



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

MODALIDAD: TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Proyecto de investigación

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

**TEMA:**

**“CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL  
GENERAL DE LA REGIÓN AMAZÓNICA 2024”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

**Línea de investigación:** Salud y Bienestar Integral

**AUTOR(A):** Dayanna Mishel Lozada Guevara

**DIRECTOR(A):** Msc. Amparo Paola Tito Pineda

**Ibarra, noviembre 2024**



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### Identificación de la Obra

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

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

Datos de Contacto			
<b>Cédula de identidad:</b>	1004302210		
<b>Apellidos y nombres:</b>	Lozada Guevara Dayanna Mishel		
<b>Dirección:</b>	San Roque, Imbabura, Ecuador		
<b>Email:</b>	<a href="mailto:dlozada@utn.edu.ec">dlozada@utn.edu.ec</a>		
<b>Teléfono fijo:</b>	2908935	<b>Teléfono Móvil:</b>	0987208283

Datos de la Obra	
<b>Título:</b>	<b>Clima de seguridad del paciente en un Hospital General de la región amazónica 2024</b>
<b>Autor (es):</b>	Dayanna Mishel Lozada Guevara
<b>Fecha: (a-m-d)</b>	2024-11-08
Solo para Trabajos de Titulación	
<b>Programa:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>Título por el que opta:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>Director:</b>	Msc. Amparo Paola Tito Pineda
<b>Asesor</b>	Msc.Amparo Paola Tito Pineda

## AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Dayanna Mishel Lozada Guevara** con cédula de identidad Nro. 1004302210 , en calidad de autor(es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad de material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 08 días del mes de noviembre de 2024

El Autor:



(Firma).....

Nombres: Dayanna Mishel Lozada Guevara

## CONSTANCIAS

El (los) autor (es), manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 08 días del mes de noviembre de 2024

EL AUTOR



(Firma).....

C.I.: 1004302210

**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

En la ciudad de Ibarra, a los 08 días del mes de noviembre de 2024

Msc. Amparo Paola Tito Pineda

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.



(firma).....

Msc, Amparo Paola Tito Pineda

CC:1002609533

## APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: “Clima de seguridad del paciente en un Hospital General de la región amazónica 2024” Elaborado por Dayanna Mishel Lozada Guevara, previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(firma).....  
 Firmado electrónicamente por:  
AMPARO PAOLA TITO  
PINEDA

Msc, Amparo Paola Tito Pineda - DIRECTOR

CC: 1002609533

(firma).....  
 Firmado electrónicamente por:  
AMPARO PAOLA TITO  
PINEDA

Msc, Amparo Paola Tito Pineda - ASESOR

CC: 1002609533

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia que me apoyó en todo momento de mi formación académica, y a mis maestros que me orientaron en este proceso de aprendizaje.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis familiares que me dieron el apoyo y sustento necesario para que pueda culminar la carrera profesional.

También agradezco a los diversos profesionales de la salud que pudieron brindarme enseñanzas en el ejercicio de la enfermería.

De igual manera a los profesionales que participaron en este trabajo, a ellos, les agradezco infinitamente su disposición de tiempo y voluntad, por su colaboración.

## RESUMEN EJECUTIVO

La seguridad del paciente es un tema importante y crucial debido a que con un buen diagnóstico del mismo se pueden mejorar los sistemas sanitarios, dentro de cada establecimiento de salud, a nivel local y nacional. El objetivo de esta investigación fue evaluar el clima de seguridad del paciente en una institución de salud de la región amazónica del Ecuador; investigación es cuantitativa, no experimental, de tipo descriptivo, observacional y de cohorte transversal, se seleccionó una muestra a conveniencia conformada por 124 profesionales de la salud principalmente personal de enfermería 59,6% y médicos 16,1%, que trabajan en este establecimiento, siendo la mayoría mujeres 72,2%. Entre los resultados del cuestionario de la AHRQ, se observó que hay una tendencia hacia la apreciación o puntuación positiva para las cuatro dimensiones evaluadas, lo que indica un potencial de crecimiento en estas áreas; trabajo en equipo 66,67%, relación supervisor jefe 60,22%, comunicación 58,18% y frecuencia de sucesos notificados 69,76%; siendo la frecuencia de sucesos notificados la más destacada en valoración positiva, además se menciona que en la relación supervisor jefe existe puntuación negativa de 23,66%. Se concluye que en este establecimiento hay un gran potencial de desarrollo con un clima de seguridad del paciente positivo; sin embargo, se sugiere fortalecer la relación entre trabajadores y supervisores de procesos para evitar que pase a ser una debilidad.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, trabajo en equipo, comunicación, relación jefe, sucesos notificados.

## **ABSTRACT**

Patient safety is an important and crucial issue because with a good diagnosis of it, health systems can be improved, within each health establishment, locally and nationally. The objective of this research was to evaluate the patient safety climate in a health institution in the Amazon region of Ecuador; This research is quantitative, non-experimental, descriptive, observational, and cross-sectional cohort type. A convenience sample made up of 124 health professionals, mainly nursing staff 59.6% and doctors 16.1%, who work in this establishment, was selected, being the majority women 72.2%. Among the results of the AHRQ questionnaire, it was observed that there is a tendency towards appreciation or positive scores for the four dimensions evaluated, which indicates a potential for growth in these areas; teamwork 66.67%, chief supervisor relationship 60.22%, communication 58.18% and frequency of reported events 69.76%; being the frequency of reported events the most prominent in positive assessment, it is also mentioned that in the chief supervisor relationship there is a negative score of 23.66%. It is concluded that in this establishment there is great potential for development with a positive patient safety climate; however, it is suggested to strengthen the relationship between workers and process supervisors to prevent it from becoming a weakness.

**Keywords:** Patient safety, teamwork, communication, boss relationship, reported events.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO .....	viii
RESUMEN EJECUTIVO.....	ix
ABSTRACT .....	x
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	xi
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
TEMA.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
Problema de investigación .....	1
Formulación del problema .....	3
Justificación .....	3
Impacto de la investigación .....	4
Objetivos.....	4
Preguntas de investigación.....	5
Capítulo I MARCO TEÓRICO .....	6
1.1 Marco Referencial.....	6
1.2 Fundamentación Teórica.....	8
1.3 Marco Legal y Ético.....	13
Capítulo II MATERIALES Y MÉTODOS .....	20
2.1 Diseño y tipo de Investigación.....	20
2.2 Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación.....	21
2.2.1 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos .....	21
2.2.2 Descripción del Instrumento .....	21
2.2.3 Confiabilidad y Validez del Instrumento.....	22

2.3 Matriz de operacionalización de variables .....	23
2.4 Participantes .....	25
2.4.1 Población investigada .....	25
2.4.2 Muestra .....	25
2.4.3 Características generales de la muestra.....	25
2.4.4 Criterios de Inclusión.....	25
2.4.5 Criterios de exclusión .....	25
2.5 Procedimiento y análisis de datos .....	25
2.6 Consideraciones Éticas .....	26
Capítulo III RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	27
3.1 Resultados.....	27
3.2 Discusión .....	29
Capítulo IV PROPUESTA .....	32
4.1 Plan de mejora.....	32
4.2 Descripción de la Realidad .....	33
4.3 Estrategias para abordar la problemática .....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES .....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXOS.....	44

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Datos sociodemográficos</i> .....	27
Tabla 2 <i>Datos laborales</i> .....	28
Tabla 3 <i>Proceso de seguridad del paciente</i> .....	29
Tabla 4 <i>Identificación de debilidades dentro de la dimensión relación supervisor jefe</i> .....	33
Tabla 5 <i>Identificación de debilidades dentro de la dimensión comunicación</i> .....	34
Tabla 6 <i>Estrategias de potencialización o mejora en la dimensión relación supervisor jefe</i> .....	35
Tabla 7 <i>Estrategias de potencialización o mejora en la dimensión trabajo en equipo y comunicación</i> .....	36

**TEMA**

**“CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL GENERAL DE LA  
REGIÓN AMAZÓNICA 2024”**

## INTRODUCCIÓN

### **Problema de investigación**

El clima de seguridad del paciente es considerado como sinónimo de cultura, y es definido como la percepción individual sobre las actitudes de la organización como a la cultura de seguridad. El clima de seguridad es un componente medible de la cultura de seguridad que, mediante la utilización de instrumentos diseñados para su medición, refleja la percepción de seguridad en las instituciones de salud (1).

Se estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Es decir valora la percepción de los profesionales de salud sobre cuestiones de seguridad, en determinado momento dentro de una institución de salud (1).

En un estudio realizado en México sobre clima de seguridad del paciente se destaca que los profesionales de enfermería están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciben una sensación de seguridad (2).

Por otro lado, la inversión para reducir incidentes de seguridad del paciente puede generar ahorros financieros y mejores resultados de salud a los pacientes. En Estados Unidos, las mejoras de seguridad llevaron a ahorros estimados de US \$28 mil millones en hospitales del Medicare entre 2010 y 2015 (2).

La reducción de eventos adversos, requiere un abordaje organizacional de los directivos de enfermería, dado el tipo y características de los mismos (errores en la administración de medicamentos, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, caídas de pacientes hospitalizados, entre otros), lo anterior debido a que desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia de salud y por tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente (2).

Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura. Algunas de las situaciones más preocupantes en relación con la seguridad del paciente son: Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes, prácticas de inyección poco seguras en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios (3).

Se estima que la carga de daños estimada en 9,2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo. En este sentido, varias han sido las iniciativas desarrolladas para la mejora de la calidad del clima de seguridad del paciente por ello La Unidad de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos de la OMS ha desempeñado un papel decisivo en la promoción y configuración de la agenda de seguridad del paciente en todo el mundo (4).

Algunas esferas estratégicas clave están relacionadas con el involucramiento de los pacientes y sus familias para una atención sanitaria más segura, el seguimiento de las mejoras en la seguridad del paciente, por tal motivo surge la motivación de realizar una investigación que atienda sobre el clima de seguridad del paciente (4,5).

En el mismo sentido, un estudio realizado en Colombia mediante una encuesta validada en las unidades quirúrgicas sobre clima de seguridad del paciente, reportó que los trabajadores percibían como positivo el proceso de mejoramiento continuo del programa de seguridad, pero sienten que son juzgados al momento de reportar algún evento adverso; esto probablemente esté relacionado con los resultados de la percepción negativa de la dimensión respuesta no punitiva al error. Los eventos adversos deben ser vistos desde una perspectiva sistémica más no individual (6).

Además, los profesionales de la salud relacionan la sobrecarga laboral con el aumento de incidentes o eventos adversos al calificar esta dimensión negativamente. Por tal razón, es importante que las instituciones busquen estrategias para optimizar los procesos asistenciales y administrativos, y de esta manera fortalecer la política de seguridad. La ausencia de una comunicación eficaz y efectiva pone en riesgo las practicas seguras implementadas por las instituciones. Además, socializar oportunamente los errores y eventos adversos ocurridos a cada equipo de salud involucrado, facilita la percepción de una cultura justa, y el equilibrio entre la actuación profesional y no a lo punitivo (4).

En este sentido surge la motivación de realizar una investigación sobre el clima de seguridad del paciente en un Hospital General de la región amazónica, con el fin de poder establecer una estrategia de intervención orientada a la mejora de la seguridad del paciente.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es el clima de seguridad del paciente Hospital General de la región amazónica 2024?

### **Justificación**

El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, en un contexto en el que los sistemas de salud deben funcionar en circunstancias cada vez más complejas. El clima de seguridad del paciente se refleja en las actitudes y percepciones individuales de los profesionales de salud en un momento determinado dentro del sector salud y este implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria prestando servicios de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente para minimizar la cantidad de incidentes hospitalarios.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, y actualmente se la reconoce como un desafío amplio y creciente para la salud pública mundial. Los esfuerzos globales por reducir la carga que suponen los daños a los pacientes no han arrojado cambios sustanciales en los últimos 15 años, a pesar de la labor pionera en algunos entornos de atención de salud. Por eso es preciso impulsar mejoras en la seguridad con profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención. En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo Determinar el clima de seguridad del paciente en un Hospital General de la región amazónica 2024.

Por lo tanto, la investigación permite ampliar el conocimiento en cuanto al tema ya que existe poca literatura que contextualice las particularidades de nuestro sistema de salud a nivel nacional especialmente en el cantón Lago Agrio. De tal manera que la información obtenida del presente estudio permitirá implementar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la atención sanitaria.

Asimismo, la investigación apoya al objetivo 6 del plan de oportunidades 2021-2025: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Los principales beneficiarios de esta investigación será la población de seguridad del paciente del Cantón Lago Agrio. Como beneficiarios indirectos se encuentran los establecimientos de salud y las estudiantes de la carrera de enfermería al ampliar sus conocimientos sobre la problemática que se presenta actualmente en los hospitales.

La investigación es factible realizar ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades de las Instituciones que participan en este estudio y los recursos económicos serán asumidos por la investigadora. El trabajo de titulación se enmarca en la línea de investigación salud y bienestar integral de la Facultad Ciencias de la Salud y la línea de Cuidados de Enfermería Clínicos y Comunitarios de la Carrera de Enfermería.

### **Impacto de la investigación**

La investigación ha de tener un impacto en cuestión teórica, ya que aporta una base de datos importante para futuras investigaciones, además que con esta información el hospital puede tomar medidas o acciones para la mejora u optimización del personal en cuanto a la seguridad del paciente. Metodológicamente se tiene un gran aporte, debido a que la escala utilizada fue sometida a un proceso de confiabilidad, por ello si se ha de requerir replicar esta evaluación el instrumento podrá ser utilizado, ya que se adapta a la realidad del Ecuador, sumado a ello los datos también serán un antecedente valioso.

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Describir el clima de seguridad del paciente en Hospital General de la región amazónica, 2024

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociales, demográficas y laborales de la población en estudio.
- Caracterizar procesos de seguridad del paciente, trabajo en equipo, relación con supervisor y jefe, comunicación, frecuencia de sucesos notificados.

### **Preguntas de investigación**

- ¿Qué características sociales, demográficas y laborales tiene la población de estudio?
- ¿Qué características tienen procesos de seguridad del paciente, trabajo en equipo, relación con supervisor y jefe, comunicación, frecuencia de sucesos notificados en el Hospital General de la región amazónica?

## **CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Marco Referencial**

#### **Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval**

Esta investigación tuvo como objetivo principal analizar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Centro Médico Naval, con el fin de proponer alternativas que mejoren la calidad de la atención brindada. Se emplearon la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes (versión española del Hospital Survey on Patient Safety), validando ambos instrumentos a través de análisis estadísticos, la muestra incluyó a 234 profesionales de la salud, entre médicos y enfermeras; como resultados se halló una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente; además, se observó que los médicos valoran positivamente ambos aspectos en mayor medida que las enfermeras. Este hallazgo sugiere la necesidad de estrategias diferenciadas para fortalecer la percepción de seguridad y el ambiente laboral, optimizando así la calidad en la atención de los pacientes (7).

#### **Efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario: revisión sistemática**

A través de esta revisión sistemática se exploró el cómo la cultura organizativa para la seguridad del paciente influye en el contexto hospitalario, para ello se incluyeron estudios transversales y observacionales que abordaron el clima y la cultura de seguridad, publicados en revistas indexadas como EMBASE, LILACS, Medline y CINAHL, entre 2014 y 2020. Los resultados indican que un clima de seguridad positivo tiene un efecto favorable en la cultura de seguridad hospitalaria, promoviendo la notificación de eventos adversos y mejorando la calidad de la atención; se observa una carencia de estudios que profundicen en las interacciones prácticas entre la cultura organizativa y la cultura de seguridad, y que analicen sus consecuencias directas en la práctica profesional, esta limitación sugiere la necesidad de investigaciones más detalladas que exploren estas conexiones y sus implicaciones prácticas (8).

## **Percepción de la cultura organizacional en profesionales de un hospital público Ecuador, 2022**

En el presente estudio se evalúa la cultura organizacional implantada en base a la percepción del personal de salud en un hospital público de Guayas, evidenciado que Ecuador es una nación que se encuentra preocupada por establecer acciones de seguridad en las diferentes unidades médicas indistintamente el subsistema de salud; por ende, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2016 emitió “Manual de Seguridad del Paciente” el mismo cuenta con diecisiete estándares para la atención que son de aplicación obligatoria a nivel nacional por parte de las unidades médicas. Estos estándares se emplean según el tipo de área, pero existen otros componentes que también afecta la seguridad de la atención como son: La escasa cantidad de dispositivos médicos y medicamentos, falta de especialistas en el país, el diseño de las unidades no se alinea a los estándares internacionales, lo cual conlleva que la cultura de la organización se vea percibida por los individuos como utópica (9).

### **Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente**

Este estudio analiza la relación entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, evaluando cómo las dimensiones de ambos conceptos se relacionan y determinando cuáles tienen mayor impacto en cada variable, a través de este estudio se pudieron explorar las percepciones de usuarios como de profesionales, enfatizando que la comprensión del entorno laboral va más allá de los resultados en salud; requiere valorar la organización y prestación de servicios según la perspectiva del personal; un factor clave fue el clima organizacional, ya que este define el ambiente laboral e influye en el comportamiento, las relaciones y actitudes de los trabajadores, también la satisfacción laboral, entendida como la respuesta emocional al grado en que el puesto de trabajo cumple las expectativas del trabajador, resulta fundamental. En este contexto, la atención al factor humano en la gestión sanitaria es crucial, confirmando una relación significativa entre satisfacción laboral y cultura de seguridad. (10).

### **La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos**

Este estudio buscó comprender la percepción de médicos en formación sobre la cultura de seguridad del paciente, explorando sus conocimientos, actitudes y prácticas que podrían

impactar en la ocurrencia de errores médicos, para este trabajo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 30 estudiantes de posgrado en Emergencia, Pediatría y Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, junto con tres grupos focales mixtos de 6 a 8 participantes. Los resultados mostraron que los posgradistas de Medicina Familiar tenían menos conocimiento sobre errores médicos y señalaron carencias en su capacitación en este tema, se halló que el 90 % de los entrevistados confundieron el concepto de bioseguridad con el de error médico. Se concluyó que la cultura de seguridad abarca un conjunto amplio de actitudes, conocimientos y directrices orientadas a la protección del paciente, y que es necesario fortalecer esta cultura desde las primeras etapas de la educación médica. (11).

## **1.2 Fundamentación Teórica**

### **El Clima de Seguridad del Paciente**

Cuando se habla del “Clima de Seguridad del Paciente”, se hace una referencia a muchísimos elementos implicados en la reducción de los riesgos que pueda tener un paciente en cualquier tipo de atención en el sistema de salud, estos diversos elementos se han comenzado a tener en cuenta para poder asegurar que los pacientes podrán recibir una atención de calidad, de tal manera que sea cual sea el procedimiento, se garantice el éxito en cualquier tipo de tratamiento, incluso en las primeras atenciones para diagnóstico, consulta, etc.

Se puede decir que el Clima de Seguridad del Paciente, es el conjunto de acciones y elementos que permitan la minimización o reducción, de cualquier probabilidad de existencia de daños, negligencias, riesgos, hasta un mínimo que pueda ser aceptado y de baja repercusión, basándonos en métodos y procedimientos estudiados y basados en conocimientos y evidencia científica (12).

El clima de seguridad del paciente, se propicia gracias al esfuerzo de los profesionales que, en pro de la calidad de atención en cualquier consulta sanitaria, por lo cual, conservar el clima de seguridad se hace voluntario, esto implica que es un acto consciente, y para el fin, necesariamente con conocimientos acerca de las medidas que permitan reducir los riesgos en las atenciones (13).

Con el avance de la ciencia y la tecnología, algunos procedimientos médicos pueden ser más complejos, que implica que cualquier procedimiento sanitario en beneficio del paciente, pueda traer consigo efectos adversos o algún perjuicio no esperado por el paciente. Por ello es necesario que el clima de seguridad del paciente, sea evaluado, cuantificado y analizado a fin de reducir los factores de riesgo asociados a la atención en salud, además que se podrán conocer las debilidades del sistema exactamente, lo cual es favorable, para poder abordar la problemática directamente (14).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se puede definir como Clima de Seguridad, a todos los componentes que abarcan, instrumentos, insumos, técnica o experticia, actualizaciones, etc. Que permiten la reducción de los riesgos en la intervención sanitaria a los pacientes, eso no quiere decir, que los riesgos dejen de existir, sencillamente se reducen hasta un límite que pueda ser permitible y soportable por el paciente, sin dejar secuelas o situaciones de gravedad; además este Clima de seguridad debe ser evaluado, a fin de optimizar el trabajo sanitario y comprender el funcionamiento del sistema para detectar cualquier irregularidad o falla que requiera ser corregido de inmediato. Además, es importante recalcar que el Clima de Seguridad es toda aquella percepción o evaluación de los factores mencionados en un momento específico (15).

### **Desarrollo de las Teorías relacionadas al Clima de Seguridad del Paciente**

A lo largo de la historia, diversos médicos se dieron cuenta de que las intervenciones que realizaban en los pacientes, traían consigo consecuencias que incluso agravaban la salud de los pacientes, luego del tratamiento. Algunos médicos tomaron registro de estos datos y de aquellos errores que pudieron cometer en sus procedimientos, esto sirvió de antecedente para al menos gestar la idea del clima de seguridad del paciente.

Se tienen registros de algunos estudiosos de la salud, acerca de diversos riesgos, consecuencias o efectos adversos que se encontraron en sus trabajos sanitarios, Ernest Codman, fue uno de los primeros en tomar registro de sus pacientes a los cuales sus tratamientos no les habían sido propicios, o que les habían causado un efecto adverso, en sus registros encontró que de al menos 337 cirugías cometió errores en 123 intervenciones quirúrgicas; en base a esto otros expertos, brindaron unas series de pautas, o generaron teoría para entender, y optimizar el clima de seguridad del paciente, Avedis Donabedian, establecía

que para una mejoría en el clima de seguridad del paciente, el personal debe tener en cuenta, la estructura o fundamentos del adecuado clima de seguridad, para que pueda llevar a cabo los procedimientos; y finalmente analizar los resultados para poder obtener información de los fallos (16). Sin embargo, no es suficiente tener en cuenta los resultados, ya que también es importante analizar el proceso, a pesar de que el proceso pueda ser el más influenciado por el mismo entorno (17).

Con todo esto, se consideró que el clima de seguridad del paciente no dependía únicamente del resultado, ni de la técnica, ni el proceso en sí, sino que también se involucraba el factor humano, los deseos de brindar la mejor atención al paciente, este componente era en cierta manera crucial, porque la voluntad estaba implícita, la crianza y las creencias correspondientes al personal de salud, de tal modo que en el aspecto negativo, habían algunos profesionales en la salud que eran imposibles de cambiar, y se iban a negar a llevar a cabo una actualización de paradigmas para mejorar la seguridad del paciente, pero, la intención de considerar este factor, es para concientizar acerca de la necesidad de mejorar.

Un teórico que dio énfasis en el estudio o tratado de los riesgos, fue James Reason, su teoría más difundida es la del modelo del queso suizo para riesgos y fallas, para entender mejor este postulado, debemos considerar que toda situación, acto o proceso, es susceptible a los riesgos, errores, fallas de diversos tipos, estos riesgos pueden ser presentados de una manera común y natural, es decir, como en el caso del COVID 19, ningún centro de salud estuvo preparado para afrontarlo, por lo cual el riesgo de infección fue muy alto, en este caso, la novedad del brote, naturalmente tiene alto riesgo, para frenar su avance o contrarrestarlo se plantean diversas medidas de seguridad, que se dan a nivel colectivo e individual, a medida que las medidas de seguridad se incrementen, se reduce considerablemente el riesgo (18).

Reason consideró cuatro dominios de fallo:

- **Influencias de Organización:** Estas están enfocadas en los sectores administrativos u organizacionales de cada institución de salud, que plantean en base a diversos criterios medidas de protección y seguridad, sin embargo, pueden existir disparidades en cuanto a las opiniones, o un vago análisis de sus dominios sanitarios, lo cual conlleva a incrementar el riesgo o el fallo.

- **Supervisión:** Las supervisiones permiten tomar en cuenta cuales son los factores o elementos que permiten la aparición o reincidencia de los fallos y riesgos.
- **Condiciones Previas:** Implica todo aquello que se tenía estipulado para poder reducir los riesgos de aparición de cualquier evento perjudicial, en base a estas se puede optimizar el sistema de seguridad.
- **Actos Específicos:** Quizá son los más difíciles de controlar, debido a que son todas las medidas que tienen que ser ejercidas individualmente, a pesar de estar en un equipo de trabajo, el desempeño individual determinará si cada acto realizado reduce el riesgo.

### **Seguridad del paciente**

Se define como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente (19).

### **Seguridad del paciente y calidad asistencial**

La calidad y la seguridad del paciente son principios fundamentales y un componente clave de la atención sanitaria.

Donadebian definió la calidad asistencial como “el tipo de atención que se espera que maximice el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (20).

### **Eventos adversos**

Un Evento adverso (EA) son las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad.

Adicionalmente, el evento adverso no solo tiene impacto en el paciente y su familia, dado por las lesiones físicas o el daño psicológico que producen, sino que además generan "estrés postraumático, depresión, inicio de ejercicio profesional a la defensiva, costos en el patrimonio y en el buen nombre" en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones, además repercuten en el factor económico y financiero de los sistemas de salud por los costos que representan la atención de los mismos (entre 17 y 29 billones de dólares al año) y finalmente influye en la pérdida en la credibilidad de la sociedad en la calidad de los servicios cuando estas situaciones se hacen públicas (18).

### **Tipos de Eventos adversos**

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

### **Prácticas seguras**

Son los tipos de procesos o estructuras cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención en salud, que se apoyan con la mejor evidencia científica disponible y que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica (19).

La OMS y la Joint Comision Internacional han propuesto nueve soluciones para la seguridad del paciente, priorizadas en función del impacto potencial, la evidencia existente y la facilidad para la adopción y adaptación en todos los países.

1. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el sitio correcto del cuerpo.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.

8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas con la atención en salud.

### **Cultura de seguridad del paciente**

La cultura de seguridad del paciente se define como una dimensión de la cultura organizacional. Específicamente, es el producto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, lo que determina el compromiso de una organización de salud con la gestión de la seguridad del paciente. Particularmente, los expertos en seguridad han sugerido los componentes esenciales para la cultura de seguridad, como el trabajo en equipo, el apoyo al liderazgo, la comunicación y una cultura justa, así como una cultura de información y aprendizaje.

Para la construcción de una cultura de seguridad, es necesario que exista una educación en seguridad clínica, pues los profesionales de salud deben estar familiarizados no solo con la seguridad, sino con la gestión de riesgos y con la inclusión de estos aspectos en los sistemas de comunicación con el paciente. Esta cultura se puede abordar bajo un enfoque antropológico, que respeta al ser humano como dinámico y cambiante; o funcionalista, que se alinea a la percepción y a las prácticas a nivel de la organización. Ambos enfoques requieren de una perspectiva crítica e integral en la evaluación de la cultura de seguridad (21).

### **1.3 Marco Legal y Ético**

#### **Marco Legal**

Constitución de la República del Ecuador 2008

Capítulo segundo: Derechos del buen vivir

Establecen los derechos de que gozan las personas en general (22).

En la sección primera, Agua y alimentación, se norman los siguientes derechos:

“Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida”.

“Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria”.

En la sección segunda, Ambiente sano, se incluyen los siguientes derechos

“Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el Buen Vivir, Sumak Kawsay. Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados”(22).

En la sección tercera, Comunicación e información, se consideran los siguientes derechos:

“Art. 16.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a”:

1. Una comunicación libre, intercultural, incluyente, diversa y participativa, en todos los ámbitos de la interacción social, por cualquier medio y forma, en su propia lengua y con sus propios símbolos.
2. El acceso universal a las tecnologías de información y comunicación.
3. La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas.
4. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad.
5. Integrar los espacios de participación previstos en la Constitución en el campo de la comunicación.

## Sección Séptima: De la Salud

“Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

### Capítulo I: Inclusión y equidad

#### Sección segunda: Salud

“Artículo. 363.- El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.” (22).

### Ley Orgánica 2006

#### CAPITULO I: Del derecho a la salud y su protección

“Artículo 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.” (23)

“Artículo 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.” (23)

“Artículo 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad

primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables” (23)

“Artículo. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente.” (23)

Plan de oportunidades 2021-2025

El Plan establece las prioridades del país para el período señalado, en alineación con el Plan de Gobierno y la Agenda de Desarrollo Sostenible. Cada una de las políticas planteadas hace referencia a temas de relevancia para el Ecuador; y cuenta con una o más metas asociadas que posibilitarán el seguimiento y la evaluación permanente para su cumplimiento.

Eje 2: Social

Objetivo 6:

Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

Políticas:

- Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
- Asegurar el acceso universal a las vacunas y la adopción de medidas sanitarias para prevenir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la población.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva de manera integral, inclusiva y de calidad.
- Combatir toda forma de malnutrición, con énfasis en la DCI.
- Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficiencia y transparencia.

- Prevenir consumo de drogas, brindar atención y servicios de rehabilitación a quienes sufren adicciones, protegiendo sus derechos.
- Fomentar el tiempo libre dedicado a actividades físicas que contribuyan a mejorar la salud de la población.

## **Marco Ético**

### **Código de Helsinki**

Los profesionales de enfermería pretender brindar al usuario una atención de calidad por lo que para lograrlo se han propuesto las diversas acciones y principios éticos:

Principio de beneficencia: se basa en siempre hacer el bien ante cualquier cuidado que se preste al paciente; el personal de enfermería debe tratar al paciente con humanidad, y estar totalmente capacitado para brindar cuidados con calidad y calidez.

Principio de no maleficencia: se basa en jamás hacer daño al paciente mediante cualquier acción que pueda ocasionar el mal, mediante imprudencias o negligencias.

Principio de la Justicia: el profesional de Enfermería aplica la justicia cuando no distingue clase social o jerarquía, al momento de brindar una atención oportuna, sin ninguna clase de discriminación ante las necesidades de los pacientes.

Principio de autonomía: se basa en el derecho de cada individuo para tomar decisiones sobre su enfermedad, sin ser influenciado por otras decisiones externas, implicando la comprensión de la información y el consentimiento; a excepto de los pacientes que no se encuentren en capacidad (24).

### **Declaración de Helsinki**

#### **Principios generales**

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores

intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. (24)

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (24)

11.- La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente. (24)

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. (24)

### **Riesgos, Costos y Beneficios**

16.- En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación. (24)

### **Grupos y personas vulnerables**

20.- La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable.

Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. (24)

## **Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.**

### **Código 1. La enfermera y las personas**

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. (24)

### **Código 2. La enfermera y la práctica**

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. (25)

### **Código 3. La enfermera y la profesión**

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería. (25)

### **Código 4. La enfermera y sus compañeros de trabajo**

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. (25)

## CAPÍTULO II MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 Diseño y tipo de Investigación

El diseño de investigación tendrá enfoque cuantitativo, no experimental.

**Enfoque cuantitativo:** la presente investigación es cuantitativa debido a que se utilizará medios estadísticos para el análisis de datos, un instrumento validado con anterioridad (encuesta AHRQ para hospitales: Hospital Survey SOPS versión 2.0) para establecer el clima de seguridad del paciente, está basada en la obtención de una serie de datos sobre la cultura de la seguridad del paciente y en el análisis de los mismos, utilizando una serie de instrumentos de investigación que forman parte de la estadística (26).

**No experimental:** Debido a que las variables no serán manipuladas y se analizarán tal cual como fueron obtenidas (26).

#### Tipo de Investigación

El presente proyecto es de tipo observacional, descriptivo y transversal:

**Descriptivo:** Se encarga de puntualizar las características de la población que está estudiando. Esta metodología se centra más en el “qué”, en lugar del “por qué” del sujeto de investigación, su objetivo es describir la naturaleza de un segmento demográfico, sin centrarse en las razones por las que se produce un determinado fenómeno. Se estudiará a los sujetos involucrados en el clima de la seguridad del paciente, tomando en cuenta las dimensiones estudiadas en la encuesta AHRQ para hospitales: Hospital Survey SOPS versión 2.0 (26).

**Observacional:** Debido a que es un estudio concreto que se define por tener un carácter estadístico o demográfico, ya que se limita a la medición de variables tomadas en cuenta en el estudio (26).

**De corte trasversal:** este estudio se realizará por una sola ocasión y en un período de tiempo determinado (26).

## **2.2 Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación**

### **2.2.1 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos**

Para la recolección de la información se hizo uso de la encuesta y como instrumento el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0.

El cuestionario consta de dos secciones: datos sociales sociodemográficos y laborales y la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0.

En la segunda sección se tienen los ítems de preguntas del cuestionario Hospital Survey, se utilizó un cuestionario que tuvo las siguientes dimensiones: cultura y seguridad.

### **2.2.2 Descripción del Instrumento**

El Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), es un instrumento creado y validado para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las personas que tienen contacto con éste. Se considera meritorio mencionar que este instrumento ha sido traducido y adaptado al idioma español por el Ministerio de Sanidad de España, país pionero en promover la seguridad del paciente (14).

Para determinar la fiabilidad, tal como en la traducción y validación del cuestionario MOSPS por parte del Ministerio de Sanidad de España y en el pilotaje de la AHRQ, se utilizó el coeficiente de reproductibilidad Alfa de Cronbach para este estudio.

Este instrumento cuenta con 40 preguntas asociadas a 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente, También consta de 6 secciones : A : orientada a algunos aspectos sociodemográficos y antecedentes laborales, antecedentes de capacitación y de evaluación, presenta una pregunta referente a la percepción general de seguridad en el área de trabajo. B: Su supervisor, director o jefe clínico. C: comunicación en su servicio/unidad. D: Reportar eventos de seguridad del paciente. E: Calificación de la seguridad del paciente. F: Su hospital y , una respuesta abierta de comentarios y sugerencias (14).

Además de su extensa aplicación, anual en cientos de hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos. En España, la Agencia de Calidad financió su aplicación y traducción para posterior adaptación, dentro del estudio Análisis de la cultura

sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español pero además es frecuentemente utilizado por los hospitales a nivel mundial.

### **2.2.3 Confiabilidad y Validez del Instrumento**

El Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): Hospital Survey SOPS versión 2.0, es un instrumento creado y validado para evaluar el clima de seguridad del paciente en las personas que tienen contacto con éste. Se considera meritorio mencionar que este instrumento ha sido traducido y adaptado al idioma español por el Ministerio de Sanidad de España, país pionero en promover la seguridad del paciente (Hernández et al., 2019). Para determinar la fiabilidad, tal como en la traducción y validación del cuestionario MOSPS por parte del Ministerio de Sanidad de España y en el pilotaje de la AHRQ, se hizo uso del alfa de Cronbach sobre un grupo piloto de 20 sujetos, obteniendo 0.74 de valor, por lo cual el instrumento obtuvo la confiabilidad adecuada.

### 2.3 Matriz de operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medición/escala</b>
<b>Datos Sociodemográficos</b>	Los datos sociodemográficos describen características básicas de una población, tales como edad, género, nivel educativo, ocupación y estado civil, permitiendo comprender el contexto social y económico de los individuos.	Se recogen mediante encuestas o registros, clasificando a los sujetos según variables cuantitativas y cualitativas relevantes para el análisis.	<b>Edad</b>	Edad en años	<b>Escala nominal</b>
			<b>Sexo</b>	Masculino Femenino	
			<b>Nivel de Instrucción</b>	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	
			<b>Residencia</b>	Urbana Urbana marginal Rural	
			<b>Estado civil</b>	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre	

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medición/escala</b>
<b>Clima de seguridad del paciente</b>	El clima de seguridad del paciente representa la percepción colectiva de los profesionales de salud sobre las prácticas, valores y normas que promueven un entorno seguro para la atención del paciente.	Se mide mediante el Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, en el cual se evaluarán aspectos como el área de trabajo del personal, su tiempo como trabajador, y aspectos organizacionales relacionados a sus funciones.	Área de servicio	Servicios médicos/quirúrgicos Servicios de cuidado de pacientes Servicios clínicos Servicios de apoyo Otros	Escala Nominal
			Tiempo de servicio en el hospital	Tiempo como trabajador en el hospital Tiempo como trabajador en el servicio Horas de trabajo	
			Trabajo en equipo	Trabajo coordinado en el área de trabajo Comunicación en el área de trabajo Apoyo en el área de trabajo Logro de objetivos en el área de trabajo	
			Relación Supervisor y jefe	Comunicación con el área administrativa Aceptación de sugerencias Exigencia laboral	
			Comunicación	Comunicación a nivel general Información de eventos Confianza en la comunicación Comunicación objetiva	
			Frecuencia de Sucesos Notificados	Notificación de eventos de riesgo Reporte de accidentes Cantidad de accidentes	

## **2.4 Participantes**

### **2.4.1 Población investigada**

La investigación fue llevada a cabo en un Hospital General de la región amazónica del Ecuador. En este hospital, los profesionales de la salud que están distribuidos en más de 15 servicios, además cuentan con 35 consultorios externos; para esta ocasión se han delimitado los servicios, siendo que se evaluaron a los servicios de centro quirúrgico, emergencias, medicina interna y cirugía; en los cuales participan personal de enfermería, internos de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos y un supervisor de procesos.

### **2.4.2 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 124 profesionales que trabajan en estas áreas, para ello se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### **2.4.3 Características generales de la muestra**

#### **2.4.4 Criterios de Inclusión**

- Trabajadores de la salud con relación laboral con la institución a investigar.
- Trabajadores que aceptaron formar parte del estudio, que firmaron el consentimiento informado.

#### **2.4.5 Criterios de exclusión**

- Trabajadores de la salud que no se encuentren en el servicio durante la fase de recolección de datos.
- Aquellos trabajadores y que tuvieron algún impedimento físico o psicológico para desarrollar la encuesta.

## **2.5 Procedimiento y análisis de datos**

Las variables estudiadas fueron codificadas en datos cualitativos y cuantitativos, se utilizará una hoja de recolección de datos (Excel) con las variables estudiadas, posteriormente se analizarán los datos obtenidos en el programa en el software estadístico SPSS. Los datos serán analizados utilizando la estadística descriptiva básica. Las tablas y gráficos serán presentados en frecuencias y porcentajes.

## **2.6 Consideraciones Éticas**

Las personas que participaron en este estudio lo hicieron bajo su consentimiento, por lo cual, se mantiene discreción con su identidad y datos que puedan vulnerar su privacidad; los resultados que se logren hallar no fueron utilizados para otro fin que el que no sea describir el clima de seguridad del paciente.

Lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. Disminuir riesgos de la investigación frente a los beneficios previstos, los investigadores son competentes para realizar la investigación lo que ayudó a salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella. La autonomía, la no maleficencia fueron parte importante del estudio.

## CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1 Resultados

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos*

(N=124)			
<b>Variables</b>	<b>Escalas</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Edad años</b>	20 - 30	51	41,1
	31 - 40	<b>52</b>	<b>41,9</b>
	41 - 50	16	12,9
	51 - 60	5	4,0
<b>Sexo</b>	Mujer	<b>90</b>	<b>72,6</b>
	Hombre	34	27,4
<b>Nivel de Instrucción</b>	Secundaria	16	12,9
	Superior	<b>108</b>	<b>87,1</b>
<b>Residencia</b>	Urbana	<b>106</b>	<b>85,5</b>
	Urbana Marginal	3	2,4
	Rural	15	12,1
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	<b>76</b>	<b>61,3</b>
	Casado/a	27	21,8
	Divorciado/a	5	4,0
	Viudo/a	1	0,8
	Unión Libre	15	12,1

Existe una representación mayoritaria de mujeres, entre edades de 31 a 40 años, que han culminado la educación superior, además un porcentaje significativo reside en una zona urbana y es de estado civil soltera. Estas cifras son comunes, ya que en Ecuador las mujeres representan el 65,8% del personal sanitario, con edades entre 25 a 29 años en su mayoría (27), además existe una prevalencia en el sector residencial urbano, y una tendencia a la permanencia en el estado civil soltero, que corresponde a estilos de vida actuales. Se observa claramente la participación de las mujeres en los servicios de salud, lo cual puede ser un indicador de una vocación de servicio para el cuidado de pacientes, además las edades pueden estar relacionadas con el estado civil, ya que es población de jóvenes adultos que pueden estar en relaciones no formales.

**Tabla 2***Datos laborales*

(N=124)			
<b>Variables</b>	<b>Escalas</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Cargo que desempeñan</b>	<b>Enfermeros/as</b>	<b>74</b>	<b>59,6</b>
	Interno de Enfermería	17	13,7
	Auxiliar de Enfermería	12	9,7
	Médico Residente / General	20	16,1
	Supervisor de procesos	1	0,8
<b>Área de Trabajo en el Hospital</b>	<b>Centro Quirúrgico</b>	<b>65</b>	<b>52,4</b>
	Emergencia	34	27,4
	Medicina Interna	12	9,7
	Cirugía	13	10,5
<b>Tiempo de Trabajo en el Hospital-años</b>	1	39	31,5
	<b>1 - 5</b>	<b>46</b>	<b>37,1</b>
	6-10	30	24,2
<b>Tiempo de trabajo en el área-años</b>	11	9	7,3
	1	48	38,7
	<b>1-5</b>	<b>51</b>	<b>41,1</b>
	6-10	19	15,3
<b>Horas de trabajo en la semana</b>	11-15	6	4,8
	30	16	12,9
	<b>30-40</b>	<b>68</b>	<b>54,8</b>
	40-50	40	32,3

Existe una alta representatividad del personal de enfermería en el área de centro quirúrgico, que labora de 1 a 5 años en su área de trabajo; se observa también que la mayoría trabaja entre 30 y 40 horas semanales, todo el personal cumple con funciones de cuidado directo al paciente en sus áreas de trabajo. La OMS sugiere que en los centros que prestan servicios de salud se considere el 50% de su población al personal de enfermería (4), ya que es el personal que permanece en cuidado directo del paciente y las horas de trabajo son similares a los demás servidores de la salud en entidades públicas (28). Herrera Kiengelher & Austria Corrales mencionan que un 37,6% del personal labora en el área de centro quirúrgico, además es un área con mayor recepción de pacientes y requiere que el personal esté en constante actividad (29). Mientras que en un estudio llevado a cabo en Brazil (8), se observó que el área de emergencia es la segunda área más importante y aglomera un 23,78% del personal, la itinerancia de atención es aleatoria y depende de las emergencias que se puedan presentar en un día, la premura con la que tiene que actuar el personal genera estrés, esto requiere que

aspectos relacionados con el trabajo en equipo y comunicación sean óptimos. Se entiende entonces la importancia que tienen estos servicios, por lo cual el clima de seguridad del paciente debe ser adecuado, ya que bajo el estrés del momento el personal que no esté debidamente capacitado puede perder los estribos e incrementar así, el riesgo a que pueda darse un evento adverso y afecte la seguridad del paciente.

**Tabla 3**

*Proceso de seguridad del paciente*

<b>Proceso de Seguridad del Paciente</b>	<b>(N=124)</b>			
	<b>Respuestas Negativas</b>	<b>Respuestas Positivas</b>	<b>Respuestas Neutras</b>	<b>No Aplicables</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
Trabajo en equipo	17.47	<b>66.67</b>	12.37	3.49
Relación Supervisor y jefe	23.66	<b>60.22</b>	11.83	4.30
Comunicación	16.59	<b>58.18</b>	22.12	3.11
Frecuencia de Sucesos Notificados	12.50	<b>69.76</b>	12.10	5.65

Se observa una tendencia hacia las respuestas positivas, ya que existe una gran oportunidad y potencial para la mejoría y optimización de la seguridad del paciente en cuanto al trabajo en equipo, relación supervisor jefe, comunicación y la frecuencia de sucesos notificados. Sin embargo, es considerable el 23,66 % de respuestas negativas enfocadas a la relación supervisor jefe, que es un caso común en algunas entidades de salud; en un estudio llevado a cabo en Perú (30), se reportó que la relación supervisor jefe tiene una puntuación negativa por parte del personal, esto repercute en la contratación de personal y en la incorporación de nuevos profesionales de la salud, por ende se ve afectada la relación interpersonal en el grupo de trabajo.

### **3.2 Discusión**

El clima de seguridad del paciente es primordial en toda institución de carácter sanitario, en esta investigación han participado en su mayoría personal que trabaja directamente en la

atención o intervención al paciente, como enfermeras/os 83,1% y médicos 16,1%, lo cual nos permite tener una información más objetiva y técnica de parte de estos profesionales, en relación a la seguridad del paciente; un 82,5% del personal encuestado trabaja más de un año en la institución, por lo que las respuestas acerca de la seguridad del paciente refleja la realidad actual de la misma.

Existe una alta participación del personal de enfermería con el 59,6%, esa prevalencia se menciona en otros estudios como el de Gallardo, en el cual 54,7% de la muestra corresponden a profesionales de enfermería y un 45,3% a auxiliares de enfermería, y en el estudio de Carvalho (31) quien tuvo una participación activa y positiva de 64,3% del personal de enfermería; otros autores consideran que el servicio de enfermería, es fundamental en la seguridad del paciente porque son quienes brindan mayores cuidados en los mismos (8,29).

Con respecto a las horas de trabajo, el personal en su mayoría labora entre 30 y 40 horas semanales, lo cual según algunos investigadores es normal en el Ecuador, considerando los beneficios económicos que se brinda (28), a pesar de que unos autores discrepan sobre este tema dando énfasis a las jornadas nocturnas; causa del agotamiento y el estrés del personal ( Burnout) perjudicando la seguridad del paciente (32,33).

Se ha observado que hay una incidencia con tendencia a la visión, percepción o apreciación positiva acerca de la seguridad del paciente, se obtuvo un promedio de 63,71% de respuestas positivas, esta tendencia se ha registrado en estudios realizados en Ecuador, Brasil y Colombia; en Ecuador hay una visión positiva acerca de la seguridad del paciente, con un promedio del 67%, esto indica que existen oportunidades para mejorar la seguridad del paciente (9); Batista (34) menciona que un 75% de su grupo de estudio muestra una percepción positiva en cuanto a la seguridad del paciente en su centro de trabajo, lo cual es concordante con los datos hallados en este estudio; otro estudio menciona un 77,8% de respuestas positivas sobre la seguridad del paciente en cuatro instituciones de Colombia (3). Sin embargo, Gavilanes et al. (2021), detectó una percepción negativa en su estudio, que puede deberse a que su evaluación se enfocó en posgradistas, observando que el 90% de casos confundían la bioseguridad con errores médicos (11).

Con respecto al trabajo en equipo se tuvo una apreciación positiva del 66.67%, resultado similar al de Martinez (3), que obtuvo una apreciación positiva para esta dimensión en 75,1%;

en otros estudios no se menciona específicamente el trabajo en equipo como dimensión significativa, debido a que consideran que es el equipo de profesionales de cualquier área que procuran cumplir con un buen servicio al paciente, y la responsabilidad de seguridad recae a estos equipos de trabajo (11,29).

Para la relación supervisor y jefe, 60.22% tuvo una apreciación positiva, sin embargo, es necesario mencionar, que también fue la dimensión con mayor percepción negativa teniendo un 23,66%, entre algunas investigaciones realizadas en Colombia, Ecuador y Brasil, respectivamente, relacionadas con esta dimensión, se encontró que las respuestas positivas fueron de 77,80% (3), 68,8% (9), 58,53% (34), lo que implica que para un adecuado funcionamiento y propiciamiento del clima de seguridad del paciente, el liderazgo es importante, porque facilita que el personal pueda desempeñarse adecuadamente, gestionando, dirigiendo y proporcionando los elementos necesarios; pese a ello se señala también que la insatisfacción con el liderazgo, o la apreciación negativa es más alta en relación con las demás dimensiones (15,34).

La comunicación es otro elemento en el cual se tiene una visión positiva de 58.18%, un resultado cercano al hallado por Quijije (9), quien observa que un 68,2% tiene una percepción positiva en este aspecto. Por otro lado, Martínez (3), halló una puntuación negativa para esta dimensión, siendo el 66,70%, indicando que la mala comunicación entre los grupos de trabajo, permitió la mayor cantidad de incidentes intrahospitalarios, haciéndola causa de una mala seguridad del paciente, tienen una relevancia incluso más significativa que las demás dimensiones. Por ello se puede entender que la comunicación es vital, debido a que permite una correcta retroalimentación y optimiza el trabajo en equipo.

Para la frecuencia de sucesos notificados se tiene 69.76% de visión positiva, y se reportan por lo general entre 1 a 2 incidentes al año, que corresponde al 38,21% de los casos, en el estudio de Herrera Kiengelher (29), se revisaron diversas historias clínicas, en las cuales se reportan incidentes en un aproximado de 70% ; en otros estudios se encontró que hay incidentes no reportados en un 75,7%, y es perjudicial para el tratamiento o seguimiento del paciente (35).

## **CAPÍTULO IV PROPUESTA**

### **4.1 Plan de mejora**

Habiendo obtenido ya los resultados de la evaluación, y observando la realidad, se detalla un plan de mejora realizado en base a los resultados obtenidos posterior a la evaluación tomada el mes de junio sobre el Clima de seguridad del paciente en un Hospital General de la región amazónica en los servicios de Emergencia, Medicina interna, Centro quirúrgico y Cirugía, con una mayor participación del personal médico y enfermería que tienen relación con el proceso de seguridad del paciente hay puntos positivos y negativos, se puede decir que el clima de seguridad del paciente es bueno, sin embargo, hay puntos que pueden fortalecerse. En definitiva, en los resultados del cuestionario sobre la Seguridad del paciente de la AHRQ, el cual fue adaptado a la realidad local del Ministerio de Salud Pública, se observó un potencial de crecimiento en estas áreas; trabajo en equipo 66,67%, relación supervisor y jefe 60,22%, comunicación 58,18% y frecuencia de sucesos notificados 69,76%; siendo la frecuencia de sucesos notificados la más destacada en valoración positiva, sin embargo se sugiere mejorar la relación supervisor y jefe que tiene un 23,66 % y la comunicación con los equipos de trabajo que muestra un 16,59 % como una puntuación negativa para evitar que pase a ser una debilidad.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo general:**

Proponer un plan para mejorar la relación supervisor y jefe y la comunicación con los equipos de trabajo en un Hospital General de la región amazónica.

##### **Objetivos específicos:**

- Fomentar una buena relación supervisor y jefe para elevar la motivación laboral del personal de salud.
- Establecer estrategias para mejorar la comunicación con el equipo de trabajo de un Hospital General de la región amazónica.

## 4.2 Descripción de la Realidad

En las tablas detalladas a continuación, se describen las dimensiones que presentan debilidades posteriores a la aplicación del cuestionario sobre la Seguridad del paciente en los hospitales, proponiendo actividades objetivo que pueden ser desarrolladas en la mejoría de cada una de ellas.

**Tabla 4**

*Identificación de debilidades dentro de la dimensión relación supervisor jefe*

<b>Dimensión</b>	<b>Respuestas Negativas*</b>	<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR (Objetivos)</b>
RELACIÓN SUPERVISOR y JEFE	26,66%	Fomentar la relación supervisor y jefe

En relación a los procesos de seguridad del paciente esta área tiene un alto porcentaje respuestas positivas, sin embargo, cabe mencionar que fue la dimensión con mayor percepción negativa.

En la tabla 4, se observa un porcentaje considerable de respuestas negativas en el área relación supervisor y jefe que afectan las relaciones interpersonales del personal que labora en el hospital y se señala la insatisfacción con el liderazgo que es la apreciación más alta o negativa en relación con las demás dimensiones.

**Tabla 5***Identificación de debilidades dentro de la dimensión comunicación*

<b>Dimensión</b>	<b>Respuestas Negativas*</b>	<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR (Objetivos)</b>
COMUNICACIÓN	16,59%	Estrategias para mejorar la comunicación con los equipos de trabajo.

La tabla 5, muestra la comunicación que es una dimensión que requiere mejoría ya que expresa una puntuación negativa y puede estar relacionado con la falta de comunicación que existe entre los grupos de trabajo al momento de presentar sus opiniones en una situación determinada. Por ello es necesario proponer estrategias para mejorar la comunicación entre el personal que labora en el hospital y de esta manera pueda optimizar el trabajo en equipo y evitar que pase a ser una amenaza.

#### **4.3 Estrategias para abordar la problemática**

Como se mencionó anteriormente, no hay un problema grave en el hospital estudiado, sino que se hallaron adecuadas puntuaciones que garantizan el buen clima de seguridad del paciente, sin embargo, eso no limita a optimizar y mejorar los puntos más flacos que serían la relación supervisor jefe, y la comunicación en los equipos de trabajo, por ello es necesario tener en cuenta las oportunidades de mejora, y las estrategias a través de las cuales se pueden mejorar estos aspectos; por ende, se proponen las siguientes actividades o estrategias de potencialización en los aspectos más débiles de la evaluación.

**Tabla 6***Estrategias de potencialización o mejora en la dimensión relación supervisor jefe*

<b>OBJETIVO</b>	<b>POTENCIAL DE MEJORA</b>
Fortalecer una buena relación supervisor y jefe	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Capacitaciones relacionadas a gestión de personal, liderazgo y gestión de talento humano.</li><li>2. Actividades de integración (sociodramas, pausas activas) entre el personal y la gerencia.</li><li>3. Evaluar la eficacia de los supervisores de procesos para dirigir el servicio.</li><li>4. Hacer un análisis FODA para conocer sus fortalezas, debilidades y amenazas.</li><li>5. Taller de desarrollo de habilidades de supervisión para el manejo de conflictos que fortalecerá las relaciones laborales, productividad y motivación personal.</li><li>6. Reuniones mensuales con el personal de salud del hospital para mejorar las relaciones interpersonales.</li></ol>

**Tabla 7**

*Estrategias de potencialización o mejora en la dimensión trabajo en equipo y comunicación*

<b>OBJETIVO</b>	<b>POTENCIAL DE MEJORA</b>
Mejorar la comunicación en los equipos de trabajo	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fortalecer la comunicación, de acuerdo con la situación adecuada, haciendo uso del lenguaje técnico en los procedimientos de intervención al paciente.</li><li>2. Incentivar al nuevo personal a comunicar sobre cualquier incidente, o brindar su opinión para la mejoría del trabajo.</li><li>3. Capacitar al personal en cuanto a comunicación y motivación en el área laboral.</li><li>4. Promover los espacios de interacción entre el personal, para que así se genere confianza y en consecuencia se facilite la comunicación, directa y asertiva.</li><li>5. Capacitar al personal acerca del adecuado uso del lenguaje técnico para la comunicación en la atención.</li><li>6. Entrevistas al personal salud para conocer la comunicación interna del hospital.</li></ol>

## CONCLUSIONES

En esta investigación se llegó a la conclusión relacionada a los datos sociodemográficos, que la población total de estudio fue 124 personas con alta representatividad del personal de enfermería 59,6 %, con edades entre 31 a 40 años, de género femenino, de estado civil solteros, su mayoría reside en el sector urbano, con una experiencia en el área de 1 a 5 años.

También se pudo concluir con que, el clima de seguridad del paciente en la institución de salud es positivo al evaluar las 4 dimensiones: trabajo en equipo 66,67%, relación supervisor y jefe 60,22%, comunicación 58,18% y frecuencia de sucesos notificados 69,76%, sin embargo, es necesario mencionar que la relación supervisor jefe y la comunicación con el equipo de trabajo tienen una puntuación negativa significativa que puede a futuro afectar en la seguridad del paciente.

## **RECOMENDACIONES**

A las autoridades de la institución proponer estrategias de mejoramiento del clima de seguridad, propiciar eventos que coadyuven a fortalecer las dimensiones con un porcentaje negativo y evitar de esta forma existan complicaciones a futuro.

A los supervisores de área, mejorar la relación supervisor jefe, ya que la percepción negativa puede incrementarse dramáticamente en caso de que se presente un evento adverso que afecte la seguridad del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hinojosa Flores G. Cultura de seguridad de paciente y el registro de eventos adversos del profesional de enfermería de un establecimiento de tercer nivel Lima 2022. Patient safety culture and the registry of adverse events of the nursing professional of a third level establishment Lima 2022 [Internet]. 8 de enero de 2023; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8413>
2. López Frías E, Vicente Ruiz María V, De La Cruz García C. Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horiz Sanit.* 2019;18(2):201-10.
3. Martínez Reyes CR, Durango JA, Correa SMA, Palacio DMG. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. [Artículo Retractado]. *Civilizar.* 2019;17(33):277-92.
4. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023. Seguridad del paciente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Castillo Ramos EL. Seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2022 [citado 6 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/100939>
6. Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Salud UIS* [Internet]. 30 de marzo de 2021 [citado 6 de noviembre de 2024];53. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10959>
7. Alvarado Gallardo CM. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/7d0e58c4-f6a7-4c82-be36-226a146dcd43>

8. Coelho da Silva L, Pereira Caldas C, Silva Fassarella C, Souza PS de. Efeito da cultura organizacional para a segurança do paciente em ambiente hospitalar: revisão sistemática. *Aquichan*. 25 de junio de 2021;21(2):e2123-e2123.
9. Quijije Carrillo IA, Álvarez Montalvo NB, Guevara Santana DJ, Johnson GLL. Percepción de la cultura organizacional en profesionales de un hospital público Ecuador, 2022. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 23 de agosto de 2022;6(4):2272-87.
10. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N, et al. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit*. 2020;32(4):352-61.
11. Gavilanes L MJ, Aucatoma K, Piedrahita FM, Rivas A. La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. *Mediciencias UTA*. 1 de julio de 2021;5(3):32-41.
12. Rocco C, Garrido A. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de septiembre de 2017;28(5):785-95.
13. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 3 de marzo de 2021;34:500-13.
14. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality. *Clin Nucl Med*. 2019;40(8):660-2.
15. Mera Chávez J, Espinel Jara VM, Tapia Paguay MX, Tito Pineda AP, López Aguilar EC. Clima de seguridad del paciente en un hospital público de Imbabura, Ecuador. *Investig E Innov Rev Científica Enferm*. 19 de abril de 2024;4(1):7-18.
16. Muñoz Puga EE. Comportamiento organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Hospital de San Juan de Lurigancho [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6849?show=full>

17. Pinheiro M da P, Junior OC da S, Pinheiro M da P, Junior OC da S. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enferm Glob*. 2019;16(45):309-52.
18. Madrid Rodríguez A, Hernández Borges A. La calidad asistencial y seguridad del paciente, componentes clave en la atención. *An Pediatría*. 1 de octubre de 2022;97(4):227-8.
19. Abril F. EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE [Internet]. Ministerio de Salud Pública - Ecuador; 2020. Disponible en: <https://hjmvi.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Eventos-adversos.pdf>
20. Ramírez EL, Valenzuela MCS, Rodríguez RL, Aguilar SL, González GPP. Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la buap: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias Diálogos En Soc Conoc* [Internet]. 2021 [citado 6 de noviembre de 2024];9(23). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4576/457665440016/html/>
21. Barbosa MH, Neto JM, Oliveira KF, Nascimento KG, Felix MM dos S, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 26 de febrero de 2019 [citado 6 de noviembre de 2024];34(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561>
22. República del Ecuador. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008 [Internet]. Capítulo II: Derechos del buen vivir 2008 p. 2. Disponible en: <https://www.jdgservices.net/pdf/CONSTITUCION%20DE%20LA%20REPUBLICA%20DEL%20ECUADOR%202008.pdf>
23. Jefatura del Estado Ecuatoriano. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. [Internet]. BOE-A-2006-7899, Del derecho a la salud y su protección 2006 p. 2. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf>

24. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *An Fac Med.* 2001;62(1):82-4.
25. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Internet]. Revisión de 2021. Vol. 1. Ginebra - Suiza: ICN; 2021. 15 p. Disponible en: [https://www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/CoE\\_Version-for-Consultation\\_October-2020\\_ES.pdf](https://www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/CoE_Version-for-Consultation_October-2020_ES.pdf)
26. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Las rutas cuantitativa, cualitativa mixta.* 2.<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2023. 748 p.
27. Organización Internacional del Trabajo. Trabajadores de la salud en Ecuador: Quiénes son y qué proponen para mejorar sus condiciones laborales. 2022;2.
28. Calderón Macías ML, Herrera Velázquez M del R, Solórzano Solórzano SE. Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. *Rev Científica Sinapsis* [Internet]. 2019 [citado 6 de noviembre de 2024];2(15). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/215>
29. Herrera-Kiengelher L, Austria-Corrales F. Análisis del clima de seguridad del paciente en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. 14 de agosto de 2018;
30. Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E, Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 6 de noviembre de 2024];46(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662020000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662020000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Castilho DEC, Silva AEB de C, Gimenes FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias. *Rev Lat Am Enfermagem.* 1 de junio de 2020;28:e3273.

32. Oña LXC, Andrade LBS, Quintana JXI. Explotación laboral en el sector público ecuatoriano de la salud. Dilemas Contemp Educ Política Valores [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 6 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/articulo/view/2997>
33. del Valle Solórzano KS. La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. Rev San Gregor. noviembre de 2021;1(47):165-79.
34. Batista J, Rambo Grimm Toledo SA, dos Santos A, Chileider Klasa M das G, Vasconcelos Fracasso N, Terezinha Heimbecher C. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. Rev Cuba Enferm [Internet]. septiembre de 2022 [citado 6 de noviembre de 2024];38(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192022000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192022000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
35. Borneo Cantalicio E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias | Revista Peruana de Ciencias de la Salud. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2020;2(4):9.

## ANEXOS

### Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA DEL CANTÓN LAGO AGRIO, 2024

**Organización del investigador:** Universidad Técnica del Norte

**Investigador:** Dayanna Mishel Lozada Guevara

**Tutor/a Proyecto:** Msc. Paola Tito

EN LOS SERVICIOS:			
Emergencia	Centro quirúrgico	Cirugía	Medicina Interna
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO			
Introducción:			
<ul style="list-style-type: none"><li>De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente “Es un grave problema de salud pública, con base a estudios realizados con anterioridad, 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño ocasionado por la atención médica brindada en hospitales o de manera ambulatoria” (Sánchez Diana Aracely, 2021). Mantener una cultura de seguridad por parte de los profesionales de salud, se vuelve imprescindible, pues 14 de cada 100 pacientes sufren algunas infecciones asociadas a la atención en salud (IAS), lo que puede reducirse hasta la mitad aplicando medidas simples como el lavado de manos, de acuerdo al protocolo establecido (Naranjo Ydalsys, 2020).</li></ul> <p>El riesgo en el que incurre la asistencia médica en instituciones hospitalarias en general, especialmente aquel que es consecuencia de los errores durante la</p>			

<p>medicación, es otro de los problemas que está siendo abordado de forma prioritaria en los últimos años y a nivel de todo el mundo (Villarreal Jesús Zacarías, 2011). Ojeda y colaboradores en su estudio denominado Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal, menciona como resultados: El 70 % de profesionales percibe un clima organizacional no saludable; reflejado en cuatro dimensiones en proceso de avance y cuatro con bajos índices de respuesta, el 56,35 % refirió una cultura de seguridad positiva con dos dimensiones en fortalezas y tres en oportunidad de mejora.</p>
<p><b>Propósito del estudio</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir y evaluar el clima de seguridad en las Organizaciones de Salud posibilita la identificación y la gestión de la seguridad del paciente, proporcionando ayuda para un diagnóstico situacional, programas de educación continua, implementación de protocolos asistenciales y monitoreo de los eventos adversos. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente como estrategia inductora en la implantación de directrices y protocolos, para una asistencia segura es un factor determinante. La literatura refiere el "clima de seguridad" como el componente medible del clima de seguridad, evaluado por medio de las percepciones individuales y actitudes de los profesionales, siendo referida como la medida temporal del estado del clima de seguridad de una institución. La identificación de los factores que se asocian al clima de seguridad del paciente es una herramienta importante, capaz de diagnosticar factores que necesitan de perfeccionamiento dentro de las instituciones de salud y entre los profesionales, garantizando una atención segura y de calidad a los pacientes.</li> </ul>
<p><b>Descripción de los procedimientos</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La técnica que se utilizará en este estudio es la Encuesta, a los profesionales de la salud, administrativos y de servicio en el Hospital General Marco Vinicio Iza del Cantón Lago Agrio, utilizando la encuesta previamente elaborada y validada del Clima de seguridad del paciente (AHRQ Hospital Survey SOPS versión 2.0)</li> <li>• El Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): Hospital Survey SOPS versión 2.0, es un instrumento creado y validado para evaluar el clima de seguridad del paciente en las personas que tienen contacto con éste. Se considera meritorio mencionar que este instrumento ha sido traducido y adaptado al idioma español por el Ministerio de Sanidad de España, país pionero en promover la seguridad del paciente (Hernández et al., 2019). Para determinar la fiabilidad, tal como en la traducción y validación del cuestionario MOSPS por parte del Ministerio de Sanidad de España y en el pilotaje de la AHRQ, se utilizará el coeficiente de reproductibilidad Alfa de Cronbach para este estudio.</li> </ul>
<p><b>Riesgos y beneficios</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ningún riesgo, ya que el cuestionario aborda temas generales del ámbito laboral y el clima de seguridad. El beneficio que otorga, es contar con una base que permita plantear estrategias en relación al clima laboral y de seguridad del paciente, condiciones de trabajo que tienen cada uno de los trabajadores independientemente de su profesión y así contribuir a la mejora de la calidad de vida.</li> </ul>
<p><b>Confidencialidad de los datos</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el investigador es muy importante mantener su privacidad, por lo cual se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La información que nos proporcione será registrada sin su nombre y su información será confidencial, donde sólo el investigador tendrá acceso.</li> <li>2) Los datos obtenidos serán utilizados solo para uso de investigación.</li> </ol>
<p><b>Derechos y opciones del participante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación en este estudio es voluntaria y si usted decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica éste documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li> </ul>
<p><b>Información de contacto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al teléfono: 0997782844 que pertenece a la Directora de la investigación o envíe un correo electrónico <a href="mailto:mxtapia@utn.edu.ec">mxtapia@utn.edu.ec</a>, que pertenece al correo institucional de la Universidad Técnica del Norte.</li> </ul>

Habiendo leído el consentimiento informado, yo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, con CI \_\_\_\_\_, acepto participar  
 en el estudio y firmo en señal de conformidad.

\_\_\_\_\_  
 Nombre:  
 CI:

## Anexo 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN



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

### **CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES (VERSIÓN 2.0)**

- Reciba usted un cordial saludo de quienes conformamos la comunidad universitaria de la UTN, este estudio tiene el objetivo académico de culminar nuestros estudios de tercer nivel, para ello solicitamos de la manera más comedida sea parte del mismo, usted tiene la potestad de ser o no parte de él.
- Sus respuestas y los resultados son de absoluta confidencialidad. Por favor, responder cada una de las preguntas con toda sinceridad y veracidad posible.
- Se le pide completar los campos requeridos para sus datos generales, y posteriormente se le presentará un cuestionario relacionado a la seguridad del paciente. Lea atentamente las consignas y preguntas y responda según sea el caso.

#### **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

- Hombre  
 Mujer

**Residencia:**

- Urbana  
 Urbana marginal  
 Rural

**Nivel de instrucción:**

- Sin estudios  
 Primaria  
 Secundaria  
 Superior

**Estado civil**

- Soltero/a  
 Casado/a  
 Divorciado/a  
 Viudo/a  
 Unión libre

## DATOS LABORALES

**Su Cargo**

### 1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

<p><b><u>Enfermería</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Enfermera/o profesional de 4to nivel <input type="checkbox"/> 2. Enfermera/o profesional 3er nivel <input type="checkbox"/> 3. Interno/a de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Técnico o Tecnólogo en enfermería <input type="checkbox"/> 5. Auxiliar de enfermería</p> <p><b><u>Medico</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 6. Médico especialista/ Tratante <input type="checkbox"/> 7. Médico residente/ General <input type="checkbox"/> 8. Interno/a de medicina</p> <p><b><u>Otro cargo interdisciplinario</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Nutricionista <input type="checkbox"/> 10. Farmacéutico, Técnico farmacéutico <input type="checkbox"/> 11. Terapeuta Físico Ocupacional o del habla <input type="checkbox"/> 12. Psicólogo <input type="checkbox"/> 13. Terapeuta Respiratorio <input type="checkbox"/> 14. Trabajador social <input type="checkbox"/> 15. Tecnólogo en Rayos x, EKG, Laboratorio <input type="checkbox"/> 16. Obstetra</p>	<p><b><u>Supervisor, director, jefe clínico</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 17. Supervisor, líder de medicina, líder de enfermería, director médico asistencial</p> <p><b><u>Apoyo</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 18. Personal de alimentación <input type="checkbox"/> 19. Personal de limpieza <input type="checkbox"/> 20. Informática, administración de información de salud, informática clínica <input type="checkbox"/> 21. Seguridad</p> <p><b><u>Otro</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 22. Otro, por favor, especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>
---	--

**Su unidad- servicio/ área de trabajo**

2. Piense en su "servicio" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su servicio o área de trabajo principal en este hospital?  
Marque solo UNA respuesta.

<p><b><u>Servicios médicos/quirúrgicos</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Servicio médica/quirúrgica combinada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Servicio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Anestesiología</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Endoscopia, Colonoscopia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Pre Operatorio, quirófano, Post Operatorio, Peri Operatorio.</p> <p><b><u>Servicios de cuidado de pacientes</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 6. Emergencias</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Medicina Interna</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Cirugía</p>	<p><b><u>Servicios clínicos</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Laboratorio/ Patología</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Radiología/Imágenes</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Terapia respiratoria</p> <p><b><u>Servicios de apoyo</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 13. Personal de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Servicios de limpieza</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Servicios de seguridad</p> <p><b><u>Otro</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 16. Otro, por favor, especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	---

**Preguntas Generales**

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

**2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su servicio/área de trabajo actual?**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

**3. Por lo general, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**

- a. Menos de 30 horas a la semana
- b. De 30 a 40 horas a la semana
- c. Más de 40 horas a la semana

**4. En su cargo, ¿Tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**

- a. SÍ, tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, no tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

## **II.- Cuestionario de Seguridad del Paciente**

A continuación, se le presentan una serie de preguntas en escala Likert, relacionadas a la seguridad del paciente y posibles incidentes. Culminar el cuestionario puede llevarle de 20 a 25 minutos.

La Seguridad del Paciente: Son todas las actividades orientadas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Los Incidentes: Son cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

Por favor marcar con X la casilla correspondiente según sea el caso:

**OJO: Para la Opción NO APLICA / NO SABE**, la marcará únicamente cuando sus funciones no tienen ninguna relación con la pregunta, o la ignora completamente.

<b>SECCIÓN A: SOBRE MI ÁREA DE TRABAJO</b>							
<b>¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su 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>	<b>NO APLICA / NO SABE</b>
<b>1.</b>	En mi área de trabajo, el personal trabaja eficientemente como un verdadero equipo.						
<b>2.</b>	En mi área de trabajo, hay personal suficiente para llevar a cabo todo el trabajo.						
<b>3.</b>	En mi área de trabajo, podemos extender el tiempo de trabajo si es necesario para la mejoría del paciente.						
<b>4.</b>	En mi área de trabajo, se evalúan constantemente los procedimientos por si es necesario mejorarlos.						
<b>5.</b>	En mi área de trabajo dependemos demasiado de personal temporal o rotativo.						
<b>6.</b>	En mi área de trabajo, el personal siente que al cometer errores son usados en su contra.						
<b>7.</b>	En mi área de trabajo, cuando se presenta un incidente, se siente que se reporta más a la persona y no el incidente.						
<b>8.</b>	En mi área de trabajo, el personal se apoya mutuamente para lograr una buena atención.						
<b>9.</b>	En mi área de trabajo, existen problemas debido a comportamientos irrespetuosos en el personal.						
<b>10.</b>	En mi área de trabajo, el personal busca aprender de los errores y no buscar culpables.						
<b>11.</b>	En mi área de trabajo, las cosas se hacen tan rápido que afecta negativamente a la seguridad del paciente.						
<b>12.</b>	En mi área de trabajo, se evalúan los cambios que se hicieron para ver su efectividad en la seguridad del paciente.						
<b>13.</b>	En mi área de trabajo, falta apoyo para el personal que comete errores en el cuidado del paciente.						
<b>14.</b>	En mi área de trabajo, se permite que sucedan incidentes en la atención del paciente reiteradas veces.						

<p align="center"><b>SECCIÓN B: SOBRE SUPERVISIÓN</b></p> <p align="center">¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?</p>	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	NO APLICA / NO SABE
<p>1. Los directivos o jefes de servicio, toman en cuenta todas las sugerencias de parte del personal para mejorar la seguridad del paciente.</p>						
<p>2. Los directivos o jefes de servicio, exigen que trabajemos lo más rápido posible, aunque esto implique no seguir adecuadamente los procedimientos del cuidado del paciente, y a pesar de que esto pueda causar un incidente.</p>						
<p>3. Los directivos o jefes de servicio, toman medidas de acción para solucionar los problemas que se les han comunicado acerca de la seguridad del paciente.</p>						

<p align="center"><b>SECCIÓN C: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO</b></p> <p align="center">¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?</p>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	NO APLICA / NO
<p>1. En mi área de trabajo, siempre nos informan sobre los errores e incidentes que se cometen en esta área de trabajo.</p>						
<p>2. En mi área de trabajo, al cometer errores o causar un incidente, se conversa acerca de las maneras o procedimientos para evitar que vuelvan a ocurrir.</p>						
<p>3. En mi área de trabajo, nos informan y mantienen al tanto sobre todos los cambios que se hacen según los eventos que suceden y reportan.</p>						

4. En mi área de trabajo, el personal tiene la confianza y la seguridad de informar algún evento que pueda afectar negativamente al cuidado del paciente.						
5. En mi área de trabajo, cuando alguien con mayor autoridad está realizando un mal procedimiento o algo que pueda causar un incidente, el personal de esta área se lo dice.						
6. En mi área de trabajo, cuando el personal habla sobre las preocupaciones de la seguridad del paciente, las autoridades escuchan atentamente.						
7. En mi área de trabajo, el personal tiene miedo de preguntar cuando algo parece no estar bien.						

<b>SECCIÓN D: SOBRE LOS REPORTES DE EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>  <b>Piense en su unidad/área de trabajo:</b>		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	NO APLICA / NO SABE
1.	Quando en la atención al paciente se encuentra un error, y este se corrige de inmediato antes de afectar al paciente ¿Con qué frecuencia se reporta el error?						
2.	Quando se cometió un error que afectó a un paciente pudiendo causarle mucho daño, pero por suerte no le afectó ¿Con qué frecuencia se reporta?						
3.	¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente (Incidentes) ha identificado y reportado en estos últimos 12 meses?						
	a. Ninguno	b. 1 a 2	c. 3 a 5	d. 6 a 10	e. de 11 a más		

<b>SECCIÓN E: SOBRE LA CALIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>					
1.	¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU ÁREA DE TRABAJO?				
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE

<p style="text-align: center;"><b>SECCIÓN F: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO</b></p> <p style="text-align: center;">¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?</p>	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	NO APLICA / NO SABE
1. Las acciones administrativas en este hospital, muestran que la prioridad y lo más importante es la seguridad del paciente.						
2. La administración en este hospital, nos brinda todos los recursos adecuados y necesarios para mejorar la seguridad del paciente.						
3. La administración en este hospital, se interesa en la seguridad del paciente solamente cuando ocurre o sucede algún evento adverso (incidente)						
4. Cuando se transfieren pacientes de una unidad a otra, casi siempre se omite información importante.						
5. En los cambios de turno, frecuentemente se obvia y se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.						
6. En los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información necesaria sobre el cuidado del paciente.						

<b>SU OPINIÓN Y COMENTARIOS</b>
<p><b>Por favor, si tiene alguna opinión o comentario acerca del cómo se hace o podría hacerse el trabajo en su hospital que pueda beneficiar la seguridad del paciente, coméntelo en el siguiente campo:</b></p>

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**