexico, S.A. de C.V.*, 20- 88.
54. Fernando Lolas Stepke, M. P. (2002). PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES. *Programa Regional de Bioética OPS/OMS*, 9-10.
55. Fota, R. (2009). Comunicacion en enfermeria. En c. e. personal, *comunicacion efectica : el canal hacia la satisfaccion pesonal* (pág. 23). mexico: Limpo. Obtenido de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008\\_10.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10.pdf)

56. Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *Salud Publica*, 10.
57. Gaitán, D., & et al, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *SALUD PUBLICA*, 10.
58. 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*.
59. Ginocchio, L. (2008). *Negligencia médica*. Lima: Bioresonancia Magnetica.
60. Gómez, O., Arenas, W., & González, L. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *SCIELO*, 14.
61. Gonzales Vallejo, J. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomia ocupacional.
62. González. (2011).
63. González, J. L. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomia ocupacional.
64. González, O. G. (2012). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *SCIELO* , 32.
65. Hospital Padre Hurtado. (2010). Analisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente. *Gerencia de Calidad*, 3.
66. Hospital, S. D. (07 de 09 de 2013). [www.hsyp.gob.ec](http://www.hsyp.gob.ec). Recuperado el 14 de 09 de 2013, de [www.hsyp.gob.ec](http://www.hsyp.gob.ec): [www.hsyp.gob.ec](http://www.hsyp.gob.ec)
67. Huenumilla, F. (2009). LA CONFIABILIDAD EN EL LÍDER: UN ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS JEFES DE UN HOSPITAL. *SCIELO*, 2.
68. Ibarra, M. (Junio de 2012). Protocolo de trabajo por enfermería. *Hospital regional de alta especialidad de Oxaca, sub dirección de enfermería, calidad de investigación en enfermería* . Oxaca, Oxaca.
69. *Implementación de un programa para el paciente*. (2007). BUENOS AIRES: PRINTED.
70. INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDICINA. (2009). *SYREC*, 85.

71. Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO*. MEXICO D.F.: PANAMERICANA.
72. J. Pérez Lázaro, C. G. (2011). Seguridad del paciente . *Scielo*, 84.
73. JC March Cerdá, M. P. (2010). AUDITORÍAS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN HOSPITALES PÚBLICOS ANDALUCES. *Gaceta* , 42.
74. Junta de Beneficiencia de Guayaquil. (26 de 03 de 2012). Obtenido de <http://juntadebeneficiencia.org.ec/es/prensa/1897-xv-congreso-medico-internacional-hrg>
75. Juran, o. (2001-2013). *Manual de calidad*. Chile.
76. Leape, B. (2002). OMS.
77. Lenguas, S. (02 de Mayo de 2008). Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. *Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Vía Salud.
78. León Román, C. (SEPTIEMBRE de 2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA RESPONSABILIDAD EN EL ACTO DEL CUIDADO. *CUBANA ENFERMERIA*, 22(3).
79. Leon Roman, C. A. (SEPTIEMBRE de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermeria*, 22(3).
80. León, C. (2009). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*, 3- 4- 5.
81. Leonel, A., & J, P. (19 de Marzo de 2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Errores de enfermería en la atención hospitalaria*. México.
82. Ley Orgánica de Salud. (22 de 12 de 2006). *LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR.
83. Lidison, E. (2013). *MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES: DE LAS IDEAS A LA ACCIÓN*. COLOMBIA: EDIDPRO.
84. López Montesinos, M. (2009). Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos . *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos*. Murcia, Murcia, España.

85. Lorda, P. (2013). Ética y seguridad de los paciente. *Ética y seguridad de los paciente*. Granada, Andalucía, España.
86. Mahajan. (2010).
87. Mainetti, J. (1989). Ética médica. *CÓDIGO DE NÚREMBERG Tribunal Internacional de Núremberg, 1947*. La Plata, La Plata, Argentina: Quirón.
88. Mangal, L. M. (2011). El Ambiente del entorno de trabajo en un hospital universitario: Percepción de las enfermeras. *Dialnet*, 161- 169.
89. Manzur, G., & Morales, R. (20011). Equipo de salud :Comunicación y conflictos. *Equipo de salud :Comunicación y conflictos*.
90. *Marco Conceptual de la Seguridad del Paciente* .(2009). Washington, DC: Eindhoven University of Technology.
91. Marco conceptual de la seguridad del paciente. (2014). *PATIENT SAFETY*, 10.
92. Marriner-Tomey. (2009). *Modelos y teorías en enfermería*. Edición. Mosby: Edición. Mosby.
93. Melendi, D. L. (2009). Vigilancia en salud. *Scielo Univercidad Chiles* , 95.
94. Melo, M. B. (2012). Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Rev:Latino-Am. Enfermagem*, 26- 28.
95. Merida de la Torre, F. (2012). *Fundamentos de la seguridad al paciente*. PANAMA: PANAMERICANA.
96. Merino Plaza, M. J. (2012). *LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN RETO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA*. ESPAÑA: RC LIBROS.
97. Ministerio de la Sanidad y Política Social. (2010). Análisis de la cultura de la Seguridad Del Paciente. *SOLITH*, 54.
98. Ministerio de Protección Social. (21 de 03 de 2012). *PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Obtenido de MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/cultura.html>
99. Ministerio de Protección Social. (2014). *SCIELO*, 25.
100. Ministerio de Salud del Perú. (s.f.). *OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/index.asp?pg=6>
101. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *ESTANDARES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DEL SNS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.

102. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (Agosto de 2007). Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. *Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria*. Madrid, Madrid, España: National patient safety agency.
103. Mosqueda, A., & Mendoza, S. (06 de Mayo de 2014). Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud*. Brazil: Reflexao.
104. Mosquera, D. M. (2011). *Relación de la Bioética y el Derecho*. quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioetica.
105. Msc. Leon Roman, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermeria*.
106. Ocampo, J. (2011). PROYECTO DE DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES DE CATALUÑA, BASADO EN EFQM, PARA LAS ÁREAS QUIRÚRGICAS, DE URGENCIAS, UCI Y HOSPITALIZACIÓN. *AVEDIS DONABEDIAN*, 45.
107. Organización Mundial de la Salud. (2011). IBEAS : red pionera en la seguridad del paciente en latino america. En D. D. Bates, *Seguridad del paciente* (págs. 1 - 2). Costarrica: RESEARCH.
108. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/patientsafety/es/>
109. Organizacion Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.
110. Organizacion Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.
111. Organización Mundial de la Salud. (2008). *LA INVESTIGACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE*. FRANCIA.
112. Organizacion Mundial DE La Salud. (2009). *Estudios e investigacion 2009*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
113. Organización Mundial de la Salud. (11 de ABRIL de 2012). Obtenido de <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>.
114. Paez Armenteros, J. (2010). La seguridad del paciente: una estrategia para los. *Sociedad Cubana de Enfermería*.

115. Para, D., Camargo, F., & Gomez, R. (2012). Administracion – Gestion - Calidad. *Enfermeria Global*, 3-2.
116. Pelaez, J. L. (2005). *Manual de etica medica*. Reino Unido.
117. Polit, D. C. (2014). Agencia Europea para la Seguridad y Trabajo en la salud . *SALORDIA* , 21.
118. Roa M; Dirección general de calidad y servicios ministerio de la protección social. (Noviembre de 2008). Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente . *Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente* . Bogotá , Bogotá, Colombia: Buenos y creativos .
119. Robalino, B. (2011). Ética profesional. *Editorial Jus, S.A.*, 76.
120. Rodriguez 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.
121. Rodriguez Espinel, J. (2011). *Analisis De Politica Publica*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogota: Universidad De Colombia.
122. Rodriguez Espinel, M. F. (2011- 2016). Plan estrategico de seguridad del paciente. *Servicio De Extremeño*, 11.
123. Ruano, L., & M, R. (2014). Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis de Otavalo- Provincia Imbabura. *Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis de Otavalo*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
124. Ruano, L., & Ruano, M. (19 de Septiembre de 2014). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo. *Percepción del personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo*, 38, 39. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
125. S., D. H. (2010). CR GESTION DEL CUIDADO. *Higgins*, 5.
126. Salud, O. M. (2009). *Estudios e investigacion 2009*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
127. Santos M C, B. A. (2010). Enfermería Global. *Scielo*, 359.
128. Secretaria Nacional De Planificacion y Desarrollo. (18 de 03 de 2014). *El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador*. Obtenido de El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>

129. Segoviano, M. R. (2005). *La seguridad del paciente en siete pasos*. Reino Unido: Ministerio de Sanidad y Consumo.
130. Seguridad de los Pacientes. (2013). *AVEDIS DONAVEDIAN*, 28.
131. Seguridad del Paciente. (2009). *TOLQUIT*, 54.
132. *Seguridad del paciente hospitalizado*. (2008). MEXICO: MEDICA PANAMERICANA.
133. Seguro Social Costarricense. (28 de Febrero de 2007). Taller de formulación de Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente. *Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente*. San José, San José, Costa Rica.
134. Senplades. (2013). Planificación y desarrollo. *secretaría nacional de planificación y desarrollo*, 5.
135. *Sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos*. (11 de abril de 2011). Obtenido de Intendencia Profesional en Salud : [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_recurso_1.pdf)
136. Siurana, J. (28 de Enero de 2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*, N°22(ISSN 0717-4675). Valencia, Andalucía, España: Veritas.
137. Solart, K., & Gavilánez, Y. (2011). NORMA Y PROTOCOLO PREVISION, REGISTRO, GESTION. En I. R. OJEDA, *NORMA Y PROTOCOLO PREVISION, REGISTRO, GESTION* (pág. 5). Puyo: EPID.
138. Steps(NPSA), S. (Noviembre de 2005). La seguridad del paciente en siete pasos. *La seguridad del paciente en siete pasos*. Reino Unido, Inglaterra: Ministerio de sanidad y consumo secretaría general técnica de publicaciones, paseo del prado , 18 -20014 Madrid.
139. Tomas, D. (2010). Eventos adversos ligados a la asistencia. *Evadur*, 415-416.
140. *tribunal Nacional Etico De enfermería* . (2012). Colombia Bogota : Rodal.
141. Vázquez, E., Esperato, A., & Klavano, D. (2012). RED DE PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *DIGITAL UNIVERSITARIA*, 3.
142. Vorvick, L. J. (1997-2013). *Salud para ustedes*. Washington: Medline Plus.
143. [www.healthpromotion2013.org](http://www.healthpromotion2013.org). (2013). Obtenido de [http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP\\_Helsinki\\_Statement.pdf](http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf) La 8

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

## ANEXO 1

### Taxonomías de la cultura de seguridad del paciente

**Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.

**Accidente:** Proximidad de un daño, en el contexto de la prevención de riesgos debemos entenderlo como la probabilidad de que ante un determinado peligro se produzca un cierto daño, pudiendo por ello daño a cuantificarse.

**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:** 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.

**Casi evento adverso:** Se trata de situaciones en las cuales la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión; pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta un daño en el paciente.

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

**Contexto clínico:** Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura.

**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.

**Complicación clínica:** Una complicación, en medicina, es una enfermedad secundaria o una reacción que ocurre durante el curso de una enfermedad, usualmente agravándola.

**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):** Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

**Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

**Evento adverso evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

**Error:** uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada.

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

**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 efecto en momentos determinados incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades. Etc.

**Error consistente:** Los errores conscientes implican la voluntad de la persona en el error. Normalmente se asocian a exceso de confianza.

**Error inconsciente:** En los errores inconscientes, la persona no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona. Se asocian con frecuencia al cansancio de las personas o sobrecargas de trabajo.

**Error de planeación o ejecución:** La ejecución de un proceso de atención en salud, se trata de un proceso de planeación diseñado correctamente, pero en la ejecución por parte del equipo de salud se realiza una actividad no prevista en el proceso o se pretermite una actividad prevista, conducente a un evento adverso.

**Error por acción o por omisión:** Resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”. Ambos tipos están relacionados con un referente: “el deber ser de la atención”.

**Factor contributivo:** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.

**Fallas activas y fallas latentes:** Las fallas activas son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso, mientras las fallas latentes se encuentran en los procesos o en los sistemas.

**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.

**Negligencia:** se define como la privación de las necesidades biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, morales, éticas, de valores y espirituales del niño cuando se les pueden brindar.

**No intencionalidad:** Implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño

**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:** es el arte de precisar el foco de intervención, y el sobre diagnóstico nos lleva a perderlo

**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.

**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 de eventos adversos:** Se define como un 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.

**Implicaciones para enfermería:** Todo aquello (políticas planes, programas, normas, estándares, requisitos) que en si 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, funcionales, actividades o tareas que desarrolla el profesional de enfermería en un área específica de actuación o desempeño.

## ANEXO 2

Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente

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

La encuesta tiene como propósito recogerla 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.

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

**Recuerde que:**

“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.

**¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en esta institución?**

Emergencia		Traumatología	
Quirófano		Pediatría	
Ginecología		Cirugía	
Centro obstétrico		Medicina interna	

**Sección A :** Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

<b>Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. El personal de salud se apoya mutuamente en esta unidad.					
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.					

<p>6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.</p>					
<p>7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.</p>					
<p>8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.</p>					
<p>9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.</p>					
<p>10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.</p>					
<p>11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.</p>					

12. Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18. Nuestros procedimientos y					

sistemas son efectivos para la prevención de errores.					
---	--	--	--	--	--

**Sección B: Su Jefe/Supervisor**

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que usted depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
3. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior /jefe quiere que trabajemos más rápido,					

aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					

### Sección C: Comunicación

¿Con qué frecuencia se plantean las siguientes cuestiones en su servicio/unidad/área de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre un cuadro.

<b>Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría del tiempo</b>	<b>Siempre</b>
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
3. Se nos informa 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 cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.					
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					

#### Sección D: Frecuencia de Sucesos Notificados

En su servicio/unidad/área de trabajo, ¿con qué frecuencia son notificados, cuando ocurren los siguientes errores?, Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

<b>Piense en su servicio/ unidad/ área de trabajo....</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría del tiempo</b>	<b>Siempre</b>
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Con qué frecuencia es notificado?					

2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿Con qué frecuencia es notificado?					
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿Con qué frecuencia se notifica?					

**PARTE E:**

<b>Piense en su unidad /área de trabajo</b>	Nunca.	Rara vez.	Alg unas	La mayo	Siempre.
	1	2	3	4	5
1. ¿Cuándo se comete un error por descubrirlo y corregirlo 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 pudiera dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?					

**PARTE F:**

**Marque UNAX SOLA OPCIÓN.**

<b>1</b>	Excelente	
<b>2</b>	Muybueno	
<b>3</b>	Acceptable	
<b>4</b>	Pobre	
<b>5</b>	Malo	

**PARTE G:**

<b>1</b>	Ningún reporte	
<b>2</b>	De 1 a 2 reportes	
<b>3</b>	De 3 a 5 reportes	
<b>4</b>	De 6 a 10 reportes	
<b>5</b>	De 11 a 20 reportes	
<b>6</b>	21 reportes o más	

**PARTE H:**

**Antecedentes**

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

<b>1</b>	Menos de 1 año	
<b>2</b>	De 1 a 5 años	
<b>3</b>	De 6 a 10 años	
<b>4</b>	De 11 a 15 años	
<b>5</b>	De 16 a 20 años	
<b>6</b>	De 21 años o más	

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

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

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

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

**4. ¿Qué tipo de contrato tiene?**

**Marque UNASOLA OPCIÓN.**

<b>1</b>	Personal de planta	
<b>2</b>	Personal cooperado	
<b>3</b>	Contrato ocasional	

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

**Marque UNASOLA OPCIÓN.**

<b>1</b>	Si	
<b>2</b>	No	

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

<b>1</b>	Menos de 1 año	
<b>2</b>	De 1 a 5 años	

<b>3</b>	De 6 a 10 años	
<b>4</b>	De 11 a 15 años	
<b>5</b>	De 16 a 20 años	
<b>6</b>	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 COLABORACIÓN**