



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

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS UNIDADES
OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO EN EL
PERÍODO 2013-2014.

AUTORAS:

Ipiales Yamberla Daniela Beatriz
Ordoñez Álvarez Andrea Lucía

DIRECTORA DE TESIS:

Lcda. Mercedes Cruz. Msc.

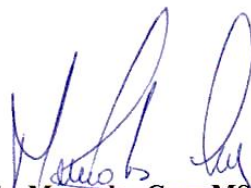
IBARRA-ECUADOR

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Magister Mercedes Cruz, en calidad de directora de Tesis, certifico que, el presente trabajo de tesis titulado “PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO EN EL PERÍODO 2013-2014.”, previo a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería, fue realizado bajo mi tutoría y siguiendo los lineamientos establecidos por la Facultad Ciencias de la Salud, por Daniela Beatríz Ipiales Yamberla y Andrea Lucía Ordóñez Álvarez autoras del mismo, reúne los requisitos necesarios y méritos suficientes para poder ser presentado y evaluado por parte del jurado que se designe.

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



Lic. Mercedes Cruz MSc.

DIRECTORA DE TESIS

C.I.100150053-5



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

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

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE IDENTIDAD	100358317-4
APELLIDOS Y NOMBRES	IPIALES YAMBERLA DANIELA BEATRÍZ
DIRECCION	RIO QUININDÉ 11-60 Y PALORA (LOS CEIBOS)
EMAIL	dannydaniel1@hotmail.es
TELEFONO	0959436621

CEDULA DE IDENTIDAD	100332302-7
APELLIDOS Y NOMBRES	ORDÓÑEZ ÁLVAREZ ANDREA LUCÍA
DIRECCION	GALÁPAGOS Y EMPALME S/N (MIRAVALLE)
EMAIL	andrea18181@hotmail.com
TELEFONO	0997262932

DATOS DE LA OBRA

TITULO	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO EN EL PERÍODO 2013-2014.
AUTORES	Ipiales Daniela y Ordóñez Andrea
FECHA	2014/10/20
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA	PREGRADO x POSGRADO

TITULO POR EL QUE OPTA	LICENCIADA EN ENFERMERIA
ASESOR/DIRECTOR	Lcda. Mercedes cruz MSc.

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Nosotros, **Ipiáles Yamberla Daniela Beatriz y Ordóñez Álvarez Andrea Lucía**, con cedula de identidad N° 100358317-4 y N° 100332302-7 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 20 días del mes de Octubre de 2014

LAS AUTORAS



Ipiáles Yamberla Daniela Beatriz
C.I. 100358317-4



Ordóñez Álvarez Andrea Lucía
C.I.100332302-7

ACEPTACIÓN



Nombre: **Ing. Betty Chávez**
Cargo: **Jefe de Biblioteca**

Facultado por resolución del Consejo Universitario.



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

Nosotros, **Ipiales Yamberla Daniela Beatriz y Ordóñez Álvarez Andrea Lucía**, con cedula de identidad N° 100358317-4 y N° 100332302-7 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica Del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO EN EL PERÍODO 2013-2014.”**, que ha sido desarrollada para optar por el título de Licenciadas en Enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En nuestra concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Firman

LAS AUTORAS

Ipiales Yamberla Daniela Beatriz
C.I. 100358317-4

Ordóñez Álvarez Andrea Lucía
C.I. 100332302-7

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta esta importante etapa de mi formación profesional, a mis padres por haberme dado la oportunidad de formarme académicamente, a mis familiares por el inmenso apoyo a lo largo de mi vida.

Dedico el esfuerzo de este trabajo a mi abuelito quien a pesar de ya no estar junto a mi sigue siendo mi más grande fortaleza y mis ganas de seguir adelante, quien incondicionalmente me brindo su cariño, y su amor de abuelo, a quien desde el fondo de mi corazón digo que es el más grande de los hombres y el ejemplo de vida que tengo hasta el día de hoy, a quien estaré inmensamente agradecida y siempre lo llevare en mi corazón.

“Danny”

Este trabajo se lo dedico a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi Madre, quien a lo largo de mi vida me ha brindado amor, sabiduría y paciencia en los buenos y malos momentos velando por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional, depositando en mi toda su confianza, sin ella jamás hubiese podido salir adelante. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho que se convierta en mi gran ejemplo a seguir.

“Andre”

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios el ángel que ha guiado mi camino y poder llegar hasta este momento tan importante de mi vida. A mis abuelitos con quienes crecí y quienes me brindaron siempre su cariño y amor. A mi familia quienes me han dado siempre el apoyo moral incentivándome a seguir adelante.

A mi padre uno de mis pilares por ser ejemplo de arduo trabajo y tenaz lucha en la vida, quien siempre me ha impulsado a luchar por mis sueños. A mi madre quien me ha brindado su amor, su comprensión, su bondad y sobretodo su cariño.

A mi novio, esa persona especial quien me ha apoyado en mis decisiones siempre estando para mí incondicionalmente. A mi amiga y compañera de tesis con quien he compartido grandes, buenos y malos momentos gracias “ÑAÑIS”. Son demasiadas las personas que han formado parte de mi vida cotidiana como profesional a quienes agradezco inmensamente que Dios siempre les bendiga.

“Danny”

Agradezco a Dios por dame la oportunidad de despertar cada mañana, quien me fortalece y guía mi camino. A mis padres y hermanos quienes han inculcado en mí muchos valores, quienes me han brindado su apoyo incondicional durante toda mi vida gracias por confiar siempre en mí, por darme el valor para continuar y porque son el motivo por el cual he logrado todos mis propósitos.

A mi compañera de tesis y amiga Danny ya que este trabajo es el resultado de un esfuerzo realizado en conjunto, además de haber compartido grandes momentos juntas. A las personas que han llegado a formar parte de mi vida y mi corazón gracias por sus consejos y buenos deseos.

“Andre”

TABLA DE CONTENIDOS

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TABLA DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPITULO I.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos	9
1.4.1 General	9
1.4.2 Específicos	9
1.5 Preguntas de investigación	10
CAPÍTULO II	11
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Cultura de seguridad del paciente.	16
2.2.1 Eventos adversos	17
2.2.2 Disponibilidad de personal.....	18
2.2.3 Política de seguridad del paciente en el sistema nacional de salud.....	19
2.2.4 Frecuencia con la ocurren los eventos adversos	20
2.2.5 Trabajo en equipo.....	20
2.2.6 Sistema de notificación de eventos adversos	21

2.2.7 Atención Primaria	22
2.3 Caracterización de las unidades operativas del Cantón Quijos.....	22
2.3.1 Historia.....	23
2.3.2 Misión y Visión:.....	24
2.3.2.1 Misión	24
2.3.2.2 Visión	24
CAPITULO III.....	25
3. METODOLOGIA	25
3.1 Tipo de estudio.....	25
3.2 Diseño	25
3.3 Población de estudio	25
3.4 Criterio de inclusión y exclusión:	26
3.4.1 Criterios de Inclusión	26
3.4.2 Criterios de exclusión.....	26
3.5 Técnicas e instrumentos.....	26
3.5.1 Técnicas	26
3.5.2. Instrumentos:.....	26
3.6 Procedimiento.....	27
3.7 Validez y confiabilidad	28
3.8 Variables	28
3.8.1 Caracterización de variables	28
3.8.1.1 Variables dependientes.....	28
3.8.1.2 Variables independientes.....	29
CAPÍTULO IV.....	35
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
4.1 Sección A / Ambiente Laboral.....	36
4.2 Sección B / Su líder de enfermería	50
4.3 Sección C / Su institución	51
4.4 Sección D / Comunicación.....	54
4.5 Sección E / Frecuencia de eventos adversos / errores reportados.....	59
4.6 Sección F / Grado de seguridad del paciente	60
4.7 Sección G / Número de eventos adversos / errores reportados.....	61

4.8 Sección H / Antecedentes	62
4.9 Conclusiones	66
4.10 Recomendaciones.....	67
CAPÍTULO V	69
5 PROPUESTA.....	69
5.1 Introducción	69
5.2 Justificación.....	69
5.3 Objetivos	70
5.3.1 General	70
5.3.2 Específicos	70
5.4 Metodología	71
Módulos de estudio	72
5.5 Módulos	72
5.5.1 Módulo I.....	72
5.5.2 Módulo II	74
5.5.3 Módulo III.....	76
5.5.4 Módulo IV.....	80
5.5.5 Módulo V	84
Bibliografía	98
ANEXOS	106
ANEXO 1.....	107
Clasificación de términos en seguridad del paciente / Taxonomía.....	107
ANEXO 2.....	111
Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente.	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Trabajo en equipo.....	36
Gráfico 2 Trato entre el personal.....	37
Gráfico 3 Acciones sobre Seguridad del Paciente.....	38
Gráfico 4 Registro de errores en hojas de vida.....	39
Gráfico 5 Disponibilidad del personal.....	40
Gráfico 6 Disposición del personal frente a carga laboral.....	41
Gráfico 7 Cargo de tiempo adicional para el cuidado del paciente.....	42
Gráfico 8 Asignación temporal de personal.....	43
Gráfico 9 Trabajo colaborativo en la unidad.....	44
Gráfico 10 Toma de decisiones para fortalecer el cambio.....	45
Gráfico 11 Percepción de la notificación del evento adverso.....	46
Gráfico 12 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	47
Gráfico 13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente.....	48
Gráfico 14 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.....	49
Gráfico 15 Aceptación de la opinión del personal.....	50
Gráfico 16 Ambiente laboral para la seguridad del paciente.....	51
Gráfico 17 Interés en seguridad del paciente.....	52
Gráfico 18 Notificación de errores.....	53
Gráfico 19 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	54
Gráfico 20 Análisis de toma de decisiones.....	55
Gráfico 21 Aceptación de opinión del personal.....	56
Gráfico 22 Percepción de prevención de errores.....	57
Gráfico 23 Opinión del personal.....	58
Gráfico 24 Reporte de errores.....	59
Gráfico 25 Valoración de seguridad del paciente.....	60
Gráfico 26 Eventos adversos reportados.....	61
Gráfico 27 Carga horaria laboral.....	62
Gráfico 28 Desempeño laboral vigente.....	63
Gráfico 29 Relación del cuidado.....	64
Gráfico 30 Desempeño laboral.....	65

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de relación de variables.....29

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO EN EL PERÍODO 2013-2014.

**Autores: Daniela Beatríz Ipiales Yamberla
Andrea Lucía Ordoñez Álvarez
Directora de Tesis: Lic. Mercedes Cruz**

RESUMEN

La seguridad del paciente es un tema que está siendo constantemente investigado y con el pasar de los años va a seguir siendo una cuestión de mucha importancia no solo por el personal de Enfermería sino por todos los profesionales, por esto, es preciso que todos los trabajadores de salud que prestan atención directa al paciente debe saber que es un factor esencial dentro de la calidad asistencial.

Este fue un estudio observacional descriptivo exploratorio de corte transversal, ya que engloba la recolección de datos, desarrolla un proceso social y analiza creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente con esto podemos decir que el objetivo de este estudio aplicado, fue evaluar la percepción que tienen el personal de Enfermería que brinda cuidados en atención primaria de todas las unidades operativas del cantón Quijos sobre este tema para lo cual se tomó como referencia la encuesta “Hospital Survey of Patient Safety Culture”, versión en español “Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente - QUIC”, arrojando datos que se extrajeron mediante el programa SPSS y poder analizarlos.

El análisis de la información recogida permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de salud en cuanto a cultura de seguridad y que evidencia que este es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal que labora día a día con los pacientes sobre todo cuando es en contacto directo.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente, Calidad, Cultura de Seguridad del Paciente.

PERCEPTION OF NURSING STAFF ABOUT CULTURE OF PATIENT SAFETY IN PRIMARY CARE IN THE OPERATION ALUNITS OF QUIJOS CANTON, NAPO PROVINCE IN 2013- 2014 PERIOD.

**Authors: Daniela Beatríz Ipiales Yamberla
Andrea Lucía Ordoñez Álvarez
Thesis Director: Lic. Mercedes Cruz**

ABSTRACT

Patient safety is a theme that is constantly being researched and which over the years will be a topic of great importance not only for the nursing staff but for all professionals, for this reason it is necessary that all health care workers who provide direct patient care should know that is an essential component of health care quality.

This was an exploratory descriptive observational cross-sectional study that includes data collection, develops a social process and analyzes beliefs and attitudes that have nursing staff on patient safety culture, with this we can say that the purpose of this applied study was to evaluate the perceptions of nursing staff providing care in primary care for all operation a l units of Quijos canton in this topic, so that as a reference we take the survey “Hospital Survey on Patient Safety Culture” Spanish version “Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente - QUIC” throwing data extracted by the SSPS program and analyze the data.

The analysis of the information collected allowed us to establish the perception that health professionals have about safety culture, and evidence that this is a process that involves changes in conceptions and practices of staff that works daily with patients especially when it is in direct contact.

KEYWORDS: Patient Safety, Quality, Patient Safety Culture

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS
UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS, PROVINCIA DE NAPO
EN EL PERÍODO 2013-2014.**

INTRODUCCIÓN

La Seguridad de los pacientes es una investigación que se encuentra aún en sus comienzos, incluso en los países donde se han realizado progresos no se ha podido avanzar por diferentes factores como es la infraestructura y financiación disponible, estas son escasas en relación con la magnitud del problema. Esto dificulta la formación de equipos de investigación y la infraestructura necesaria para respaldar la mejora de la atención. (OMS, Mayor conocimiento para una atención segura, 2008)

Dentro de la atención en salud, la seguridad del paciente es un componente vital que durante los últimos años se lo ha tomado con más seriedad. Con el paso del tiempo las Organizaciones de Salud se han dado cuenta de las grandes falencias que existen en relación a este tema, los posibles eventos adversos que pueden ser evitados, buscar las mejores soluciones para corregir los errores y aprender de ellos, este mejoramiento y el cambio continuo será indispensable para llevar a cabo una mejor calidad de atención en salud.

Los sistemas modernos y la gente en sí cometen errores ya sea por fallas o descuidos esto aumenta el riesgo de que se presente un evento adverso mismo que podrían afectar a los pacientes sufriendo daños con grados de severidad o incluso fatales pero a medida que la ciencia y la tecnología avanzan es indispensable hacer un análisis, una discusión y un plan de acción entre todos los profesionales involucrados sobre la seguridad del paciente y considerarlo como un pilar de gestión en salud.

A través de la literatura existente, podemos decir que el primer enfoque es centrarse en la magnitud del problema y lograr disminuir la incidencia de los errores, el otro es poner énfasis en todos los elementos de la cultura y las condiciones, mismas que van a determinar las actividades diarias que cada profesional realice. Estas dos opciones pueden aplicarse de forma integral permitiendo así, que la seguridad forme parte de la calidad de atención y dando la posibilidad de que los

profesionales tomen conciencia y poner en marcha prácticas seguras para generar una cultura de seguridad.

El objetivo y el propósito del estudio fue poder dispersar la información sobre la cultura de la seguridad, aumentar el conocimiento sobre el tema, establecer una base de la cultura de la seguridad partiendo de la percepción que tienen los profesionales de enfermería referente a las políticas de salud y los procedimientos existentes para lograr que, la seguridad de los pacientes sea efectiva y fortalecer la implementación de la cultura de la seguridad dentro de las unidades operativas.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La Seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por organismos como la Organización Mundial de Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias. (Ministerio de sanidad y consumo, 2006)

El tema sobre seguridad del paciente inicio en el año 2000 después de la publicación de un libro por el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias en los Estados Unidos, titulado “Errar es humano”, este libro produjo un impacto mundial ya que cada año ocurren entre 44000 y 98000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención. (Gómez Ramírez, Zoto Gamex, Aranas Gutiérrez, Garzón Salamanca, & González Vega, 2011).

Es un tema universal comprometido profundamente con el ejercicio moderno de la medicina ya que de este depende la calidad de la misma. Desde la Organización Mundial de la Salud hasta diversos gobiernos del mundo, así como profesionales de la salud han hecho el llamado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial.

En el siglo XXI la seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. A su vez, los eventos adversos, considerados como acontecimientos asociados al proceso asistencial que suponen

consecuencias negativas para los pacientes, implican problemas de ineficiencia en los diferentes sistemas sanitarios.

Así, aunque la preocupación por la seguridad del paciente siempre ha estado muy presente entre los profesionales sanitarios, se convirtió en algo prioritario a raíz de la publicación en 1999 del informe “To Error is Human: Building a Safer Health System”, que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. Estos errores médicos, traducidos en sobrecostes, afectan a los sistemas sanitarios, ya que ambos conceptos están directamente relacionados con la seguridad del paciente. (Escobar Pérez, Lobo López, & Sala Turrens, 2009).

En la actualidad este tema está siendo promovido en varios países a nivel mundial por parte de los gobiernos, organizaciones relacionadas con la salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Luego se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción nacionales e institucionales en especial en hospitales pero también en todo tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud. (Ceriani Cernadas, 2009)

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue: "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente", realizado en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social en junio de 2008 seguido en el 2009 de la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. (Ministerio de la Protección Social, Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, 2008).

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), en una de las recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005 para la Estrategia en seguridad del paciente la cual determina que, hay que incentivar actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de los profesionales. (Urquiza, Rodríguez Ruiz, & Sanchez Almagro).

Cada año, a nivel mundial casi diez millones de pacientes mueren o sufren lesiones como consecuencia de prácticas médicas inseguras. La problemática de la seguridad del paciente es parte del mundo de la salud y son múltiples los factores que se interrelacionan con la atención pero sobretodo deben ser tenidos en cuenta durante el proceso asistencial para que no se traduzcan en fallos que conduzcan al error.

El interés del tema no es solo a nivel institucional y humano, sino también a nivel académico, tecnológico y gubernamental. Para ello es necesario que cada prestador de servicios de salud construya una cultura institucional en materia de seguridad del paciente, que genere en su personal la adopción de prácticas seguras. Éste es el punto de partida para disminuir al mínimo la posible incidencia de eventos adversos. (Casper, 2012).

La seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad; es por esto que el sistema de salud tiene mucho interés en que todos los que somos responsables de brindar atención y cuidado directo al paciente nos involucremos con las actividades diarias que se brindan en una unidad de salud; destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y en sí a mejorar la calidad de atención primaria.

La cultura sobre seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas, que permitan garantizar la ausencia de un daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud, mismas que surgen a partir del desarrollo investigativo y a la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al usuario que está a su cuidado. (Gómez Ramírez, Arenas Gutiérrez, Gonzáles Vega, Salamanca Garzón, Mateus Galeano, & Soto Gamez, 2011).

El nivel que poseen los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente es esencial para mejorar la calidad de atención, puesto que, la cultura de la seguridad del paciente es actualmente un tema que brinda la posibilidad de implementar medidas necesarias para mejorar la calidad de atención. (Fajardo Dolci,

Rodriguez Suárez, Arboleya Casanova, Rojano Fernandez, Hernandes Torres, & Santacruz Varela, 2010).

Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y cuidados que reciben los pacientes no les supongan ningún daño, lesión o complicación más allá de las derivadas de la evolución natural de la propia enfermedad que padezcan.

Es así, que el tema de los eventos adversos ha recibido mucha atención a nivel internacional y en base a varias declaraciones de quienes dirigen los organismos multilaterales y nacionales de salud pública respecto a la magnitud del problema y su impacto, han impulsado el desarrollo de iniciativas de financiación para su estudio y búsqueda de soluciones.

A nivel internacional esta temática genera gran controversia y posiciones antagónicas que surgen por varios motivos y que son aplicados desde varios puntos de vista, como son varias metodologías de detección, evaluación, análisis e investigación que requieren mayor valoración para conocer su validez y utilidad en diferentes escenarios culturales, y por último, diferentes respuestas de las sociedades contemporáneas para afrontarlos.

“La seguridad de los pacientes se ha convertido en uno de los principales dominios de la calidad asistencial. La complejidad de la práctica clínica, con la aparición de nuevas patologías, el incremento de las intervenciones clínicas y la utilización creciente de los medicamentos, genera en ocasiones efectos no deseados denominados incidentes (Inc) y efectos adversos (EA). Los EA siguen representando una importante fuente de morbi mortalidad en la atención sanitaria que pone de relieve la necesidad de seguir trabajando en la seguridad clínica. Se trata de un problema frecuente, potencialmente grave y con gran impacto económico, sanitario y social. ” (Rico Pisuerga & Otero Prol).

De acuerdo a la declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud en 1978 convocada por la OMS, se considera como la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, siempre al alcance de todos los individuos y la comunidad.

Considerada como parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico, este concepto engloba un sin número de acciones como son diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación mismos que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad además de ser un nivel básico.

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual se puede proporcionar mejor la salud a la población con equidad y con menores costos, garantizando la continuidad de la atención y de manera integral e inclusive realizando actividades de promoción, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud así como la rehabilitación física y el trabajo social.

1.2 Formulación del problema

La existencia de una cultura de seguridad del paciente contribuye a la prevención y control de infecciones (PCI) y la presencia de diferentes eventos adversos. Podemos decir que existe una cultura cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen su responsabilidad y el personal se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas. Para poder realizar un trabajo eficaz, los profesionales deben comprender la cultura de su organización. (M Soule).

El interés por la seguridad del paciente como un punto clave de la calidad de atención en salud, es un problema de magnitud mundial, la misma que se encuentra promovida por la OMS a partir del 2004 a través de la Alianza para la Seguridad del

Paciente. Todo esto se puede evidenciar gracias a todos los estudios que se han realizado y que han sido publicados arrojando datos que son alarmantes, tanto en el ámbito profesional como en el administrativo. A partir de estos datos podemos estimar la generación de los eventos adversos como consecuencias letales o de daño permanente. Después de tener en cuenta esto es necesario encontrar la forma de minimizarlos.

La organización y percepción sobre cultura de seguridad del paciente es una fuerza poderosa que debe ser considerada al momento de implementar o cambiar prácticas orientadas a la disminución de eventos adversos. Está basado en el comportamiento individual y colectivo lo que permite un desempeño organizacional para conseguir buenos resultados en la prevención de los mismos; en la actualidad este tema es vital en la implementación de sistemas de salud para la prevención y control.

Además una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en las Instituciones de Salud, debe perfilarse como uno de los requisitos más significativo para que una unidad de salud pueda funcionar y sobre todo para gestionar soluciones y poder conseguir buenas prácticas.

Son estas algunas de las razones por las cuales hay que tomar en cuenta la percepción que tenemos los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad de los pacientes, todas estas inquietudes hacen necesario el desarrollo de la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción sobre cultura de los cuidados y seguridad del paciente que posee el personal de enfermería en atención primaria de salud en las unidades operativas del cantón Quijos-Provincia de Napo?

1.3 Justificación

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en Instituciones de Salud es uno de los requisitos esenciales para evitar el riesgo inherente a las prácticas en atención, sin excluir el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos mismos que, servirán para evitar que estos vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorarla, lo que es algo fundamental que siempre va a influir en la calidad de atención en cualquier unidad que brinde cuidado, convirtiéndose así, en un tema de interés general en esta área, con el objetivo de poder brindar protección, satisfacción y bienestar a los diferentes pacientes que depositan la confianza en el personal, que está en contacto directo con ellos.

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

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más seguras requiere que, la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimientos con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de lo que se quiere lograr; es decir; una cultura en la atención. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de instaurar o fomentar un entorno seguro, así como instituir una cultura que sea justa, educativa y responsable.

Es por esto que el desarrollo de esta tesis busca fomentar y consolidar una cultura de seguridad dentro de las unidades operativas del cantón Quijos mediante la realización de un curso virtual auto administrado sobre este tema, el cual, ha sido diseñado con carácter informativo y educativo haciendo que su implementación beneficie tanto a los pacientes que reciben atención como al personal de enfermería

el cual, debe estar capacitado en cuanto a una adecuada cultura de seguridad de los usuarios.

Esto permitirá de cierto modo la toma de conciencia y educación en actividades asistenciales fortaleciendo la interacción entre el personal de salud y a la vez con los paciente; reduciendo los factores de riesgo para el usuario, evitando que sufra algún tipo de evento adverso durante su atención o tratamiento, mejorando la calidad de atención en salud y cumpliendo en gran parte con la ley orgánica de salud.

Cabe mencionar que el tema es de gran relevancia para el personal de enfermería de las unidades operativas del cantón Quijos ya que es una investigación pionera a nivel del país y de la región, con el desarrollo de una cultura de seguridad positiva que se caracterice por una comunicación basada en la confianza, comparta la percepción de la importancia de la seguridad y confíe en la eficacia de las acciones preventivas para que puedan reconocer sus errores, los informen y aprendan de ellos y, mediante esto puedan adoptar prácticas seguras para disminuir la incidencia de posibles eventos adversos. (Astier, Maderuelo, & Olivera, 2012).

Hay que recalcar que este estudio nos favoreció a nosotros como futuros licenciados en salud y a los estudiantes que siguen la carrera de enfermería, en la dispersión de la información así como en desarrollarnos como profesionales no solo brindando cuidado directo sino poner énfasis en la calidad de atención que brindamos a nuestros usuarios y en evitar la presencia de eventos adversos que pueden causar daño severo e innecesario.

Además el objetivo no es solo recoger los datos; esto poco o nada influye en la seguridad del paciente; sino el hecho es estimular e impactar a todos los integrantes de cada una de las instituciones comprometidas con este tema, para trabajar en la búsqueda del mejoramiento continuo con lo cual se logrará la satisfacción del usuario y los buenos resultados institucionales.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- ❖ Determinar la percepción del personal de enfermería en atención primaria de salud, sobre cultura en seguridad del paciente en las unidades operativas del cantón Quijos.

1.4.2 Específicos

- ❖ Identificar las características laborales del personal de Enfermería de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral.
- ❖ Describir las características predominantes en la organización, gestión y procesos de comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en las unidades operativas del cantón Quijos.
- ❖ Determinar cómo influyen las actitudes y comportamientos del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente en la notificación de sucesos en la atención primaria.
- ❖ Elaborar una propuesta educativa mediante un curso virtual auto-administrado con la finalidad de promover una cultura de seguridad y calidad de atención primaria en las unidades operativas del cantón Quijos.

1.5 Preguntas de investigación

- ❖ Cómo la experiencia y el área de desempeño del personal de Enfermería, influye sobre la percepción en seguridad del paciente
- ❖ ¿Qué características predominantes posee la organización, y gestión y comunicación interna de las unidades operativas para garantizar la seguridad del paciente?
- ❖ ¿Cómo influye las actitudes y comportamientos del personal de enfermería relacionado con la seguridad del paciente en la notificación de sucesos en la atención primaria?
- ❖ ¿Es necesaria la elaboración de una propuesta educativa de un curso virtual auto-administrado para promover una cultura de seguridad y calidad de atención primaria en las unidades operativas del cantón Quijos?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de atención y se ha vuelto un tema de gran interés en el área de salud. La falta de seguridad para los pacientes es un problema que se presenta en todos los niveles de salud tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

Es por esto, que se necesita promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar bienestar a los pacientes; haciéndose indispensable poseer bases técnicas que apoyen los procesos que garantizan la calidad en salud por parte de quienes participan directa e indirectamente en el cuidado diario del usuario.

Estudios manifiestan la presencia de efectos no deseados en la asistencia sanitaria mismos que pudieron haber sido evitados; la actividad humana está sujeta a errores, y la medicina junto al desarrollo tecnológico y científico se ha transformado en un sistema complejo que presenta riesgos potenciales de sufrir un evento adverso. De ahí que la importancia de la calidad asistencial se ha convertido en un tema prioritario para el sistema de salud.

En las instituciones de salud, la cultura de seguridad es considerada como un requisito esencial para evitar la ocurrencia de incidentes, por lo que, para lograr una adecuada cultura de seguridad es importante la organización, trabajo en equipo, liderazgo y comunicación. Para que esto pueda ser positivo debe haber el estímulo a

la notificación de incidentes considerándose como una herramienta eficaz para mejorar la calidad de una cultura en seguridad del paciente. (Camargo Tobias, Quieroz Bezerra, Silveste Branquinho, & de Camargo Silva, 2014).

El Ecuador, es un país en el cual no se le ha dado la importancia que merece el tema referente a la seguridad del paciente, ya que a nivel nacional no se han encontrado registro alguno sobre este tema de vital importancia; mientras que en otros países se han realizado varias investigaciones relacionados, como es el estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS) en donde han participado varios países de Latinoamérica entre ellos: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, en conjunto con entidades de gran importancia como la OMS, OPS, MSP, SNS de cada país participante, entre otras.

El Estado garantiza los derechos 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.

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente se garantiza en dos artículos, principalmente el Art. 32.- donde se aclara que: “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”. Como es en la prestación de los servicios de salud, donde se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud, 2008).

El siguiente artículo pone en claro que la salud es uno de los entes primordiales para la población Art. 362...La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que

ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, 2008).

Según el estudio sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria de Salud (APEAS) realizado en Madrid, dice que numerosos estudios han sido realizados sobre la frecuencia de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria, su efecto en los pacientes, el potencial impacto en los sistemas de salud así como la necesidad de estudio y aunque la mayoría de los estudios se los han realizado en el entorno hospitalario, ya comienzan a verse experiencias en otros niveles como es en la atención primaria. (Aranaz, Aibar, Gea, & León, 2004).

Hace poco se ha desarrollado un nuevo estudio denominado la Frecuencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en la Atención Ambulatoria (AMBEAS), en el cual han participado los países de Brasil, Colombia, México y Perú, donde el propósito del estudio era analizar la viabilidad de estudios con el paciente como fuente de información, validar los protocolos ya establecidos, conocer la calidad de la historia clínica como fuente de información, estimar la frecuencia de eventos adversos, sensibilizar a los responsables de definir las políticas, pero sobre todo ofrecer un modelo para la realización de estudios sobre la frecuencia de eventos en el ámbito local y nacional.

Este es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica, la ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto para el logro de este objetivo, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio IBEAS como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes.

La calidad de información que se obtuvo de esta investigación y que facilitaron los pacientes sobre los eventos adversos son similares al de estudios en los que los

profesionales fueron quienes identificaron la ocurrencia de los eventos adversos; este es el primer estudio sobre eventos adversos en un servicio ambulatorio en países de Latinoamérica que mediante la búsqueda activa de eventos adversos e incidentes puede mejorar la información de las instituciones para poner en marcha acciones para la seguridad de los pacientes que acuden a los distintos servicios de salud.

En los últimos años este tema ha sido trascendente de tal modo que en distintos lugares del mundo se están desarrollando investigaciones y proyectos en base a esto; se han desarrollado varios cursos a nivel internacional sobre cuidados en salud, los cuales ofrecen una buena visión de conjunto sobre la seguridad, ya que según las investigaciones realizadas, esta temática requiere de conocimientos, esfuerzos, organización pero sobretodo de conocer y saber identificar en que momentos se pueden producir los eventos adversos; realizando el compromiso de los involucrados con la finalidad del bienestar de los pacientes.

A pesar de todas las investigaciones una de las razones más importantes de la escasa producción de investigaciones referentes a seguridad es la falta de profesionales capacitados y calificados para realizarlos, es por esto que la alianza mundial para la seguridad del paciente trata de colaborar con expertos en cuidados y la implantación de capacitaciones con investigadores calificados y poder contribuir en la formación de líderes que pueden desarrollar o impulsar investigaciones sobre este tema y que en el futuro pueden contribuir al desarrollo de nuevas políticas y prácticas dirigidas a reducir el riesgo del daño relacionado con la prestación de atención sanitaria.

Recientemente se ha suscitado en Europa la necesidad de conocer y cuantificar los efectos adversos, entendiendo como tales todo accidente que ha causado daño al paciente, ligado a las condiciones de la asistencia sanitaria y no al proceso nosológico de base. (SOCIAL M. D., 2010). La preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos. Por lo que se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente.

Es necesaria la información actualizada que recoja, analice y difunda la información relacionada con los incidentes, además de una cultura de comunicación y que el personal perciba un clima de confianza para comunicarlos. La alianza mundial para la seguridad del paciente ha empezado a identificar áreas prioritarias de investigación, especialmente en países en vías de desarrollo, con economías emergentes. Durante el año 2004 la OMS, anunció el desarrollo de la alianza mundial para la seguridad de paciente, como una respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente.

Las investigaciones sobre seguridad del paciente tiene un papel importante para lograr la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria ya que gracias a esta se conoce las causas principales que conllevan a que se produzcan eventos adversos así como la frecuencia y su gravedad y poder tomar medidas eficaces que traten de prevenir o minimizar los daños. Es por este motivo que la investigación debe contar con áreas prioritarias donde se pueda desarrollarla y así poder concentrar esfuerzos que contribuyan en este estudio. (OMS, Seguridad del paciente, 2010).

Lo que se busca es una cultura justa, en la que esté claramente diferenciada la conducta inaceptable y que no será tolerada, y aquella que, aunque errónea, es comprensible y aceptada pero que se caracterice por el deseo de extraer conclusiones del sistema de información y la disposición a adoptar las reformas necesarias que son relevantes.

Se necesita cambiar a una cultura de seguridad en la que se busquen las debilidades del sistema más que culpar a los individuos. Para que tenga éxito un sistema de comunicación debería ser no punitivo, confidencial e independiente de las autoridades. Los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como la oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora. La seguridad del paciente, basada en el principio hipocrático *primum non nocere* (ante todo no dañar), es la dimensión más importante de la calidad asistencial, pero no debe ser un objetivo último, sino un vehículo para obtener la calidad.

La gestión, tanto de la calidad como del riesgo supone, entre otros, obtener mayores beneficios que los derivados de la suma de las partes y, una de las claves es el análisis previo que sirva para tomar decisiones con aprendizaje y revisión continua de la estrategia (planificación, análisis, diseño, implementación y seguimiento). Asumiendo que hay que hacer buena medicina basada en la formación y los conocimientos, así como en principios éticos y legales, es preciso añadir a la práctica clínica elementos de gestión clínica, calidad y seguridad asistencial.

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la Organización Mundial De la Salud. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en todas las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las buenas prácticas o recomendaciones para mejorar la calidad de seguridad del paciente.

2.2 Cultura de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica las cuales sirven para garantizar que no se experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud y que la cultura de seguridad surge a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, las cuales están destinada a proporcionar bienestar a los pacientes; abarcando tanto el conocimiento como las iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad

basados en un entorno de confidencialidad y confianza entre los pacientes y los profesionales de la salud.

Y mediante esto, se logra el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no estén sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde esta óptica, la “cultura de seguridad del paciente”, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior permita contribuir a la disminución de dichos eventos (Gómez Ramírez, Arenas Gutiérrez, González Vega, Garzón Salamanca, Mateus Galeano, & Soto Gámes, 2011).

2.2.1 Eventos adversos

El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente. No hay evento adverso sin perjuicio; este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente, como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal). Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar. Sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso.

De menor gravedad que el anterior es el daño no permanente; la temporalidad de un daño o lesión, o la ausencia de secuelas, las infecciones asociadas a la atención en salud (infecciones intrahospitalarias o asociadas a procedimientos) son un ejemplo de esto (Luengas Amaya, 2009).

2.2.2 Disponibilidad de personal.

El personal de enfermería, al estar en contacto directo con el paciente forma parte fundamental de los sistemas de atención en salud y una de las vías principales por las que se presta la atención sanitaria. En muchos hospitales de América Latina la enfermería es el único servicio que provee cobertura las 24 horas del día; constituyendo, por otra parte, el grupo más numeroso entre los trabajadores de salud. Sin embargo, existe una escasez crónica de enfermeras, lo cual resulta insuficiente no sólo para satisfacer las necesidades actuales de los servicios sino también para extender la cobertura a la población que aún no tiene acceso a los cuidados de salud.

El déficit de personal se atribuye, en parte, al uso en el pasado de métodos de ensayo y error para determinar las necesidades de recursos humanos en salud que suponían que el tipo de funciones, la asignación de las mismas y la cantidad de personal disponible en los servicios eran adecuados, siendo este un método no óptimo para calcular el personal necesario para una institución o servicio ya que, para mejorar las proyecciones de oferta y demanda de personal es necesario tomar en cuenta factores que afecta el tipo y la cantidad de recursos, así como también su disponibilidad.

La demanda de atención en salud está presionando la capacidad actual de los servicios de salud y, los adelantos de la ciencia y tecnología está haciendo necesario el incremento en la cantidad de conocimiento dando lugar a la proliferación de nuevos tipos de trabajadores de la salud con conocimientos específicos y prestación de servicios debido a la imposibilidad de que una sola profesión pueda dominar el conocimiento y las destrezas de todas las otras disciplinas de salud incrementando así la tendencia hacia la especialización aunque, antes de introducir nuevos tipos de trabajadores de salud debe considerarse la revisión y definición de funciones de los miembros del equipo de salud.

El personal de enfermería a nivel de América Latina ha sido subutilizado en otras disciplinas y servicios desperdiciando las habilidades adquiridas en la educación profesional; para que el personal de enfermería participe en el sector salud es necesario que se formalice la transferencia o delegación de funciones, de manera que el personal de enfermería pueda ser preparado más adecuadamente para cumplir con dicha responsabilidad y para que puedan aplicarse las medidas de control necesarias. (C. & Cammaert).

2.2.3 Política de seguridad del paciente en el sistema nacional de salud

Se asume que el trabajador de la salud brinda la atención con ética y responsabilidad sin la intención de producir daño, anteriormente se creía que el tema de seguridad del paciente era algo implícito en el proceso de atención; no se tenía en cuenta que los sistemas de atención en salud son los procesos más complejos a que se enfrenta el ser humano y que las probabilidades de que algo saliera mal no eran despreciables. Por lo tanto la complejidad de los procesos de atención hace necesario que los consideremos como sistemas de alto riesgo y que se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente.

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud se han implementado políticas que permiten controlar la aparición de eventos adversos en la atención sanitaria. La OMS lanzó recientemente la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” buscando estandarizar en prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores. Esto se logra unificando el conocimiento y estimulando la investigación aunque, se puede encontrar dificultades acerca de cómo detectar, disminuir el riesgo en la atención, brindando mayor seguridad y protegiendo al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud.

Con la implementación de la política de seguridad se quiere lograr que cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles para identificar los

errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente. Por esta razón la seguridad es un principio importante de la atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad y mejorarla requiere de un enfoque general, una labor que afecte al funcionamiento de todo el sistema, pensar en forma global más que en lo individual o personal. (Ministerio de la protección social).

2.2.4 Frecuencia con la ocurren los eventos adversos

Trabajar en la cultura del error es el primer paso en el camino de la seguridad de atención; pero notificar, analizar y aprender de la experiencia sobre los eventos adversos sigue siendo un estamento pendiente. Una de las dificultades para medir los eventos adversos está dada por el temor a mantener la confidencialidad de los datos y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Otro de los motivos que dificulta la objetivación de los errores es la conducta centrada en la punición personal. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que esta premisa se cumpla, se necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores.

2.2.5 Trabajo en equipo

El trabajo en equipo dentro del personal de enfermería favorece el respeto y los vínculos profesionales permitiendo el alcance de un cuidado terapéutico adecuado; Aunque, muchas veces en nuestra sociedad existe la competitividad y el individualismo razones por la que el trabajo de enfermería enfrenta innumerables disonancias y crisis debido a que cada vez es más complejo, ocasionando sobrecarga

de trabajo, falta de colaboración del equipo y acumulo de funciones, se exige múltiples respuestas de los profesionales que actúan en los servicios de salud para brindar un cuidado de calidad.

Existe una carencia de modelos y estrategias para la formación de un grupo de trabajo que establezca vínculos profesionales y favorezcan el desarrollo del cuidado en sí, se logra identificar la necesidad de un modelo de administración para el establecimiento de vínculos profesionales, lo que es entendido como un instrumento para laborar, actuando en la dimensión de la subjetividad en el trabajo, suavizando el desgaste físico, el sufrimiento frente a las actividades normativas y rutinarias, con vistas a tornar el ambiente donde se desempeña agradable, y brindar así una adecuada calidad de atención evitando la presencia de eventos adversos. (Buss Thofehn, Leopardi, Cohelo Amestoy, & Oliveira Arrieira, 2010).

2.2.6 Sistema de notificación de eventos adversos

El sistema de notificación es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de la salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden que los eventos adversos son una oportunidad para aprender y mejorar.

Los sistemas de notificación pueden ser voluntarios los cuales, están orientados hacia la mejora de la seguridad; estos se emplean en la notificación de incidentes potenciales y de mayor gravedad, teniendo como objetivo la identificación de áreas vulnerables del sistemas de salud antes o después de que se produzca el daño permitiendo conocer las causas y mediante esto contribuir a la formación de los profesionales con el análisis de datos.

Por otro lado el sistema de notificación obligatorio está más orientado hacia la responsabilidad; es utilizada principalmente por organizaciones sanitarias y están

centrados en los eventos adversos que producen lesiones graves o muerte, mediante este sistema se puede exigir la inversión en recursos para la seguridad del paciente. (Bañeres J. , 2006)

2.2.7 Atención Primaria

Es la primera fase del proceso de asistencia sanitaria que comprende la prevención y la promoción de salud, así como también la curación y cuando es necesaria la rehabilitación siempre que sea posible. El nivel primario permite acercar al equipo de salud no solo con el paciente sino con la demás población y evitar que los factores de riesgo puedan causar daño.

El concepto de salud es muy complejo que ha ido evolucionando a través de la historia. La salud no está totalmente en manos de los profesionales dedicados a velar por esta, también en la tecnología que avanza a pasos agigantados. Por otra parte es bueno precisar que la atención primaria se relaciona muy estrechamente con la atención especializada mismo que se realiza en instituciones donde existe mediciones diagnosticas avanzadas y que pueden tratar los complicados tratamientos tanto médicos como quirúrgicos.

2.3 Caracterización de las unidades operativas del Cantón Quijos.

El cantón Quijos se encuentra ubicado en la provincia de Napo, se la conoce como la puerta de entrada a la Amazonía, geográficamente está rodeada de tres reservas ecológicas, Cayambe-Coca, Reserva Ecológica Antisana y Reserva de Biosfera Zumaco.

Está localizado físicamente en una parte de la ramificación del flanco de la cordillera de los Andes, al pie del volcán Antisana, en una de las zonas ecológicas más ricas de flora y fauna, y otra en el sector del alto Napo que comprende las zonas

pertenecientes al volcanismo moderno. Tiene una superficie de 1602 3 km² integrado por las siguientes parroquias: Baeza, Papallacta, Cuyuja, Cosanga, San Francisco de Borja, Zumaco; estas se ubican junto a la red provincial que une la región Amazónica con la Sierra. (Avilés Pino)

Los servicios con los que cuentan las unidades operativas del cantón Quijos son:

- ❖ Emergencia
- ❖ Preparación
- ❖ Post-consulta
- ❖ Vacunas
- ❖ Farmacia

2.3.1 Historia

La región de los indios Quijos era uno de los países que pertenecía al soberano de Quito antes de ser conquistado por los españoles. En 1534, año de la fundación de Quito, ya se conocía la existencia de la provincia de los Quijos. Este calificativo se supone fue tomado del río que lleva ese nombre porque, el 28 de junio de 1535, al demarcar la ciudad de Quito se considera que le limite va en dirección a Quijos hasta la parte que se llama Hatun Quijos y de donde se trae la mayor parte de la canela proveniente del otro lado del gran río.

El 25 de junio de 1824, según la primea ley relacionado con la división del territorio nacional, se crea el cantón Quijos perteneciente a la provincia de Pichincha; sin embargo con el pasar de los años este desaparece. Con la reforma de la ley especial de Oriente por medio del Consejo Nacional, mediante decreto promulgado en el registro oficial del 17 de Enero de 1955 se restituye definitivamente la creación del cantón Quijos, en la provincia del Napo. (Gutiérrez, 2005).

2.3.2 Misión y Visión:

2.3.2.1 Misión

“Brindar agilidad con nuestro servicio materno infantil, labor que se desarrolla en un ambiente cálido y humano, donde el servicio ofrecido es el reflejo de la calidad y exigencia”.

2.3.2.2 Visión

“La visión de la institución es ser un centro líder en la prestación de servicio materno-infantil, y a futuro contar con una excelente tecnología y expansión a nivel regional”.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio

Para la realización de la investigación se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo, es decir, dirigido a la observación descripción y documentación del estudio de la frecuencia de los eventos adverso y las conductas percibidas por el personal de enfermería.

3.2 Diseño

El estudio fue observacional descriptivo exploratorio de corte transversal, englobó la recopilación de datos, y desarrolló un proceso social que analizó las creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en las unidades operativas del cantón Quijos además permitió detallar la influencia que tiene cada uno de los atributos en la atención de enfermería para la seguridad del paciente.

3.3 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por aproximadamente 40 Profesionales de Enfermería que laboran en las unidades operativas del cantón Quijos.

3.4 Criterio de inclusión y exclusión:

3.4.1 Criterios de Inclusión

Todos los profesionales de salud área de enfermería que se encontraban en servicio activo dentro de la institución y que brindaban cuidado directo a los pacientes.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyó personal de salud que no integre el servicio activo en la institución, que no pertenecía al área de enfermería, o que no brindaba cuidado directo a los pacientes.

3.5 Técnicas e instrumentos.

3.5.1 Técnicas

- ❖ Revisión bibliográfica
- ❖ Se realizó una Encuesta

3.5.2. Instrumentos:

- ❖ Encuesta: Cuestionario adaptado AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture.
- ❖ Herramientas Tecnológicas: sistema informático SPSS

3.6 Procedimiento.

Para esta investigación se realizó una revisión bibliográfica sobre Cultura de Seguridad del Paciente lo cual nos sirvió como referencia de base para el desarrollo de la misma.

Se aplicó la encuesta AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC) adaptada por el grupo de investigación, definido como un instrumento para explorar de manera fiable las características laborales del personal de Enfermería, la organización, gestión y procesos de comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en las unidades operativas del Cantón Quijos, actitudes y comportamientos favorables del personal de enfermería y determinar la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente con el fin de elaborar planes para el mejor cuidado a nivel de unidades operativas.

Al igual que en la versión original, la encuesta proporcionó información sobre la percepción relativa a las siguientes ocho dimensiones de la cultura de seguridad:

- ❖ Sección A: Su área /unidad de trabajo (agrupa 18 ítems)
- ❖ Sección B Líder de enfermería (agrupa 4 ítems)
- ❖ Sección C Institución (agrupa 11 ítems)
- ❖ Sección D Comunicación (agrupa 6 ítems)
- ❖ Sección E Frecuencia de eventos adversos/errores reportados (agrupa 3 ítems)
- ❖ Sección F Grado de seguridad del paciente (agrupa 5 ítems)
- ❖ Sección G Número de eventos adversos/errores reportados (agrupa 6 ítems)
- ❖ Sección H Antecedentes (contiene 7 bloques H1, 2, 3, 7 agrupa 6 ítems, H4 agrupa 17 ítems, H5 agrupa 3 ítems, H6 agrupa 2 ítems)

La valoración de cada ítems se realizó por medio de la escala de likert (en 5 escalas) en cada sección, que corresponde a: sección A (5 escalas), sección B (5

escalas), sección C (5 escalas), sección D (5 escalas), sección E (5 escalas), sección F, G, H (1 escala).

Se creó una base de datos en Excel la cual se utilizó en el sistema informático SPSS para la obtención de las tablas y cuadros estadísticos necesarios para la investigación.

3.7 Validez y confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se tomó como referencia la encuesta con la versión española del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, cuestionario AHRQ traducido y validado para que pueda ser utilizado por todos los sistemas de salud de habla española, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales, cuya fiabilidad se estableció utilizando el coeficiente Alfa de Cron Bach como modelo que permite medir la consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems para elementos tipificados y el procedimiento de dos mitades de corrección de Spearman-Brown.

3.8 Variables

3.8.1 Caracterización de variables

3.8.1.1 Variables dependientes.

- a) Percepción de cultura de seguridad del paciente
 - ❖ Percepción del proceso de la Comunicación
 - ❖ Precepción Sobre la Unidad

- ❖ Percepción de Procedimientos para notificar
- ❖ Percepción del rol de Gestión de la unidad

3.8.1.2 Variables independientes.

b) Cultura de seguridad del Paciente

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

Tabla 1 Matriz de relación de variables

Variable	Definiciones	Indicador	Escala
Área de trabajo	Según el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) son aquellas áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en la que las personas deben permanecer o deben acceder debido a su trabajo. Sin embargo, no se debe olvidar que también puede acudir y/o permanecer público, clientes, pacientes o usuarios de servicios.	Emergencia Preparación Post-consulta Vacunas Farmacia	Adecuada Poco adecuada No adecuada

Experiencia laboral	Según Meyer y Schwager (2007), podríamos definir una experiencia laboral como la respuesta interna y subjetiva de los trabajadores ante cualquier contacto directo o indirecto con alguna práctica, política o procedimientos de gestión de personas.	Tiempo	Un año Dos años Tres años o mas
Interacción con el paciente	La interacción es la relación o influencia recíproca, comunicativa con los profesionales de la salud, es la que le permite al paciente designar atributos, calificativos y dimensiones a la vivencia de la enfermedad y de la hospitalización. Este significado está determinado, a su vez, por el mundo simbólico que cada persona posee, es decir, las creencias, costumbres y valores que le son propios. (Aita, McIlvain, Backer, McVea, & Crabtree, 2005)	Responsabilidad	Directa Indirecta
Percepción sobre la unidad	Proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios entorno a las	Juicio de valor	1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de

	sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. (Hall, 1983)		acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
Rol de la gestión de la unidad	El rol de la gestión asigna, coordina recursos y delega los deberes para el personal; permite seguir comportamientos establecidos y las actividades realizadas en un orden determinado para lograr las metas y los resultados establecidos. (Johnroskoki)	Organización	1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
Supervisión	La OMS define a la supervisión como la «serie general de medidas para garantizar que el personal lleve a cabo sus actividades de manera eficaz y sean más competentes en su trabajo» En la práctica de la asistencia sanitaria, la supervisión está asociada con la delegación de tareas a todo el personal. (Criel & De Brouwere, 2012)	Tipos de supervisión	Buena Regular Mala

Proceso de comunicación	Es el intercambio de información entre dos o más personas; una herramienta básica para el ser humano ya que permite la relación con el entorno, lo cual va inherente a la condición humana, ya que el ser humano precisa establecer y mantener relaciones interpersonales que le proporcionen gratificación así como recoger información que le permita identificar necesidades para conseguir el bienestar. (Aguilar 2009)	Relación entre profesionales	Buena regular mala
Frecuencia de los sucesos notificados	Hace referencia a la cantidad de veces que se notifica un proceso	Frecuencia	Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría de tiempo siempre
Valoración del grado de seguridad del paciente	Actividad d la atención sanitaria que tiene por objetivo informar si hay aumento o minimización de riesgos y daños a los usuarios” (Saturno, 2009)	Cultura del cuidado de enfermería	A excelente B muy bueno C aceptable D pobre E malo
Procedimientos para	Es una estrategia que permite la recolección de datos sobre	Formularios de notificación	1.Muy en desacuerdo

notificar	eventos adversos producidos en el ámbito sanitario a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. (Bañeres, Orrego, Suñol, & Ureña, 2005)		2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
------------------	---	--	---

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación fue realizado en las unidades operativas del cantón Quijos provincia de Napo acerca de la percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria.

El objetivo es determinar la percepción del personal de enfermería de las unidades operativas del cantón Quijos en el tema de cultura de seguridad del paciente.

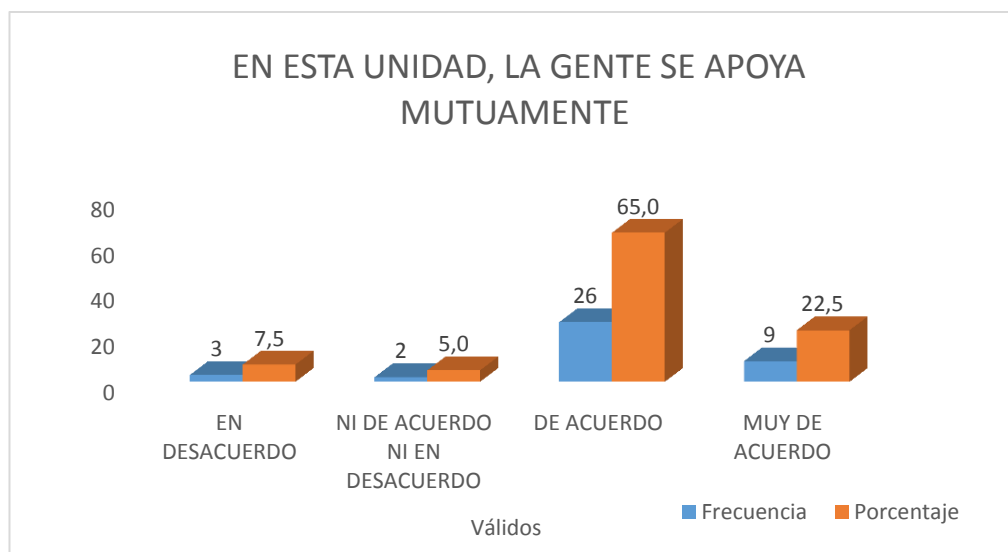
Los resultados alcanzados fueron obtenidos a través del instrumento: encuesta adaptada AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture que se aplicó a una población de 40 profesionales de enfermería que laboran en las unidades operativas y que cumplen con los criterios de inclusión.

Se creó una base de datos en el programa Excel para posteriormente utilizarla en el programa SPSS versión 18 y obtener en forma sistémica los resultados de frecuencia y porcentaje para representarlos en forma gráfica, realizar el análisis y discusión respectivo que nos permita observar la situación real de nuestra investigación.

4.1 Sección A / Ambiente Laboral

4.1.1 Trabajo en equipo

Gráfico 1. Trabajo en equipo



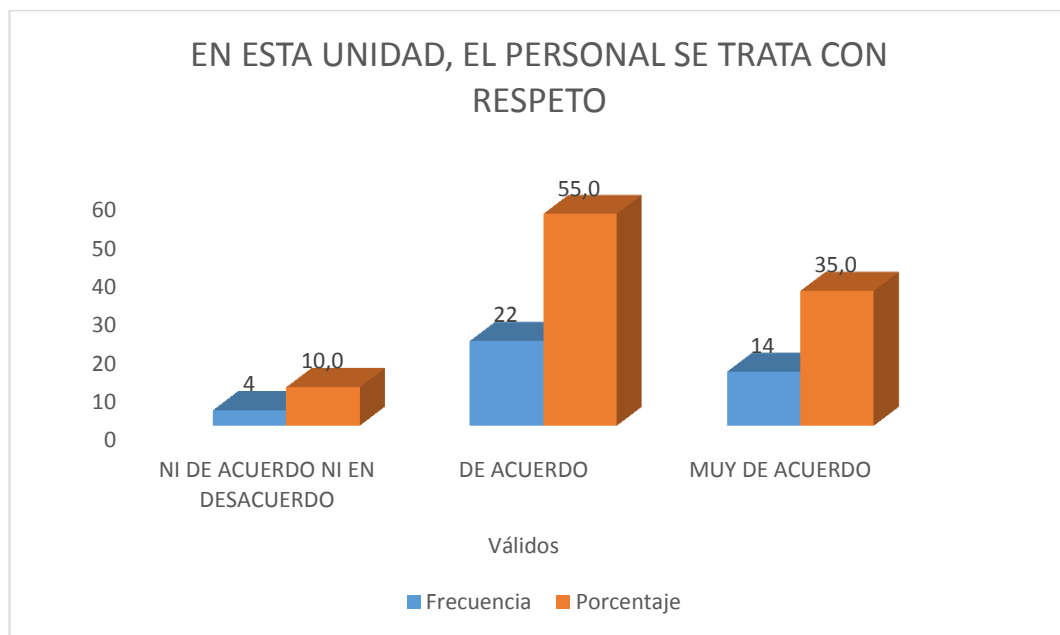
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: los resultados permiten evidenciar que, el 87,5% de los profesionales de enfermería considera que el apoyo mutuo y el trabajo en equipo dentro la institución donde se labora es favorable; incluso; basados en el profesor Benjamín Viel (evidencia & Viel, 2010) el cual refiere que, el trabajo en equipo es un método de labor colectivo coordinado, en el que los participantes intercambian sus experiencias, constituyendo esta estrategia como una herramienta para poder brindar una atención óptima a más de favorecer los vínculos profesionales.

4.1.2 Trato entre el personal

Gráfico 2. Trato entre el personal

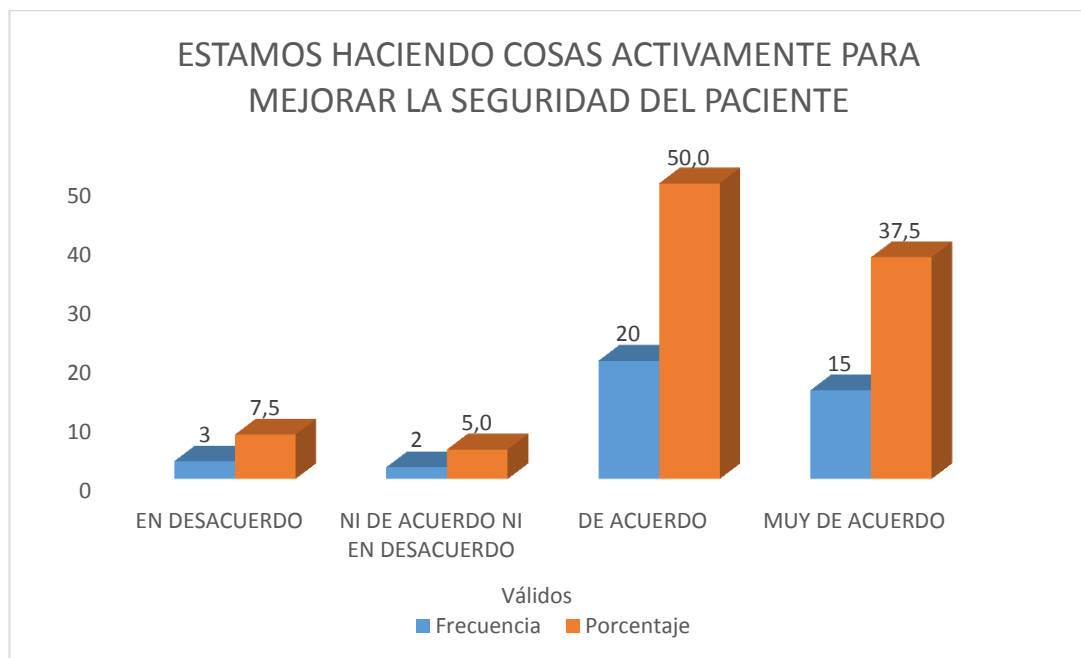


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: El 90% de los profesionales están de acuerdo en que el respeto entre el personal es importante para ejercer un buen trabajo, la bibliografía de (Mejía de Camargo, 2005) dice que cada persona perteneciente a cualquiera que sea la institución de salud, desde el director hasta el personal de servicio; tiene la responsabilidad de ejercer un buen trato con las personas con las que se relaciona, considerando el respeto como la esencia de las relaciones personales creando un ambiente de seguridad y cordialidad, para lograr el éxito en su labor.

4.1.3 Acciones sobre Seguridad del Paciente

Gráfico 3. Acciones sobre Seguridad del Paciente



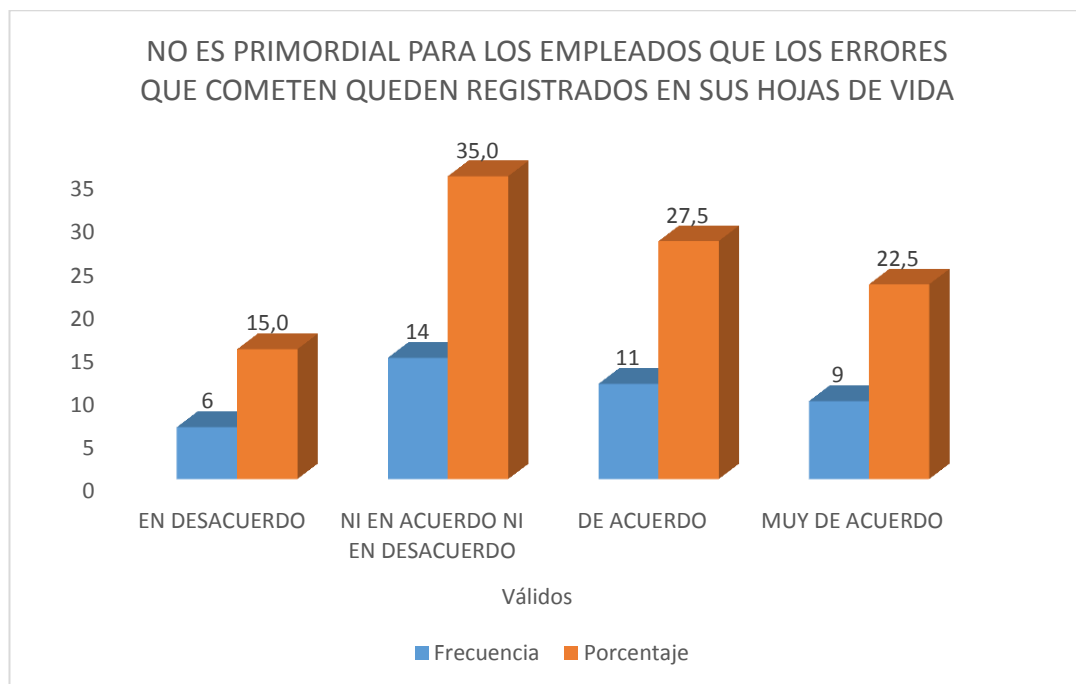
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: los resultados demuestran que, el 87,5% aseguran que se están realizando acciones a fin de prevenir eventos adversos, en referencia a la OMS el 2 de mayo de 2007 lanzó “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de ayudar a reducir los daños relacionados con la atención sanitaria reconociendo que los fallos de la atención afecta a uno de cada diez enfermos en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2007) Es así que tanto la información que se pueda recolectar sobre el tema, las actividades dentro de las instituciones de salud y las nuevas disposiciones por parte de las organizaciones contribuyan a identificar la manera de evitarlos y mejorar la calidad del cuidado para fomentar la seguridad del paciente.

4.1.4 Registro de errores en hojas de vida

Gráfico 4. Registro de errores en hojas de vida



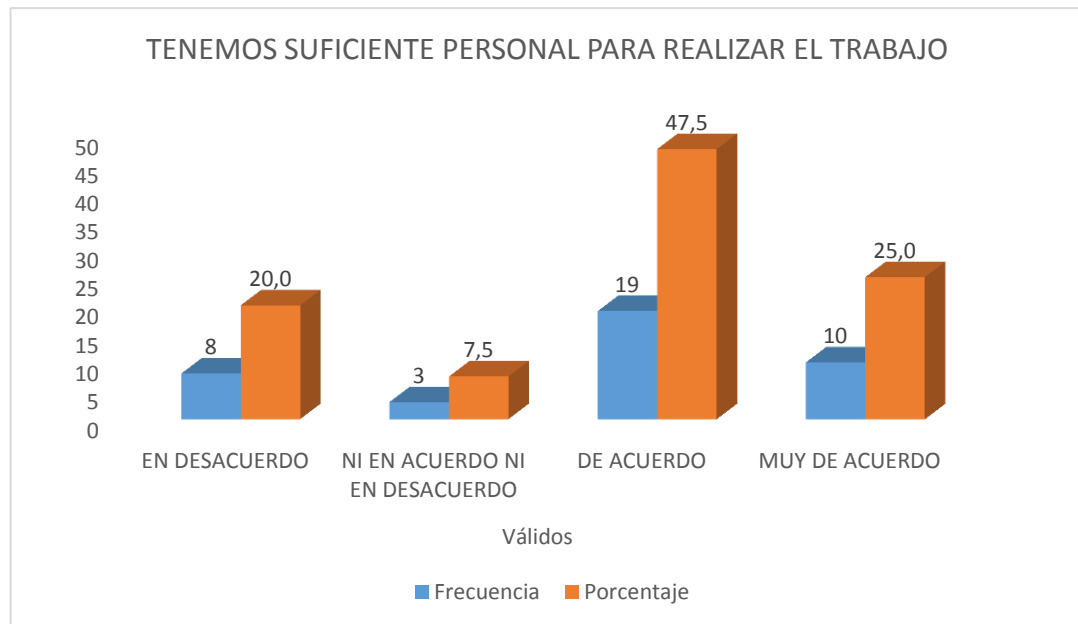
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: de acuerdo a los resultados obtenidos no debería incluirse el registro de los errores en las hojas de vida del personal de enfermería, esto refleja el déficit de notificación de eventos adversos que existe dentro de las unidades operativas del Cantón Quijos. El sistema de registro y notificación de incidentes de eventos adversos dice que, el 95% de todos los eventos adversos no se documentan. La notificación depende no solo de la conciencia del error sino también de la voluntad para documentarlo y, sobretodo de la confianza y organización que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (Bañeres, Orrego, Suñol, & Ureña, 2005)

4.1.5 Disponibilidad del personal

Gráfico 5. Disponibilidad del personal



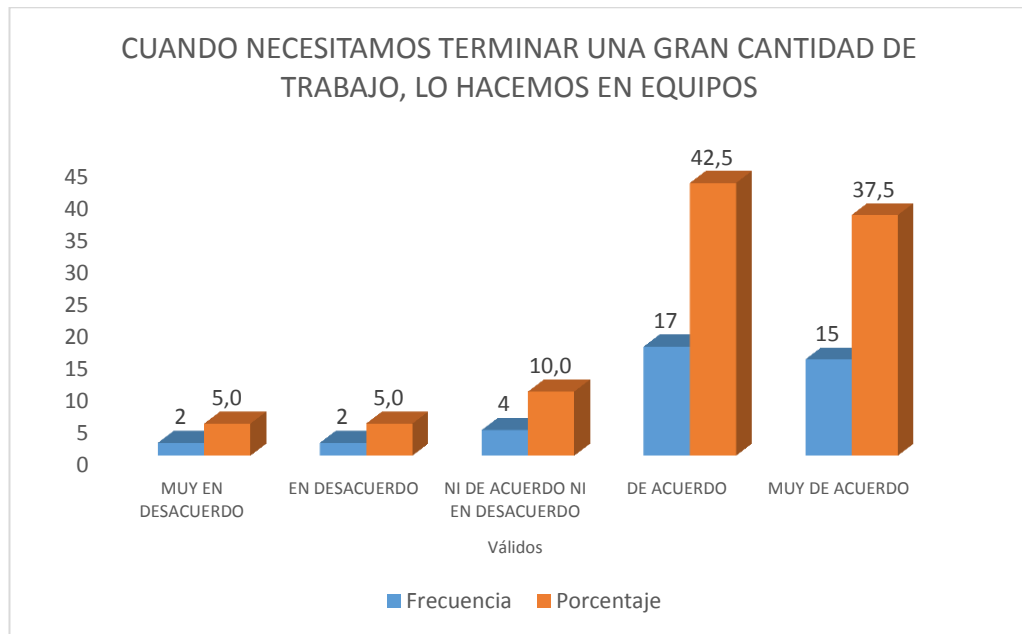
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: La disponibilidad del personal que se evidenció en las unidades fue de 73% opinando que si existe suficiente personal de enfermería, aunque un pequeño porcentaje considera que no hay el personal suficiente; teniendo en cuenta estos resultados; el estudio sobre disponibilidad de recursos humanos en enfermería en América Latina nos dice que el personal de enfermería constituye el grupo más numeroso entre los trabajadores de salud ya que proveen cobertura de 24 horas de atención incrementando un déficit, mismo que puede atribuirse a un error para determinar las necesidades de recursos humanos en salud. Por lo que es favorable utilizarse un método que permita la distribución adecuada del personal. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

4.1.6 Disposición del personal frente a carga laboral

Gráfico 6. Disposición del personal frente a carga laboral

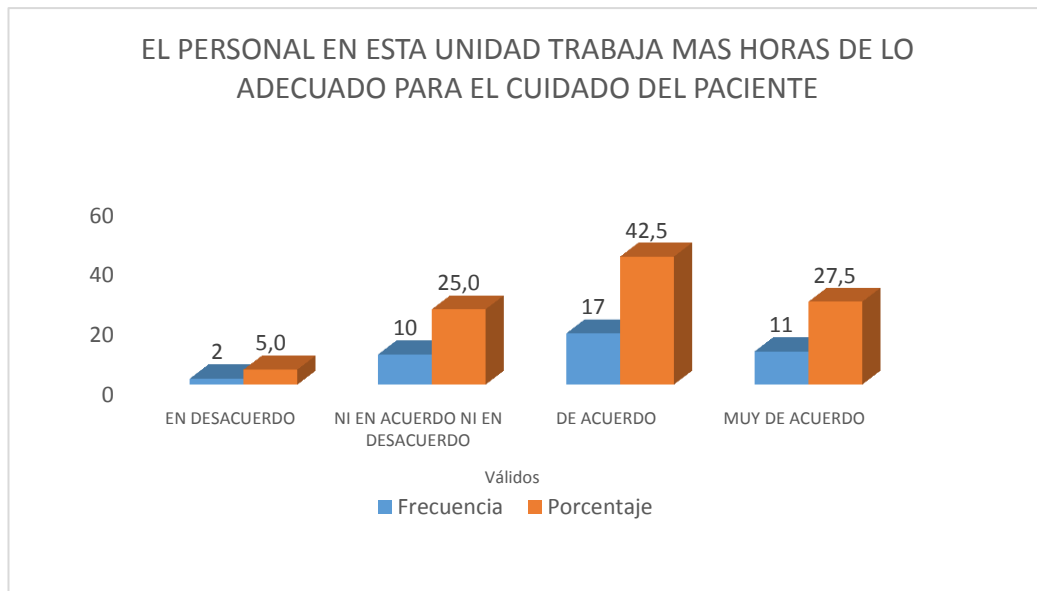


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: dentro de las unidades la disponibilidad del personal está representada por el 80%, además de existir la cooperación entre el personal cuando existe una gran cantidad de trabajo. La disponibilidad del personal de enfermería y los requerimientos sugeridos por el sistema de atención de la salud está influenciada por una serie de factores que deben tomarse en cuenta al hacer proyecciones de necesidades futuras. (C. & Cammaert). Por lo que hay que planificar el requerimiento del personal de acuerdo a las necesidades que se tiene dentro y fuera de la unidad operativa.

4.1.7 Cargo de tiempo adicional para el cuidado del paciente

Gráfico 7. Cargo de tiempo adicional para el cuidado del paciente



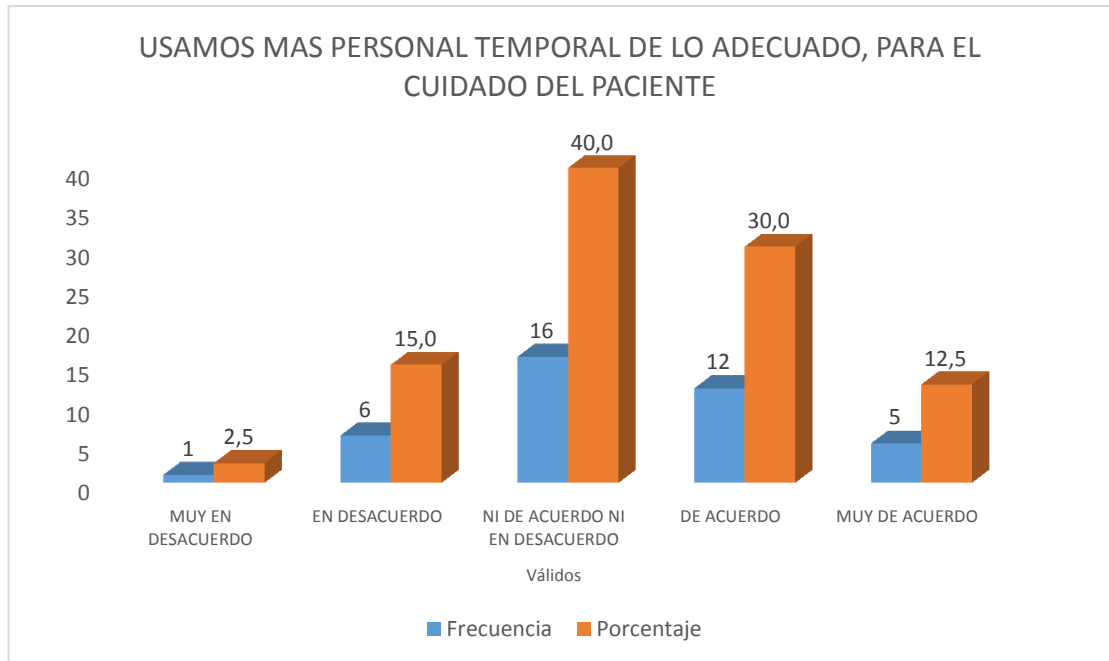
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: De acuerdo al criterio de los profesionales que está representado por el 70% consideran que, en varias ocasiones la jornada laboral sobrepasa las horas designadas, lo que supone una sobrecarga de trabajo, disminuyendo la calidad de atención, pudiendo presentarse el síndrome Burnout (Síndrome de desgaste profesional), el cual es un proceso de pérdida gradual de responsabilidad como consecuencia del cansancio emocional acompañado de desgaste físico. Aunque no todos los profesionales de salud lleguen a padecer este síndrome, se puede presentar en algún momento las características del mismo, de ahí la importancia en buscar la prevención de la fatiga del personal, para disminuir esta causa que contribuye a la aparición de eventos adversos y por ende disminución de la calidad de la atención. (Ministerio de la Protección Social, Prevenir el cansancio del personal de salud, 2009)

4.1.8 Asignación temporal de personal

Gráfico 8. Asignación temporal de personal



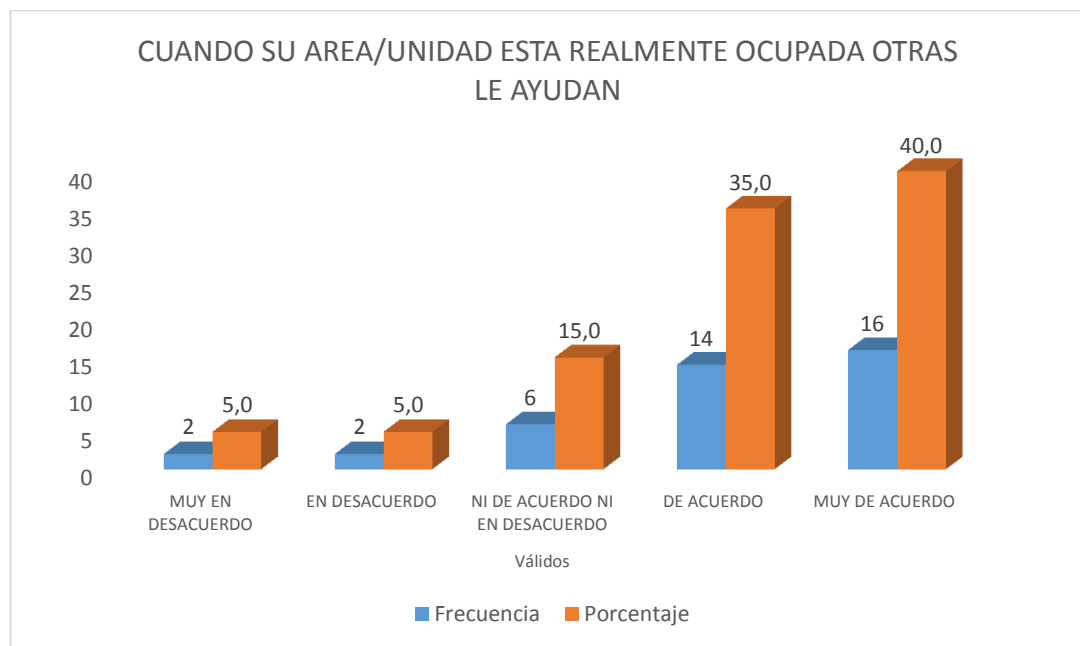
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: En varias unidades operativas existe gran cantidad de personal temporal el cual es muy necesario en ocasiones cuando el personal de planta no puede dejar sus funciones es decir en caso de visitas domiciliarias, barridos documentados, inmunizaciones en instituciones educativas, implementación de nuevos programas fuera de la unidad operativa. A pesar de que exista o no personal temporal en las unidades operativas este debe estar debidamente capacitado para evitar que se produzcan eventos adversos durante su estancia laboral.

4.1.9 Trabajo colaborativo en la unidad

Gráfico 9 Trabajo colaborativo en la unidad

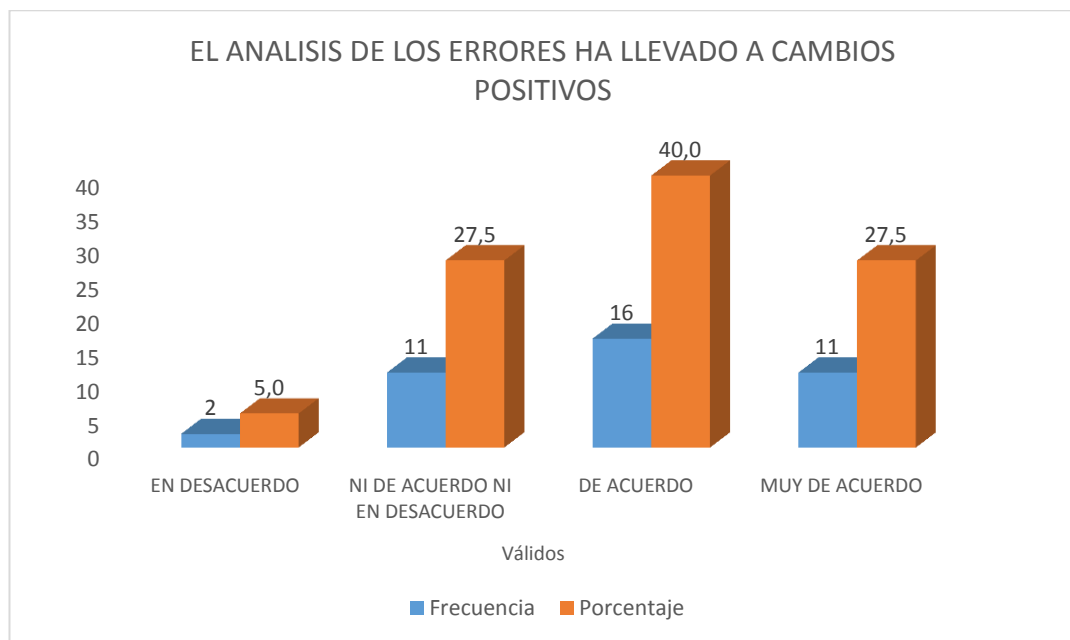


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: El personal en un 75% opina que, las demás unidades si colaboran, aunque un porcentaje considerable representado por el 25% opina que existe una carencia de estrategias para formar un grupo de trabajo con vínculos profesionales que favorezcan el desarrollo del cuidado en sí, sin embargo cabe recalcar que la colaboración y la formación de equipos de trabajo son fundamentales para que las actividades que se realicen en cualquier ámbito funcionen eficientemente y permitan el desarrollo de los objetivos que nos hemos propuesto. (Buss Thofehn, Leopardi, Cohelo Amestoy, & Oliveira Arrieira, 2010)

4.1.10 Toma de decisiones para fortalecer el cambio

Gráfico 10. Toma de decisiones para fortalecer el cambio



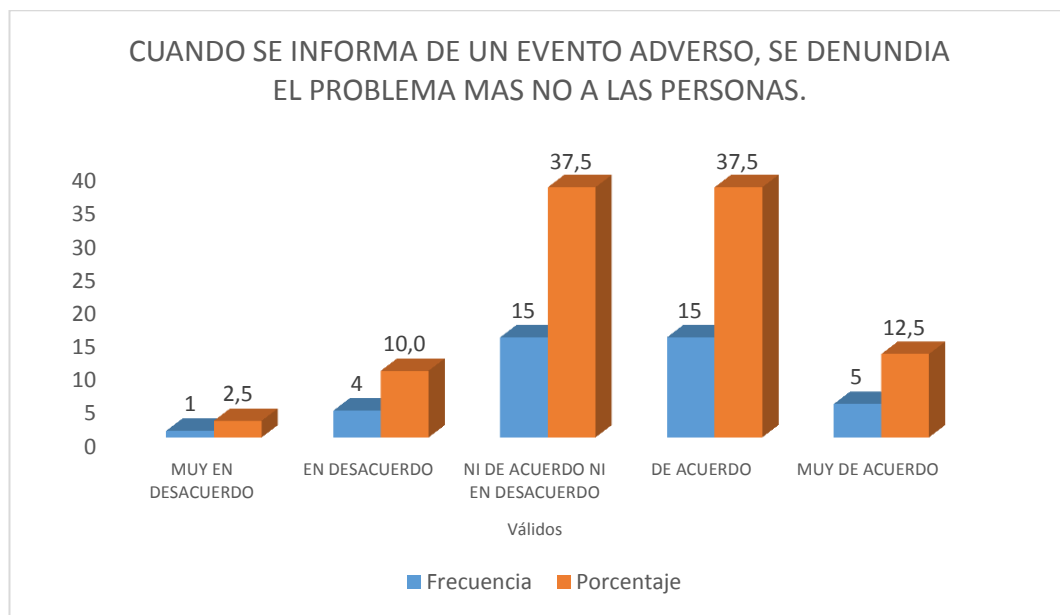
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: La opinión de los profesionales de acuerdo al análisis de los errores que se cometen dentro de las unidades operativas ha llevado a cambios positivos en la atención en salud, así mismo un estudio realizado sobre cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería en Bogotá-Colombia, afirma que, la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas pueden dar solución a problemas sobre eventos adversos, además de prevenir futuros incidentes en el cuidado del paciente, permitiendo entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo. (Ramírez Gómez, Gutierrez Arenas, Vega González, Salamanca Garzón, Galeano Mateus, & Gamez Soto, 2011)

4.1.11 Percepción de la notificación del evento adverso

Gráfico 11. Percepción de la notificación del evento adverso

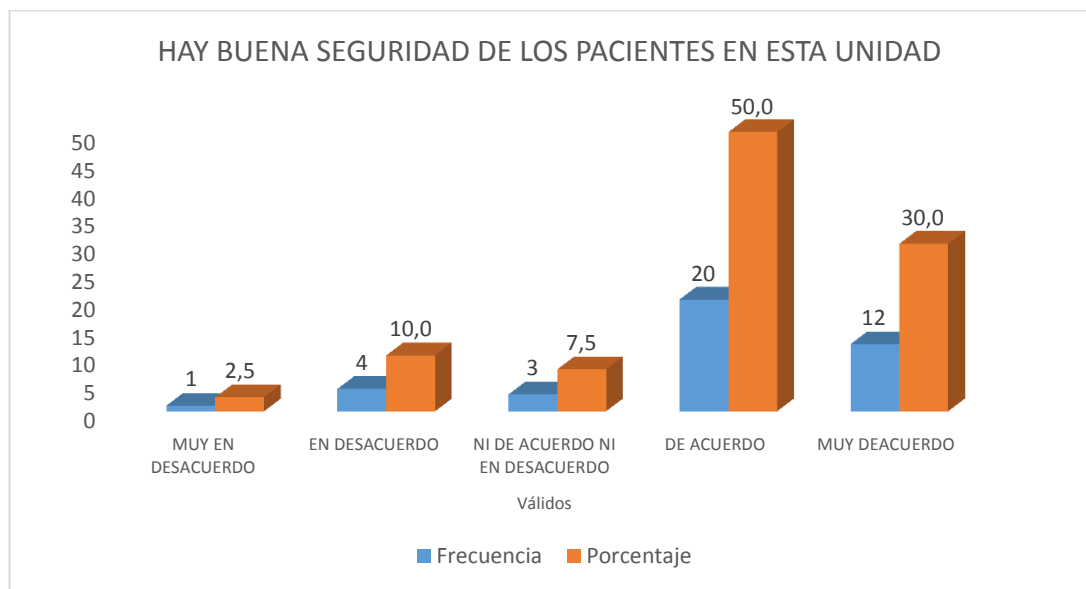


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y Discusión: Un alto porcentaje de profesionales está de acuerdo en que debe darse más importancia al evento adverso y tratar de buscar una solución. Entendiendo que la finalidad de notificar un evento adverso es evitar que se vuelva a producir el mismo error, como refiere el Consejo de Europa quien recomienda que los sistemas de notificación sean de naturaleza estrictamente confidencial y que los estados deben asegurarse de la confidencialidad del proceso de notificación, es decir, vigilar que la identidad de los profesionales de salud o del paciente que se encuentra al origen de la notificación no sean divulgados a los pacientes o al público. (Seguridad, 2009)

4.1.12 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad

Gráfico 12 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad



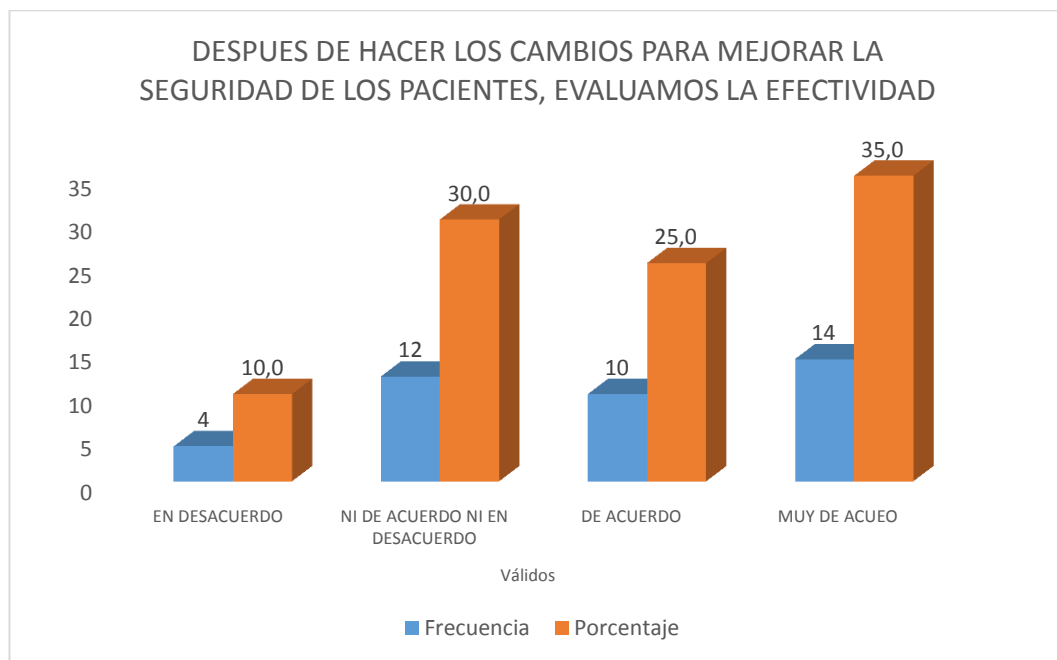
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: el 80% de los profesionales opina que existe una adecuada seguridad del paciente tomando en cuenta cuáles factores podrían afectar a la salud de los mismos y se ha realizado las reformas necesarias aunque, algunos profesionales creen que hacen falta aún más cambios para obtener una buena seguridad y así mejorar la calidad de atención. Desde esta óptica la cultura de seguridad del paciente además de implicar la capacidad de reconocer errores involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para que el análisis posterior permita contribuir a la disminución de dichos eventos. (Gómez Ramírez, Arenas Gutiérrez, Gonzáles Vega, Salamanca Garzón, Mateus Galeano, & Soto Gamez, 2011)

4.1.13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

Gráfico 13 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

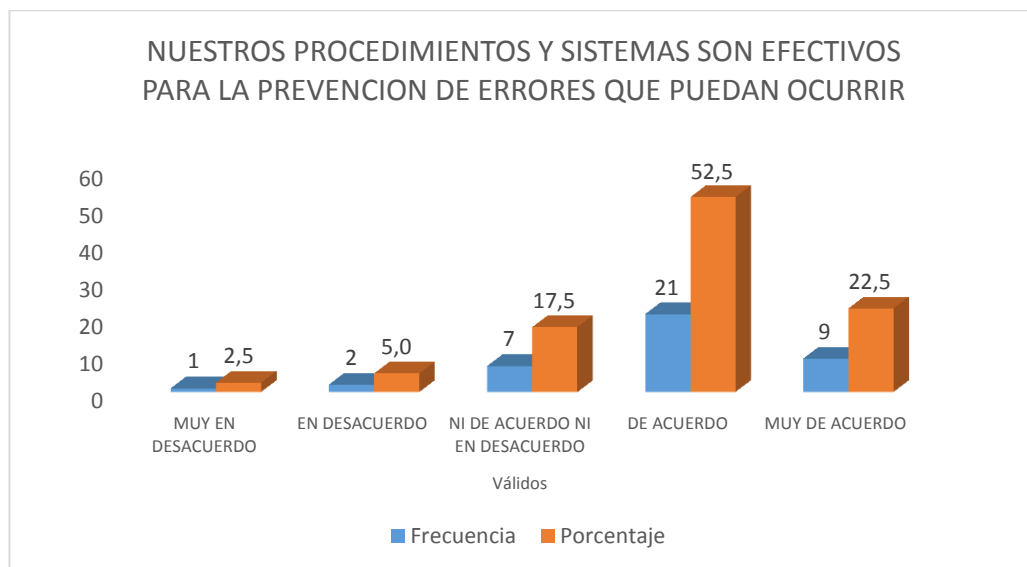


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Los cambios realizados dentro de las unidades operativas para mejorar la seguridad de los pacientes y según la evaluación de los profesionales que allí laboran, la eficacia que estos han realizado en favor de la seguridad han sido importante fomentando cambios visibles. La existencia de medidas preventivas conocidas hace que estos eventos tengan valor y desencadenar acciones protectoras conocidas en otros pacientes expuestos, entendiéndose que todo evento adverso debe ser reportado para su revisión y análisis local. (Consumo.) Pero no todo el personal tiene una evaluación positiva con respecto a este tema, por lo que se debe continuar trabajando conjuntamente con el personal de salud para identificar las falencias que impiden mejorar la efectividad de la seguridad del paciente.

4.1.14 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores

Gráfico 14. Procedimientos y sistemas para la prevención de errores



FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

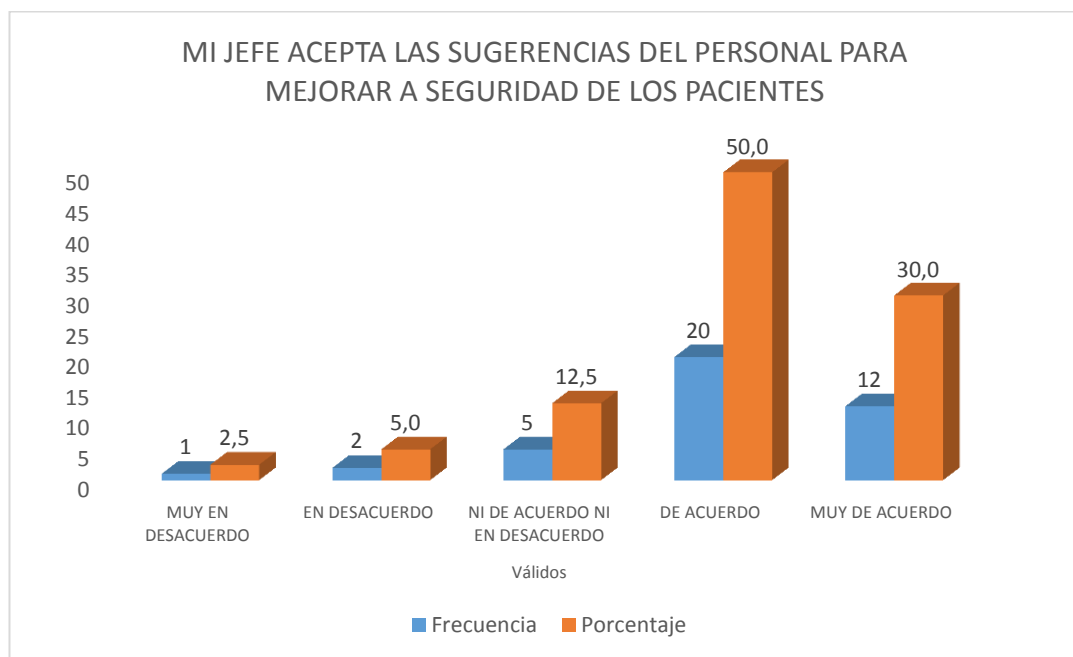
Análisis y discusión: los procedimientos y sistemas que se aplican en cada unidad operativa son medianamente efectivos para la prevención de errores. Sin embargo existen diferentes metodologías propuestas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos asociados a procesos asistenciales como es el análisis de la morbi-mortalidad, reclamos de malas prácticas, observación directa al paciente y el reporte de eventos adversos. (Consumo.)

Cada uno de los pasos que se siguen en las unidades con relación al cuidado directo son de acuerdo a protocolos, sin embargo se cree que algunos métodos que se aplican en la unidad no son buenos, muy poco factibles o ignorados totalmente incrementando así el número de incidentes o de eventos adversos.

4.2 Sección B / Su líder de enfermería

4.2.1 Aceptación de la opinión del personal

Gráfico 15 Aceptación de la opinión del personal



FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

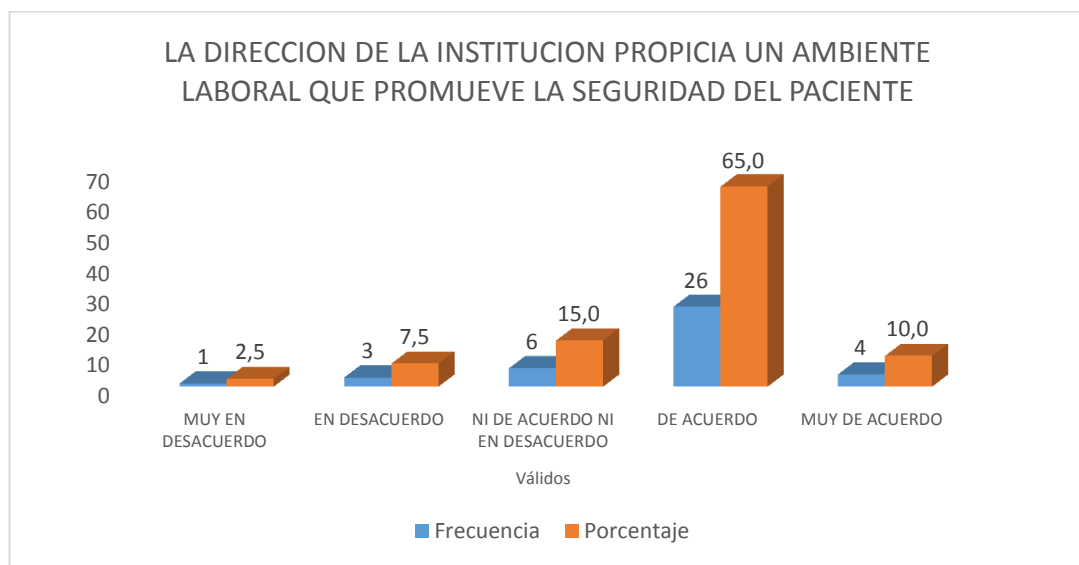
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Según el Ministerio de Sanidad y Consumo Español en el entorno de salud las sugerencias por parte del personal hacia el jefe inmediato facilita manejar situaciones bajo presión evitando que se produzcan errores y a la misma vez hallar posibles soluciones que permitan tomar las medidas correctivas (GOBIERNO DE ESPAÑA & MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2009), podemos recalcar que un alto porcentaje del personal encuestado cree que su opinión debe ser tomada en cuenta para poder discernir soluciones ante posibles problemas sobre la atención a los pacientes.

4.3 Sección C / Su institución

4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente

Gráfico 16 Ambiente laboral para la seguridad del paciente



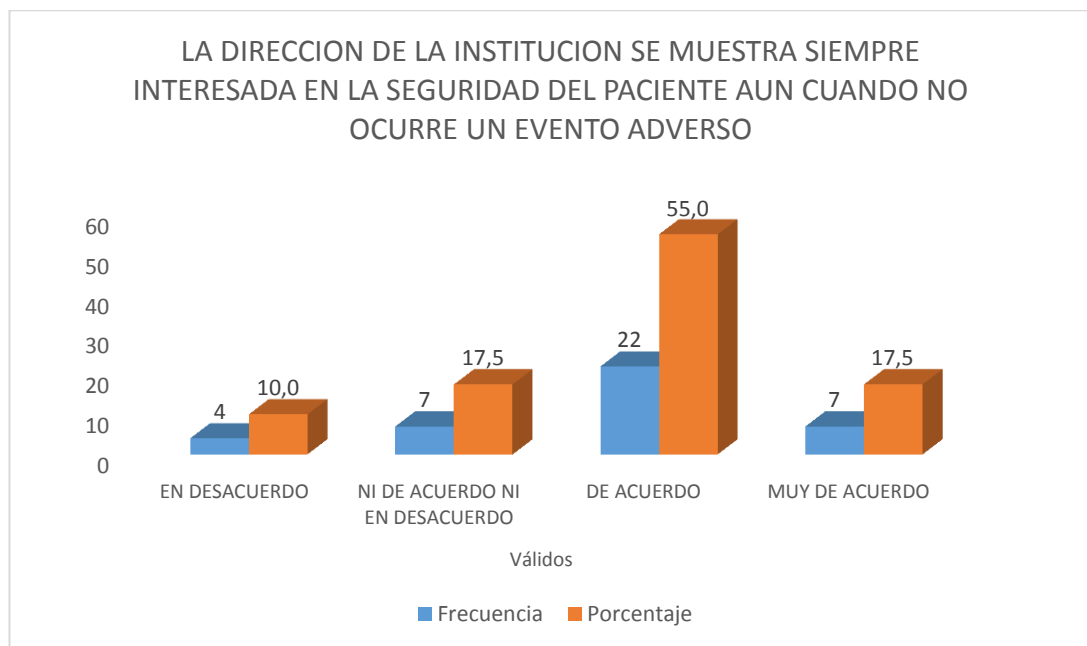
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: El ambiente laboral es de suma importancia para brindar una atención adecuada con calidad y calidez a los usuarios. Los profesionales se encuentran satisfechos con el ambiente laboral, lo que promueve la seguridad del paciente, ya que cuentan con una buena infraestructura y manteniendo buenas relaciones interpersonales. De acuerdo a la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente y clima laboral, realizado por la comisión de calidad (José Merino), existe una buena relación entre la motivación de los empleados y los resultados del trabajo afirmando que un buen clima laboral se orienta hacia los objetivos generales, mientras que un mal clima destruye el ambiente de trabajo ocasionando situaciones de conflicto y de bajo rendimiento afectando a la calidad de atención al paciente.

4.3.2 Interés en seguridad del paciente

Gráfico 17 Interés en seguridad del paciente



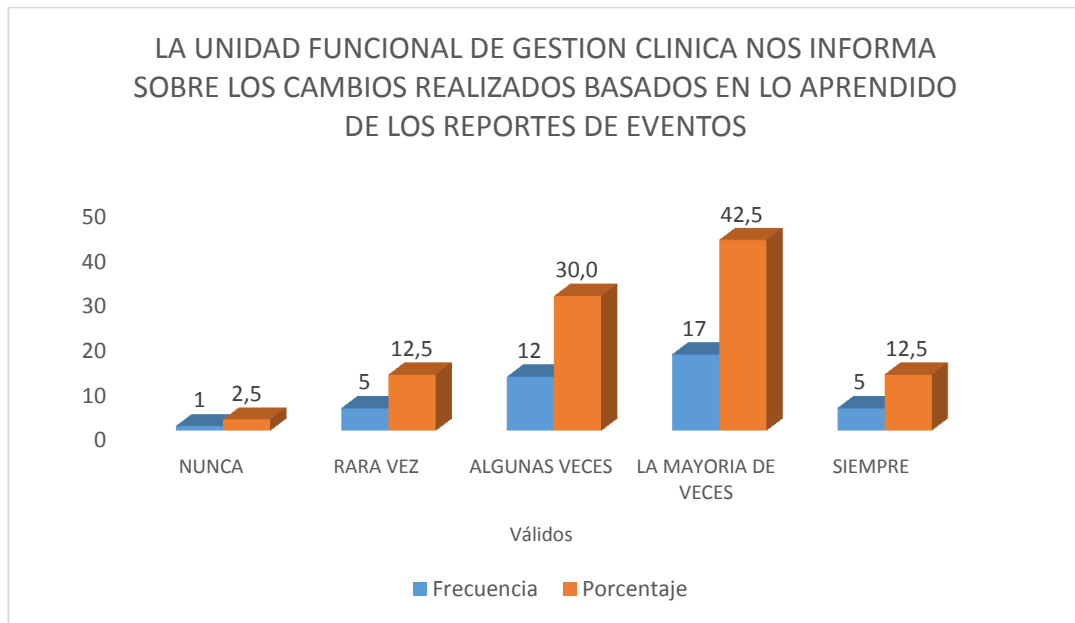
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: La seguridad que se brinda en las instituciones de salud debe ser continua; aun cuando no ocurran eventos adversos; brindando una calidad de atención, el personal cree que las unidades operativas donde laboran siempre están impulsando políticas de salud que eviten la presencia de eventos adversos. Son algunas las instituciones que se han preocupado por el tema como es la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente quien tiene por objetivo promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados en pro de una atención sanitaria más segura y con una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes. (Salud O. M., Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, 2008)

4.3.3 Notificación de errores

Gráfico 12 Notificación de errores



FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

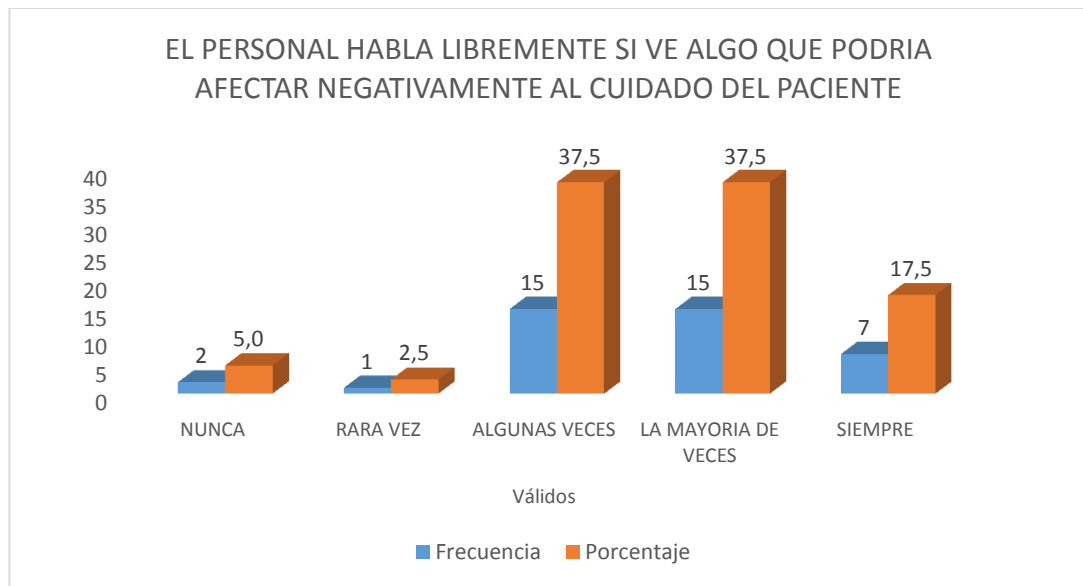
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Los profesionales de enfermería aseguran que la mayoría de veces han reportado la presencia de eventos que se han producido en las unidades permitiendo la recolección de datos y poder mejorar la seguridad dentro de dichas unidades pero a la vez existen profesionales que no han reportado o rara vez han dado la importancia adecuada a este tema, razón por la que las medidas de prevención de errores no se han ejecutado como es debido.

4.4 Sección D / Comunicación

4.4.1 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

Gráfico 19 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

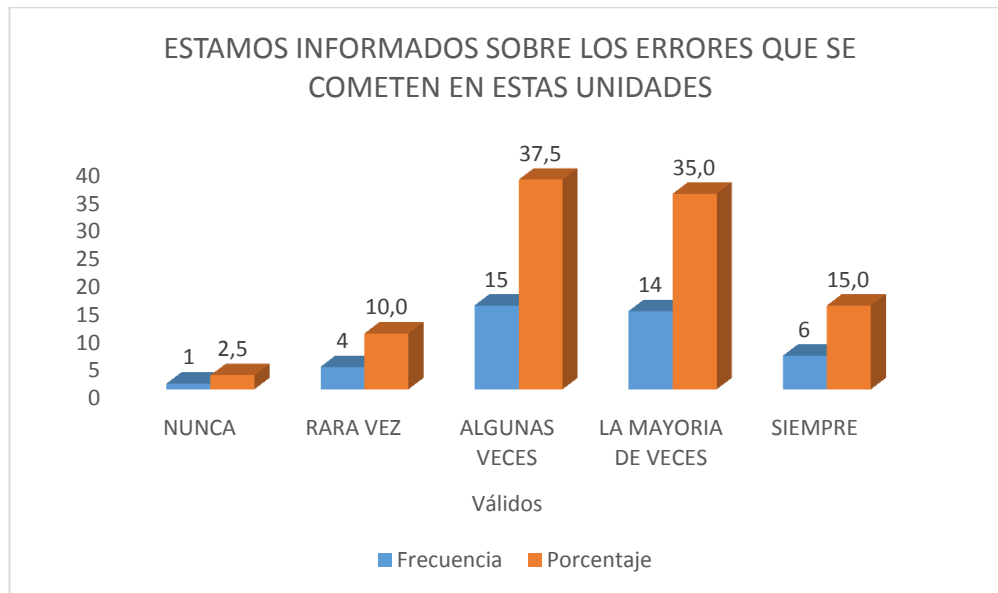


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: En la mayoría de unidades los profesionales se sienten en libertad de informar o de opinar cuando algo malo sucede lo que es muy favorable para la notificación de eventos adversos pudiendo así tomar medidas adecuadas para evitar que se vuelvan a cometer y perjudiquen la seguridad del paciente. Esto se debe a que el personal de enfermería cuenta con una amplia gama de conocimientos para brindar un cuidado integral al paciente ya que su función es realizar actividades que contribuyan a mejorar la seguridad del mismo, además de que diversos actores han considerado la interacción enfermera-paciente como un eje fundamental para establecer una relación de cuidado lo que da importancia a sus opiniones. (Rivaneyra Osorio, 2011)

4.4.2 Análisis de toma de decisiones

Gráfico 20 Análisis de toma de decisiones

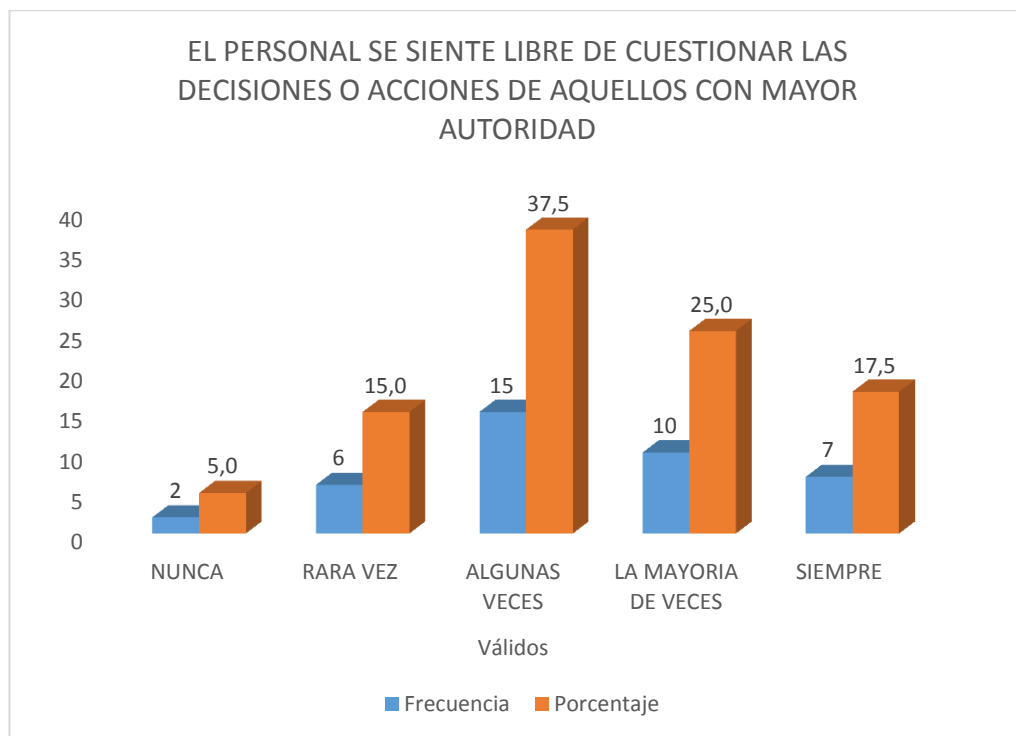


FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Según los resultados obtenidos para los profesionales de salud se considera necesaria la información oportuna sobre la presencia de eventos adversos dentro de la unidad impidiendo que dichos errores vuelvan a presentarse ya que según un artículo de la revista Enfermería Global sobre cultura de seguridad asegura que, si el tema es importante para una organización y si esta realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de la salud. Hay un consenso de que algunos atributos de la organización contribuyen a la seguridad del paciente estos son el trabajo en equipo, soporte de los líderes y la comunicación la cual debe ser abierta y basada en la confianza mutua. (Camargo Tobías, Queiroz Bezerra, Silvestre Branquinho, & De Camargo Silva, 2014)

4.4.3 Aceptación de opinión del personal

Gráfico 21 Aceptación de opinión del personal



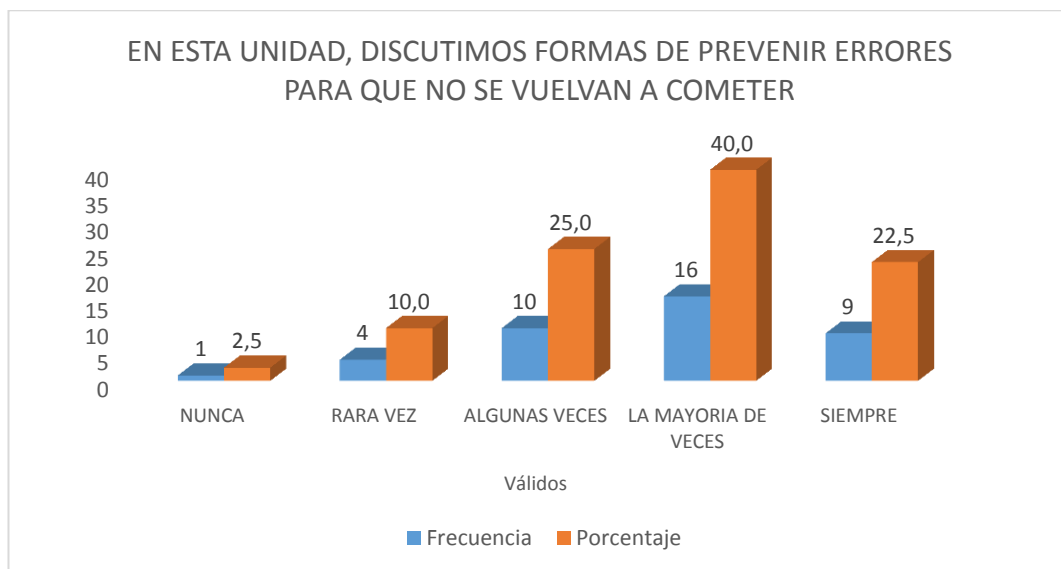
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: En cuanto a la opinión sobre decisiones que pueden o no afectar la seguridad del paciente, el personal de enfermería se siente con la libertad para emitir un criterio referente a este tema, siendo necesario tomar en cuenta sugerencias que promuevan la mejora de la calidad de atención del paciente. De acuerdo al documento de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud, la participación de los trabajadores es un elemento importante en la gestión de salud y la seguridad y es necesaria una colaboración por parte de los trabajadores para encontrar soluciones conjuntas a problemas comunes.

4.4.5 Percepción de prevención de errores

Gráfico 22 Percepción de prevención de errores



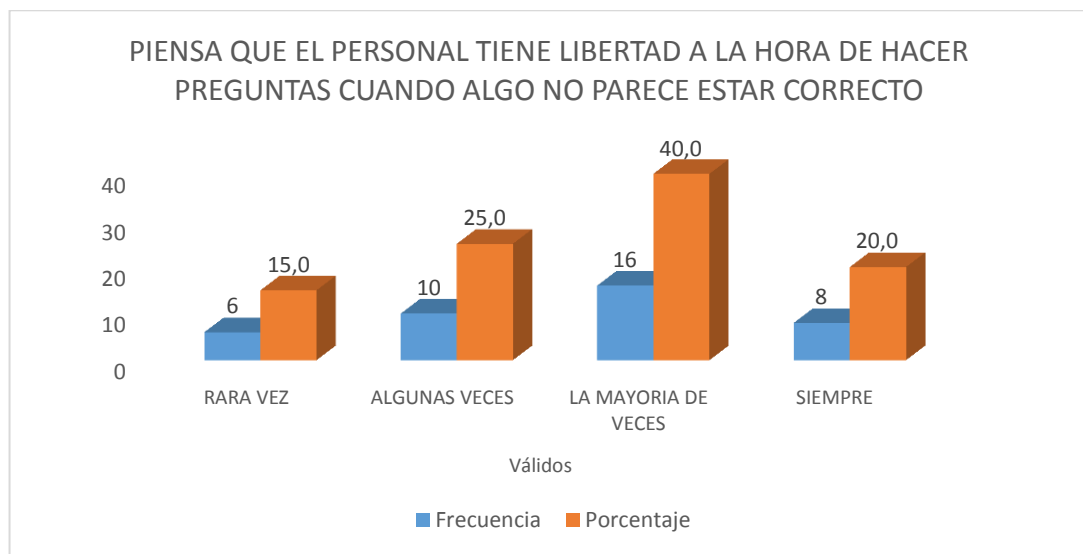
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Hace referencia a las medidas que se toman dentro de la unidad para prevenir nuevos errores, un alto porcentaje de los encuestados están de acuerdo en que es necesario que esto se realice con el fin de mejorar la calidad de atención a pesar de que un mínimo de profesionales no hace casi nada por cambiar este problema de magnitud mundial.

4.4.6 Opinión del personal

Gráfico 23 Opinión del personal



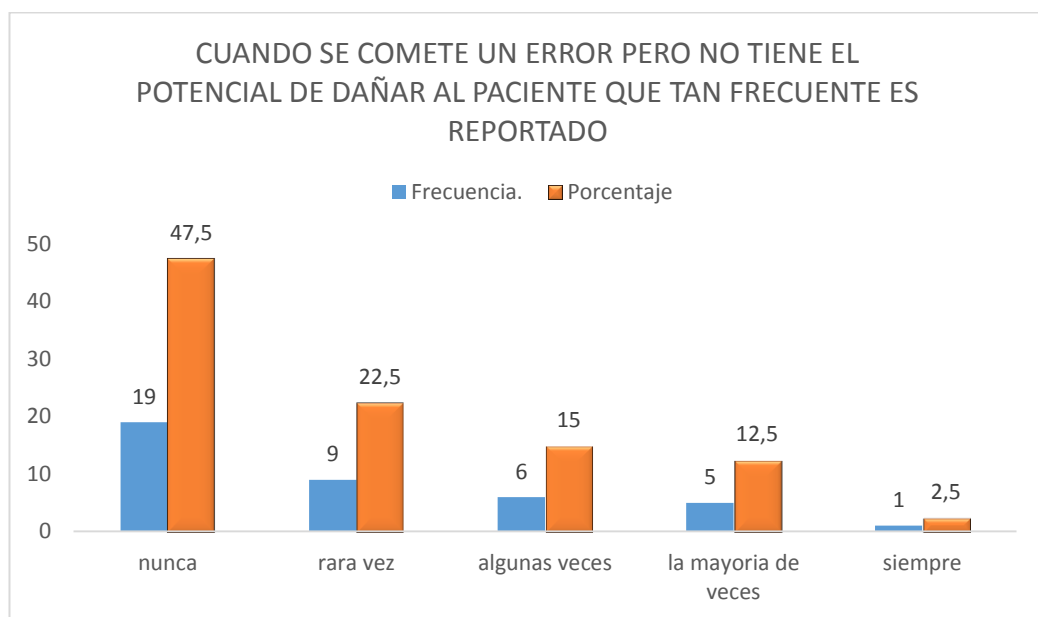
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: La mayoría de los profesionales encuestados tienen libertad de opinar cuando algo no está correcto o tienen inquietudes acerca de la seguridad del paciente además que, se siente con la libertad de cuestionar las decisiones o acciones de aquellas personas con mayor autoridad pudiendo así, discutir formas de prevención de errores para que no se vuelvan a cometer, pero observamos que hay profesionales que rara vez da su criterio y esto es debido a que los superiores pueden tomar represalias en contra del personal de menor rango, limitando al personal a opinar sobre la seguridad del paciente.

4.5 Sección E / Frecuencia de eventos adversos / errores reportados

4.5.1 Reporte de errores

Gráfico 24 Reporte de errores



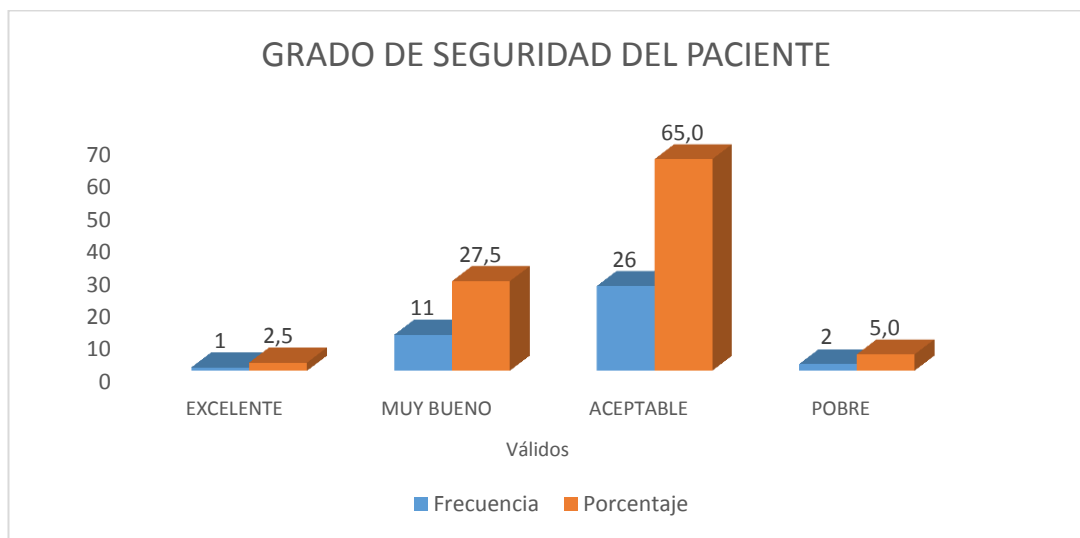
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: Los resultados obtenidos nos indican que la mayoría de veces estos errores no son reportados ya que no han causado daño o lesión al usuario, esto se debe a que existe el registro voluntario el cual está orientado a mejorar la seguridad del paciente pero generalmente es utilizado cuando se producen incidentes de mayor gravedad. La intención del personal de salud nunca ha sido la de hacer daño pero en algunas situaciones ocurren errores en la atención por diferentes motivos, a pesar de ello es necesario que estos sean reportados hayan o no causado daño al paciente, para que mediante esto se puedan identificar las áreas más vulnerables. (Bañeres J. , 2006)

4.6 Sección F / Grado de seguridad del paciente

4.6.1 Valoración de seguridad del paciente

Gráfico 25 Valoración de seguridad del paciente



FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

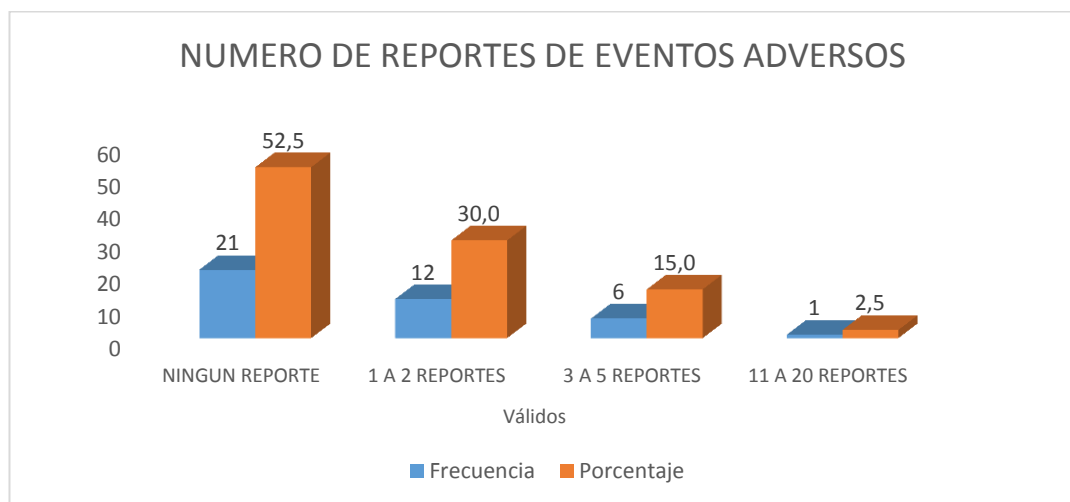
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: El personal de enfermería encuestado opina que la seguridad del paciente dentro de cada unidad es aceptable, pero hay mucho por hacer para que esta sea excelente y eso es lo que se busca de acuerdo a los objetivos de milenio o al sumak kausa y que busca el buen vivir, dentro de este, la calidad y calidez de la atención en los diferentes servicios de salud.

4.7 Sección G / Número de eventos adversos / errores reportados

4.7.1 Eventos adversos reportados

Gráfico 26 Eventos adversos reportados



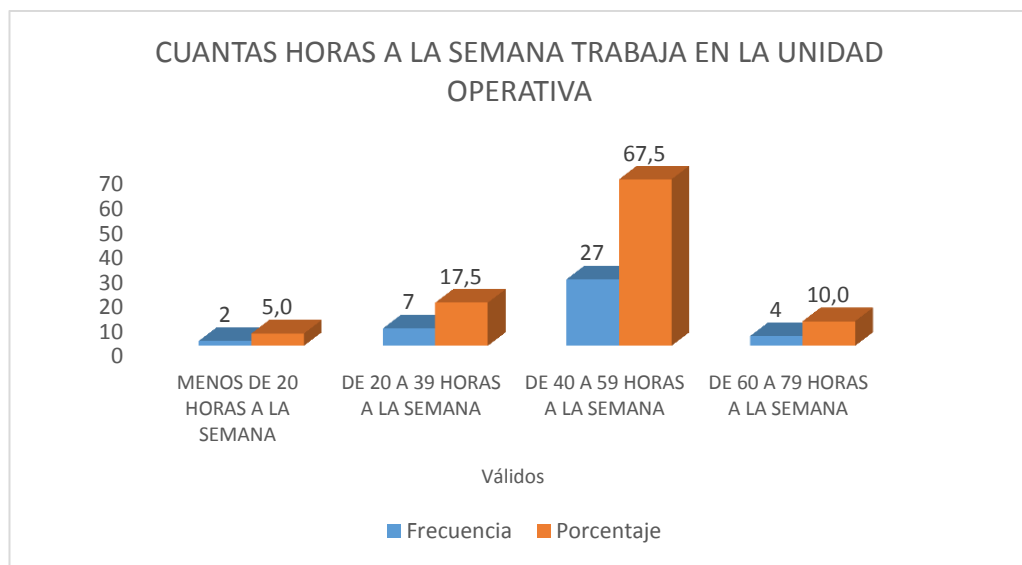
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORAS

Análisis y discusión: De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra investigación el sistema de notificación es demasiado baja en reporte de eventos, mismo que concuerda con los sistemas de notificación de eventos adversos donde solo se notifica el 5% de los eventos que se producen conociendo esto como una infra – notificación además de que este sistema es una estrategia que permite la recolección de datos de eventos producidos en el ámbito de salud y a partir de los cuales se buscará estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. (Bañeres J. , 2006)

4.8 Sección H / Antecedentes

4.8.1 Carga horaria laboral

Gráfico 27 Carga horaria laboral



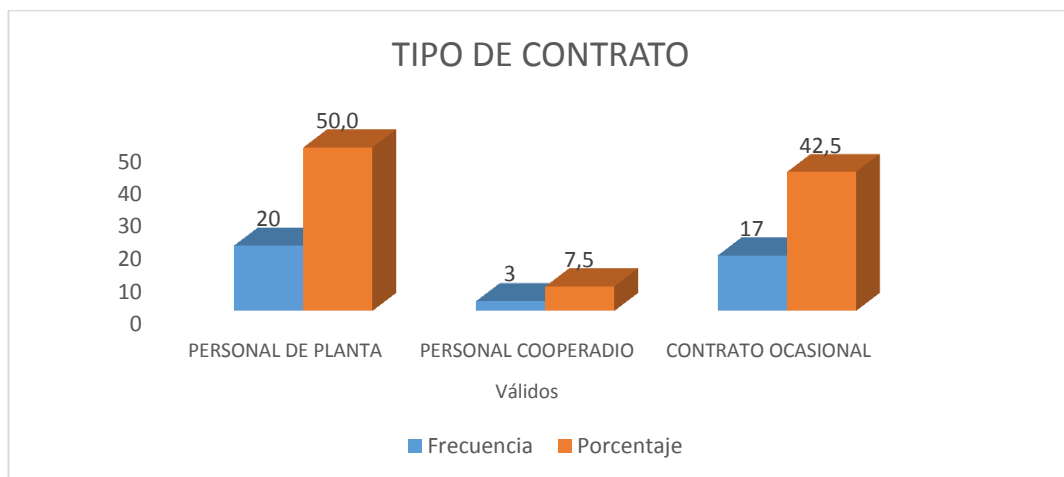
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

Análisis y discusión: Meyer afirma que los profesionales y técnicos en enfermería están llamados a generar y exigir acciones que mejoren las dinámicas de trabajo de las unidades de salud para brindar un cuidado de calidad (Meyer, Foster, Christrup, & Eisenberg, 2001) esto se puede evidenciar en la disposición que se dio mediante la resolución del 2 de febrero del 2011, dictada por el Ministerio de Relaciones Laborales para las unidades de atención médica donde se dispone que los puestos de profesionales de salud deberán cumplir la jornada de 8 horas diarias efectivas y continuas, mismas que se pueden evidenciar en la carga laboral de los encuestados en donde existe un 67,5% que cumple con esta disposición.

4.8.2 Desempeño laboral vigente

Gráfico 28 Desempeño laboral vigente



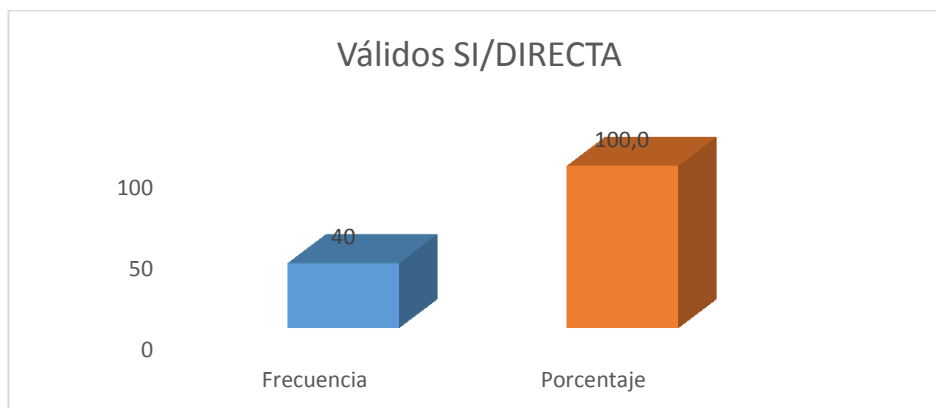
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

Análisis y discusión: La mitad del personal encuestado son profesionales de enfermería con un contrato de planta, el haber aplicado la encuesta a este personal es una base de apoyo en el desarrollo de nuevas prácticas de seguridad y en si evitar que se produzcan más eventos adversos. El personal de contrato ocasional podría difundir el conocimiento obtenido hacia nuevas instituciones donde el profesional pueda desempeñar sus labores.

4.8.3 Relación del cuidado

Gráfico 29 Relación del cuidado



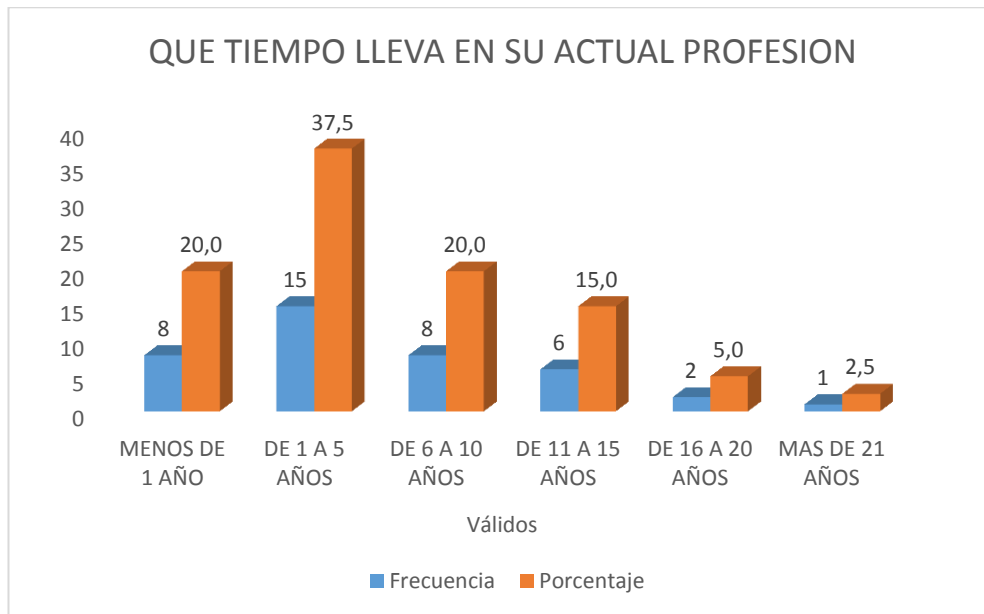
FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS

ELABORADO POR: INVESTIGADORES

Análisis y discusión: Los encuestados son de la profesión de enfermería mismos que permanecieron en contacto directo con el paciente y conocen las necesidades de los mismos. Hoy en día un gran número de enfermeras son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud, sabiendo que la disciplina de enfermería se basa en la práctica, juicio de valor, en sus decisiones profesionales y en otorgar un cuidado individualizado. (A & Zarate, 2004)

4.8.4 Desempeño laboral

Gráfico 30 Desempeño laboral



FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DEL CANTÓN QUIJOS
ELABORADO POR: INVESTIGADORES

Análisis y discusión: La experiencia laboral dentro de una institución de salud es el eje fundamental para poder ejercer sus labores, de la población muestra de estudio su práctica como profesional ha sido de entre 1 a 5 años lo cual implica que tienen conocimiento de lo que involucra un evento adverso y la seguridad de los pacientes ya que tanto la formación universitaria como la continuada y el entrenamiento permite la adquisición de actitudes y habilidades y prácticas a lo largo de la vida profesional. (Salud O. M., Seguridad del paciente)

4.9 Conclusiones

La cultura de seguridad del paciente es un tema de gran importancia, al estar enfocado en la calidad de atención que brinda el talento humano en salud, en función de los resultados obtenidos en el estudio permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- ❖ La percepción sobre cultura de seguridad del paciente que posee el personal de enfermería de las unidades operativas del cantón Quijos permitió identificar la presencia del conocimiento, valores y creencias en los profesionales, que contribuyen a mejorar la calidad de atención en salud.
- ❖ La organización interinstitucional y la gestión de los servicios sanitarios, son elementos básicos para el mejoramiento de los sistemas de salud, recalcando que, la dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.
- ❖ La comunicación entre el personal, es un aspecto que fortalece la cultura de seguridad dentro de las unidades operativas del Cantón Quijos, mejorando la calidad de atención al paciente así como el engrandecimiento de las relaciones interpersonales.
- ❖ Cada uno de los miembros del equipo de salud, con sus actitudes y comportamientos, son parte fundamental dentro de la cultura de seguridad del paciente contribuyendo a fomentar el manejo adecuado del usuario e implementando cambios positivos.
- ❖ Los resultados del presente estudio permiten identificar la presencia de una política punitiva con respecto a la notificación de eventos adversos, lo que se considera una debilidad dentro de las unidades de salud, además, no se ha implementado un sistema de reporte de eventos adversos obligatorio, impidiendo el adecuado control de los mismos.

4.10 Recomendaciones.

- ❖ Deberían implementarse diferentes estrategias educativas que permitan conocer la necesidad de notificar los eventos adversos, fomentando la confianza en sus aptitudes y así disminuir los riesgos latentes que puedan presentarse.
- ❖ Potenciar el desarrollo de actuaciones e instrumentos que faciliten el intercambio de información sobre cultura de seguridad de los pacientes, además de la calidad de atención como punto de evaluación y mejora continua.
- ❖ De los resultados obtenidos en el estudio se considera necesario la implementación de un sistema de notificación obligatoria dentro de las unidades operativas que evite la infra notificación de eventos adversos.
- ❖ Realizar estrategias efectivas y sustentables para mejorar la calidad de atención del usuario ya sea mediante cursos, charlas, investigaciones, entre otros que produzcan cambios, pero sobre todo que disminuyan el riesgo de producir un daño innecesario a los pacientes.

CAPÍTULO V

5 PROPUESTA

Curso virtual auto-administrado

5.1 Introducción

La cultura de seguridad del paciente forma parte fundamental de la atención en salud la cual se ha convertido, desde hace ya algunos años, en un objetivo esencial de los sistemas de atención sanitaria, la seguridad se identifica claramente como la dimensión clave a considerar en los procesos de mejora de los servicios sanitarios que deben ser impulsados desde las instituciones, organizaciones y sociedades científicas en pro de conseguir una mejora efectiva de la calidad; esto implica fomentar el cuidado óptimo del paciente, por este motivo hemos desarrollado un curso auto-administrado para profesionales de enfermería con la finalidad de fomentar el interés hacia la cultura de seguridad del paciente.

Este curso ha sido diseñado con fines informativos y educativos debido al interés por la calidad y la seguridad del paciente ya que posee contenidos y herramientas relacionadas con el tema para que este pueda ser utilizado de manera didáctica.

5.2 Justificación

La seguridad del paciente surge como una reflexión sobre el tipo de atención que se proporciona en el sector salud involucrando a todos los profesionales de la misma; Según estudios realizados entre un 4 y un 17% de los pacientes que ingresan a una unidad de salud pueden ser afectados por un factor ajeno a su enfermedad conocido como evento adverso; Por lo que se lo considerado un problema potencialmente grave, con gran impacto económico y social.

Según datos de la OMS, uno de cada diez pacientes presenta algún evento adverso en la atención de la salud en el mundo. Frente a esta situación, la Organización creó en 2004 la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" la cual se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención en salud.

La cultura de seguridad del paciente es un tema que facilita la retroalimentación de los sistemas de salud, permitiendo la implementación de sistemas destinados a mejorar la calidad del cuidado en base a los problemas identificados los cuales pueden ser analizados en todos los niveles de atención evitando que se produzcan posibles incidentes y fomentando buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes.

5.3 Objetivos

5.3.1 General

- ❖ Fomentar el conocimiento de cultura de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería de las unidades operativas del cantón Quijos, mediante el desarrollo del curso virtual auto-administrado para desarrollar destrezas y actitudes que mejoren la calidad de atención en salud.

5.3.2 Específicos

- ❖ Analizar documentos sobre cultura de seguridad del paciente mediante la revisión documental para realizar módulos educativos y bancos de preguntas.

- ❖ Diseñar un curso virtual auto-administrado sobre cultura de seguridad del paciente, mediante la utilización de la tecnología computacional, para poder brindar un módulo de conocimiento disponible para los profesionales de enfermería.
- ❖ Aplicar el curso auto-administrado al personal de enfermería de las unidades operativas del cantón Quijos para poder dispersar el conocimiento no solo al personal de enfermería sino a todo aquel profesional de la salud y estudiantes de la carrera.

5.4 Metodología

El curso virtual fue diseñado de tal forma que los profesionales de enfermería del cantón Quijos puedan desarrollarlo de la mejor manera y sin dificultades, con esto se pretendió que dichos profesionales obtengan conocimientos sobre cultura de seguridad del paciente y que a su vez se constituya una herramienta que facilite la prevención de eventos adversos además de ampliar posibles métodos de ayuda en seguridad.

Para el desarrollo de este curso el usuario deberá instalar el programa respectivo sin necesidad de tener una conexión a internet. Este curso virtual auto-administrado contiene cinco módulos, cada uno posee información en formato PDF para que pueda ser revisada o descargada, un banco de preguntas de selección múltiple y su respectivo certificado.

Duración: Este curso virtual no cuenta con límite de tiempo, el usuario podrá desarrollarlo según crea conveniente y la información que posee podrá ser revisada las veces que sea necesario.

Certificado: Para obtener el certificado con su nombre el usuario deberá matricularse en el curso y desarrollar los módulos, podrá obtener un certificado por cada módulo

que apruebe, el cual, estará disponible en formato PDF con los datos y nota de la evaluación.

Módulos de estudio

5.5 Módulos

5.5.1 Módulo I

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

5.5.1.1 Breve historia

Dentro de los estudios efectuados tenemos los realizados en Estados Unidos, como también los publicados en Europa, estudios con la misma herramienta en cinco hospitales belgas y uno noruego, y, con otra, en UCI de hospitales del Reino Unido. Otros estudios, a veces circunscritos a un sólo tipo de profesional, se han realizado en países como Japón, Nueva Zelanda y Corea. En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las organizaciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla. (Varela Espiñeira, 2013)

5.5.1.2 Seguridad del paciente

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

5.5.1.3 Cultura de seguridad del paciente

Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente buscan minimizar el daño al paciente que se pudiera originar como resultado del proceso de atención en salud. (Camargo & Queiroz, 2014)

5.5.1.4 Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad

- ❖ Liderazgo “responsables asistenciales”
 - ❖ Compromiso
 - ❖ Incorporar la seguridad en el “día a día”
 - ❖ Seguimiento constante
 - ❖ Revisión sistemática del tema
 - ❖ Verificación y seguimiento a las acciones de seguridad
 - ❖ Observar el sistema, examinar dónde hay fallas y actuar
- (Ministerio de protección social, 2008)

5.5.2 Módulo II

Contenido

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

5.5.2.1 Que es un evento adverso

Se define al evento adverso como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención o el cuidado que se está brindando, que con la enfermedad de base que tiene el paciente, estos son más atribuibles a que puedan conducir a la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia de hospitalización y al incremento de los costos de no calidad.

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

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

5.5.2.2 Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

- ❖ Evento adverso prevenible: el cual se define como el resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- ❖ Evento adverso no prevenible: es el resultado no deseado causado de forma no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Silva Acevedo & Lopez Angarita, 2009)

5.5.2.3 Cultura del reporte de eventos adversos

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

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

Más allá de identificar culpables y acusar indiscriminadamente la finalidad del reporte del evento adverso es la identificación de estas mas no la culpabilidad de la persona o la organización, además de convertir el reporte de los eventos un hábito dentro de la unidad, una parte integral de la rutina diaria tanto de médicos como del personal asistencial, evitando que el personal sienta que es una carga adicional, injustificada e inservible. (Granados, 2012).

El primer paso para que este reporte se haga un hábito es generar un cambio cultural de la organización, enfocando las acciones a garantizar que todas las personas la confidencialidad y no el riesgo.

5.5.3 Módulo III

Contenido

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

5.5.3.1 Factores que influyen en la seguridad del paciente

- ❖ Factores de paciente: Incluyen aquellos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo, al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.
- ❖ Factores individuales: Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.
- ❖ Factores de tarea: Son aquellos que ayudan y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.
- ❖ Factores sociales y de equipo: Principalmente son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación. Sin embargo, la forma de gestionar, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros

con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

- ❖ Factores de formación y entrenamiento: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.
- ❖ Factores de equipamiento y recursos: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error. (Recio, 2005)
- ❖ Condiciones de trabajo: Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente.
- ❖ Factores organizativos y estratégicos: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación.

5.5.3.2 Alcances de la cultura de seguridad del paciente

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

5.5.3.3 Clima de seguridad para el paciente

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

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

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

Factores ambientales externos

- ❖ Humedad.
- ❖ Energía eléctrica.
- ❖ Agua.
- ❖ Aire.
- ❖ Desechos.
- ❖ Radiaciones.
- ❖ Infraestructuras.
- ❖ Polvo.
- ❖ Luz solar.

Factores ambientales internos

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

Otros factores:

Entre otros factores que pudieran afectar la seguridad al paciente es el SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL en el equipo multidisciplinario o el llamado síndrome de BURNOUT.

Otras causas principales de que las medidas de seguridad del paciente no se implementen adecuadamente o no den resultado para un clima de seguridad son:

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

5.5.4 Módulo IV

Contenido

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

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

Los principios orientadores de la política

❖ Enfoque de atención centrado en el usuario

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

❖ Cultura de seguridad

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

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

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

❖ Multicausalidad

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

❖ Validez

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

❖ Alianza con el paciente y su familia

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

❖ Alianza con el profesional de la salud

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo

cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

5.5.4.2 Política institucional de seguridad del paciente

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

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

Lineamientos claros de cómo implementarla

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

5.5.4.3 Trabajo en equipo

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

Principios

- ❖ Complementariedad
- ❖ Coordinación
- ❖ Comunicación
- ❖ Confianza
- ❖ Compromiso

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

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

5.5.4.4 Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

La primera causa de EA en la atención en salud lo constituyen las fallas en la comunicación entre las personas que atienden a un paciente. La comunicación es el único medio que permite estrechar los lazos con la comunidad, es el recurso más

importante dentro del trabajo de salud; comunicarse en forma clara, oportuna y sencilla permitirá «comprender» lo que quieren decir los otros.

5.5.5 Módulo V

Contenido

- ❖ Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad.
- ❖ La enfermera líder debe conocer sobre: organización, comunicación, escuchar y toma de decisiones.
- ❖ Calidad de atención por el personal de enfermería.
- ❖ Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente.

5.5.5.1 Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad

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

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

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

5.5.5.2 La enfermera líder debe conocer sobre:

❖ Organización

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

❖ Comunicación.

La habilidad para comunicarse es el núcleo del liderazgo por lo tanto "la comunicación constituye un elemento fundamental en el proceso de ejercer el liderazgo en enfermería, ya que la forma en que se transmite el mensaje interferirá

con el resultado deseado". (Balsanelli & Kowal Olm Cunha, 2006) En este sentido, "la comunicación es la base de liderazgo, porque el liderazgo es una relación interpersonal en la que los líderes influyen en las personas a cambiar a través del proceso de comunicación.

❖ Escuchar

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

❖ Toma de decisiones

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

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

5.5.5.3 Calidad de atención por el personal de enfermería

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

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

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende una asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su continuidad requiriendo cada día una mayor exigencia por parte de los profesionales de la salud. Una vez alcanzada una cobertura relativamente razonable, se transita hacia la preocupación por otorgar servicios con una calidad mínima indispensable. La calidad debe ser mejorada continuamente para garantizar que el paciente reciba los mayores beneficios posibles con los menores riesgos, logrando a la vez eficiencia.

La enfermera incide en numerosos factores de la estructura y procesos en nuestros objetivos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados, según se observa.

Estructura: entre estos factores se encuentran:

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

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

Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia).

Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud.

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

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

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

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

El personal de enfermería deben prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, de tener una elevada autoestima, deben contar con un equilibrio mental y físico que le permita

ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes.

Particularmente las enfermeras por su constante relación con los enfermos están sometidas a una recarga traumática derivada a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte.

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

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

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

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

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el

recurso humano; para el caso de enfermería resulta de gran importancia observar y determinar la razón enfermera-paciente con el fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria.

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

Cuestionario Modulo I

Seleccione la respuesta correcta

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

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

2. ¿Qué es seguridad del paciente?

- a. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- b. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

- a. Trabajo en equipo

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

4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?

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

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

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

Cuestionario Módulo II

1. ¿Qué es un evento adverso?

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

2. ¿Qué es un evento adverso prevenible?

- a) Resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- b) Es el resultado no deseado causado de forma no intencional que pudo ser evitado sin el cumplimiento de estándares de calidad.
- c) Resultado causado de forma intencional evitando el cumplimiento de estándares de calidad.

3. ¿Qué es un evento adverso no prevenible?

- a) Resultado no deseado causado de forma no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- b) Es el resultado no deseado que se presenta con o sin el cuidado del personal de salud
- c) Resultado no deseado causado por la atención inadecuada del personal de salud.

4. ¿Qué es la cultura del reporte de eventos adversos?

- a) Es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en la ética profesional.
- b) Es un método mediante el cual se pueden evitar los eventos adversos.
- c) Es un patrón del manejo de la calidad de atención basado en el manejo de la atención en salud.

5. ¿Por qué o quién está determinado el éxito de un sistema de reportes?

- a) Está determinado por el tipo de enfermedad y evento adverso de cada paciente.
- b) Está determinado por actitud del paciente.
- c) Está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales y técnicos de la línea de frente del cuidado en salud.

Cuestionario Módulo III

1. Subraye la respuesta correcta

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

A-Factores gubernamentales

B-Factores psicológicos

C-Personalidad del individuo

2-Verdadero o falso

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

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

3-Complete según corresponda

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

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

4-Mencione 3 Factores ambientales externos.

a. Humedad

b .Agua

c. Aire

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

❖ Infraestructura.

❖ Temperatura.

❖ Empatía

❖ Ventilación.

❖ Iluminación

Preguntas del módulo IV

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

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

2.- Complete:

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

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

3.- Verdadero o Falso

En los lineamientos para la política de seguridad del paciente:

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

4.- Verdadero o Falso

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

5.- Subraye la respuesta correcta

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

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

Desarrollando planes estratégicos que ayuden a una mejor comunicación.

Cuestionario Módulo V

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

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

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

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

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

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

4. Verdadero o Falso

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

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

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

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

Bibliografía

1. A, R., & Zarate, G. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de enfermería Scielo, 42-46.
2. Aita, V., McIlvain, H., Backer, E., McVea, K., & Crabtree, B. (2005). patient centered care and communication in primary care practice.
3. Aranaz, J., Aibar, C., Gea, M., & León, M. (2004). LOS EFECTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. CCCXXIV(1).
4. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. (2002). Calidad de Atención, Seguridad del paciente.
5. Astier, M., Maderuelo, J., & Olivera, G. (2012). Mejora de la seguridad del paciente en atención primaria. Toledo.
6. Avilés Pino, E. (s.f.). Enciclopedia del Ecuador. Obtenido de www.encyclopediadelecuador.com
7. Balsanelli, P. A., & Kowal Olm Cunha, I. C. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. Esc Enferm USP, 117-121.
8. Bañeres, J. (2006). Los Sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. En J. Bañeres, Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (págs. 12-16). Madrid: FAD.
9. BAÑERES, J. (2006). LOS SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. MADRID.
10. Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (Junio de 2005). Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Revista de Calidad Asistencial, 20(4).
11. Bernal, M. D., Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela. (2007). La seguridad del paciente: eje toral de la calidad del paciente , 128.
12. Buss Thofehn, M., Leopardi, M., Cohelo Amestoy, S., & Oliveira Arrieira, I. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo en enfermería. Enfermería Global.

13. BUSSO, N. F. (Mayo de 2004). Los eventos adversos y la Calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. *scielo*, 5, 99-144-149.
14. C., M., & Cammaert, E. (s.f.). Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en América Latina. En M. C., & E. CAMMAERT, *Educación médica y salud* (págs. 343-346).
15. Calidad, G. d. (s.f.). Unidad de Gestión de Riesgo Clínico. ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
16. Camargo , T., & Queiroz, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*, 336-336.
17. Camargo Tobías, G., Queiroz Bezerra, A. L., Silvestre Branquinho, N., & De Camargo Silva, A. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global*(33), 337.
18. Camargo Tobias, G., Quieroz Bezerra, A., Silveste Branquinho, N., & de Camargo Silva, A. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global*(33), 336-337.
19. Casmer. (9 de 04 de 2012). seguridad del paciente. (Rivera, & D. norte, Entrevistadores)
20. Ceriani Cernadas, J. (10 de 2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". 107(5).
21. Cernadas, D. C. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad. (D. J. Cernadas, Ed.) *Arch Argent Pediatr*, 385-386.
22. Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. (2008). Quito, Pichincha.
23. Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
24. CHACO, M. D. (2006). PLAN DE DESARROLLO ESTRATEGICO CANTONAL DE EL CHACO. CHACO, NAPO, ECUADOR.
25. Consumo., M. d. (s.f.). Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Pirámide de Heinrich, 13.

26. Criel, B., & De Brouwere, V. (01 de Marzo de 2012). BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMM. Obtenido de http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/cd006413_cri-elb_com/es/index.html
27. Donabedian, A. (1980). calidad de atencion medica. la prensa medica.
28. Dotor Gracia, M., Ignacio García, E., Núñez García, D., & Pérez Pérez, P. (2012). recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. Andalucía: Habibullah Rodriguez Contreras.
29. DRA. C, O. (2011). COMPETENCIAS DE ENFERMERIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SCIELO.
30. DRA. C, O. (2011). COMPETENCIAS DE ENFERMERIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. SCIELO.
31. Escobar Pérez, B., Lobo López, M. M., & Sala Turrens, J. (julio-Dicimebre de 2009). Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia. revista del instituto internacional de costos, 2-3.
32. evidencia, c. d., & Viel, B. (2010). Trabajo en equipo.
33. Fajardo Dolci, G., Rodriguez Suárez, J., Arboleya Casanova, H., Rojano Fernandez, C., Hernandes Torres, F., & Santacruz Varela, J. (2010). cultura sobre seguridad del paciente en profecionales de salud. comision Nacional de Arbitraje Medico(6), 257.
34. GOBIERNO DE ESPAÑA, & MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (24 de 2 de 2009). www.msc.es. Obtenido de www.msc.es/organización/sns/plancalidadSNS
35. Gomez Ramires, O. j., Soto Gámex, A., Arenas Gutierrez, A., Garzón Salamannca, J., & Gonzáles Vega, A. (Julio-Diciembre de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances de enfermeria, XXIX(2), 363.
36. Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., Gonzáles Vega, L., Salamanca Garzón, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gamez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermeria en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermeria XVII, 97.

37. Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámes, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 99.
38. Gómez Ramírez, O., Zoto Gamex, A., Aranas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., & González Vega, A. (2 de JULIO-DICIEMBRE de 2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances de enfermería*, XXIX(2), 363.
39. Granados, V. (7 de 11 de 2012). Cultura del reporte de los eventos adversos en el personal de salud de la clínica ces. *Scielo*, 3.
40. Gutiérrez, W. (2005). GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE QUIJOS. TU DESTINO ES QUIJOS.
41. Hall, E. T. (1983). *La diemnsión oculta* (8a ed.). Mexico: Siglo Veintiuno.
42. HR, L., & EG, C. (1953). *Text book of Preventive Medicine*. Nueva York.
43. <http://www.monografias.com>. (s.f.). trabajos55/negligencia-de-los-medicos/. Obtenido de negligencia-de-los-medicos2.shtml#ixzz2vWtN1Wtd: <http://www.monografias.com>
44. Hurtado, H. P. (s.f.). Gerencia de Calidad. Obtenido de www.hurtadohosp.cl
45. Johnroskoki. (s.f.). eHow en Español. Obtenido de http://www.ehowenespanol.com/roles-liderazgo-gestion-funcion-enfermeria-hechos_121768/
46. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme , F., Duquette, A., & Major, F. (2002). El pensamiento Enfermero. *Enfermería comunitaria*, 5(1).
47. Kohn LT, C. J. (1991). *To err is the human. Builing a safer health system*.
48. Kohn LT, C. J. (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
49. LEON ROMAN, C. A. (SEPTIEMBRE de 2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA RESPONSABILIDAD EN EL ACTO DEL CUIDADO. *CUBANA ENFERMERIA*, 22(3).
50. León, M. C. (julio.-septiembre. de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. (" Ameijeiras", Ed.) *Cubana Enfermería*, 22(3).

51. Luengas Amaya, S. (Julio de 2009). Seguridad del paciente: conceptos y analisis de eventos adversos. *Viasalus*(48), 6,7.
52. M Soule, B. (s.f.). Seguridad del paciente. En B. M Soule, *Prevención y control de infecciones*.
53. Mejía de Camargo, S. (2005). Un Buen trato en la institución de salud. *Revista de enfermería temas libres*, 18-21.
54. Meyer, G., Foster, N., Christrup, S., & Eisenberg, J. (2001). Setting a research agenda for medical errors and patient safety.
55. Milos, P., Larrain, A., & Simonetti, M. (Abril de 2009). Categorizacion de Servicios de Enfermeria. *Ciencia y Enfermeria*, 15(1), 3.
56. Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementacion de la politica de seguridad del paciente. Bogotá.
57. Ministerio de la Protección Social. (2009). Prevenir el cansancio del personal de salud. 12: 31.
58. Ministerio de la proteccion social. (s.f.). Evaluar la fecuencia con la cual ocurren eventos adversos. En C. A. Becerra G, & H. D. Maillane, *Guia tecnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atencion en salud"* (págs. 5-7). Bogotá- Colombia.
59. Ministerio de protección social. (2008). Objetivo de la politica publica de seguridad del paciente. En R. d. Colombia, *Lineamientos para la política pública* (págs. 13,14). Bogotá-Colombia: *Redes de prestación de servicios de Salud*.
60. Ministerio de sanidad y consumo. (2006). Declaración de los profesionales por la seguridad del paciente. Madrid.
61. Narvaez Olalla, A., Vernimmen, P., Cornejo Leon, F., Moreira, J., Figueroa, C., & Sobrevilla Vallejo, H. (s.f.). *Propuesta de Ley de Responsabilidad Profesional y Mala Practica Medica*. Quito, Pichincha, Ecuador.
62. OMS. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. OMS, 1.
63. OMS. (2010). *Seguridad del paciente*. 2.
64. OMS. (s.f.). *ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE*. En *INVESTIGACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE*.

65. OMS, O. M. (18 de 01 de 2002). Calidad de la atención. Obtenido de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb109r16.pdf.)
66. Organización Mundial de la Salud. (2 de 5 de 2007). La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. Organizacion Mundial de la Salud, pág. 22.
67. Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigacion en seguridad del paciente, 4.
68. Organization, W. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.
69. Organization, W. H. (MAYO de 2007). Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, 1.
70. Ortega C, S. M. (2006). Estrategias para su aplicación. . Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. .
71. Páez Torres, M. (s.f.). Eventos adversos, un desafío para la medicina. Bogotá: Unimedios.
72. Pardo, A., & Ruiz , M. A. (2002). Guia para el análisis de datos. En SPSS . Madrid: McGraw_Hill.
73. Potter, P. A., & Griffin Perry, A. (2002). Fundamentos de enfermeria . En P. A. Potter, & A. Griffin Perry, Fundamentos d enfermeria Teoria y Practica. Madrid: Mosby-Doyma.
74. Ramírez Gómez, O., Gutierrez Arenas, W., Vega González, L., Salamanca Garzón, J., Galeano Mateus, E., & Gamez Soto, A. (Noviembre de 2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y enfermería, III(97), 104.
75. Recio, M. (2005). Esquema de clasificacion de los factores contribuyentes. En N. P.-N. ()NHS, Análisis de cauza raiz (págs. 2-4). Reino Unido.
76. Reyes Revuelta, J. F. (s.f.). Taxonomia en seguridad del paciente. En Postulados reflexiones y teorizaciones (pág. 14). Malaga.
77. Rico Pisuerga, & Otero Prol, J. (s.f.). seguridad del paciente en urgencias.
78. Rivaneyra Osorio, Y. (2011). Acitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinion del paciente. Lima.

79. ROMERO, M. B. (2006). SEGURIDAD DEL PACIENTE. AXARQUIA: Infantes, 42. 29740-TORRE DEL MAR.
80. Ruelas-Barajas E, S.-G. O.-V. (2007). Seguridad del paciente hospitalizado. México. Instituto Nacional de Salud Pública-Editorial Médica Panamericana;, 136.
81. S. Vazzano, H. (s.f.). Hacia la elaboración de una señalización sanitaria. Hacia la Calidad en Salud, 7.
82. Varela Espiñeira, S. (2013). Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario. Universidad Coruña, 38-40.
83. Salleras, L., Dominguez, A., & Flores, M. (1994). Los métodos de la medicina clínica preventiva. Cribados. Barcelona.
84. SALUD, O. M. (2006). Seguridad del paciente. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1.
85. Salud, O. M. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente, 7.
86. Salud, O. M. (s.f.). Seguridad del paciente. Obtenido de www.who.int/patientsafety/research/preguntasmasrelevantes.
87. Saturno, P. (10 de Noviembre de 2009). Indicadores de seguridad: ¿cómo medir la seguridad y la inseguridad de la atención de salud? Santiago de Chile, Chile.
88. Seguridad, C. d. (2009). Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.
89. Silva Acevedo, D., & Lopez Angarita, C. (Junio-Diciembre de 2009). eventos adversos. Eventos adversos en los pacientes ambulatorio de una IPS de primer nivel. Medellin, Colombia.
90. SOCIAL, M. D. (Octubre de 2006). SEGURIDAD DEL PACIENTE. Bogota.
91. Social, M. d. (2008). lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogota: buenos y creativos.
92. SOCIAL, M. D. (2010). Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. GRAFO, S.A.

93. URBINA LAZA, O. (JULIO- SEPTIEMBRE de 2011). COMPETENCIAS DE ENFERMERIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. REVISTA CUBANA DE ENFERMERIA, 27(3), 239-247.
94. Urquiza, J. B., Rodriguez Ruiz, H. J., & Sanchez Almagro, c. p. (s.f.). seguridad del paciente. En J. B. Urquiza, H. Rodriguez Ruiz, & c. Sanchez Almagro, guia de practica clinica, seguridad del paciente (pág. 23).
95. Villareal Cantillo, E. (2007). Seguridad del Paciente. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Redalyc, 113.
96. Y, A., & E, T. (DICIEMBRE de 2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA ESTRATEGIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALU. SCIELO, 29(3).
97. Y, A., & E, T. (DICIEMBRE de 2006). La seguridad del paciente: Una estrategia del sistema nacional de salud. Scielo, 29(3).
98. Y, A., & E, T. (DICIEMBRE de 2006). SEGURIDAD DEL PACIENTE . SCIELO, 29(3).
99. Y, A., & E, T. (s.f.). LA SEGURIDAD DEL PAIENTE.

ANEXOS

ANEXO 1

Definición de términos

Clasificación de términos en seguridad del paciente / Taxonomía

- Agente: sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.
- Atención sanitaria: servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- Atención primaria: puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y los pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud.
- Características del paciente: atributos seleccionados de un paciente.
Clasificación: organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.
- Concepto: elemento portador de significado.
- Clase: grupo o conjunto de cosas similares.
- Casi error / “near miss”: Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Circunstancia: situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.
- Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

- Daño: alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.
- Daño asociado a la atención sanitaria: daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.
- Discapacidad: cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.
- Detección: acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- Evento: algo que le ocurre a un paciente o le atañe.
- Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso (ea): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.
- Efecto secundario: efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
- Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.
- Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama". Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.
- Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

- Fallo del sistema: defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.
- Grado de daño: gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.
- Factor atenuante: acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.
- Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.

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

- Lesión: daño producido a los tejidos por un agente o un evento.
Relación semántica: la forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.
- Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.
- Reacción adversa: daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.
- Resultado para el paciente: repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
- Resiliencia: grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.
- Paciente: persona que recibe atención sanitaria.
- Práctica clínica segura: Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.
- Peligro: circunstancia, agente o acción que puede causar daño.

- Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- Seguridad: reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.
- Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.
- El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.
- Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".
- Tipo de incidente: término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.
- Negligencia: Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.
- Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.

ANEXO 2



Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente.

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

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

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

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

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

Sección A: Su Área/ Unidad de Trabajo

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

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

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

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

Marque UNA SOLA OPCIÓN:

- 1: Muy en desacuerdo**
- 2: En desacuerdo**
- 3: Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.**
- 4: De acuerdo**
- 5: Muy en desacuerdo**

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en Desacuerdo.	En Desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	De Acuerdo.	Muy de Acuerdo.
	1	2	3	4	5
1. En esta unidad, la gente se apoya mutuamente.					
2. Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.					

3. Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo.					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.					
6. Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.					

7. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.					
8. El personal siente que sus errores no son motivos para ser usados en su contra					
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.					
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.					
11. Cuando su área/unidad está					

realmente ocupada, otras le ayudan.					
12. Cuando se informa de un evento adverso, se denuncia el problema más no a las personas.					
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.					
14. Se evita trabajar en “situación de urgencia” intentando hacer mucho muy rápidamente					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. No es primordial para los empleados que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.					
17. Hay buena seguridad de los pacientes en esta unidad.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					

Sección B: Su líder de enfermería.

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

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en	De acuerdo	Muy de acuerdo.
	1	2	3	4	5
1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.					
2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
3. Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención.					
4. Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.					

Sección C: Su Institución indique su grado

de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su institución.

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

Piense en su unidad /área de trabajo.	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo.	Muy de Acuerdo.
	1	2	3	4	5
1. La Dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
2. Las unidades de esta institución están bien coordinadas entre sí.					
3. Hay continuidad de la atención de los pacientes cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.					
4. Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente.					
5. Existe un buen ambiente laboral para trabajar con personal de otras unidades en esta institución.					
6. Son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información entre las					

7. Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
8. La Dirección de la institución se muestra siempre interesada en la seguridad del paciente aun cuando no ocurre un incidente adverso.					
9. Las unidades de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes.					

Sección D: Comunicación

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

Piense en su unidad /área de trabajo	Nunca.	Rara vez.	Algunas veces.	La mayoría de veces.	Siempre.
	1	2	3	4	5
1. La Unidad Funcional de gestión clínica nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.					
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente.					

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

Sección E: Frecuencia de Eventos adversos/ errores reportados.

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

Piense en su unidad /área de trabajo	Nunca.	Rara vez.	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre.
	1	2	3	4	5
1. ¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
2. ¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?					
3. ¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado?					

Sección F: Grado de Seguridad de paciente

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

1	Excelente	
2	Muy bueno	
3	Aceptable	

4	Pobre	
5	Malo	

Sección G: Número de Eventos adversos/ errores reportados

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

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

Sección H: Antecedentes

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

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

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

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

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

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

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

1	Personal de planta	
2	Personal cooperado	
3	Contrato ocasional	

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

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Si	
2	No	

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

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

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

GRACIAS POR SU COLABORACION