



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

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

TEMA:

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
“DR. CARLOS DEL POZO MELGAR” EN EL CANTÓN MUISNE
PROVINCIA DE ESMERALDAS, SOBRE CULTURA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE,
JUNIO 2013 A JULIO 2014**

Autoras:

Chalapú Pozo Alexandra Patricia

Cuascota Quilumba Ana Valeria

Directora de tesis:

MSc. Rosa López


IBARRA- ECUADOR

2014

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Alexandra Patricia Chalapú Pozo y Ana Valeria Cuascota Quilumba, para obtener el título de Licenciados en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de Octubre de 2014.



Msc. Rosa López

CI.100156921-7



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040163729-3		
APELLIDOS Y NOMBRES:	CHALAPÚ POZO ALEXANDRA PATRICIA		
DIRECCIÓN:	SAN ANTONIO. CIUDADELA GUSTAVO PAREJA		
EMAIL:	alexandrapatricia@hotmail.es		
TELÉFONO FIJO:	2550-165	TELÉFONO MÓVIL:	0939129090

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100339998-5		
APELLIDOS Y NOMBRES:	CUASCOTA QUILUMBA ANA VALERIA		
DIRECCIÓN:	SAN ANTONIO. CIUDADELA GUSTAVO PAREJA		
EMAIL:	valerya.c91@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2933-579	TELÉFONO MÓVIL:	0981794988

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “DR. CARLOS DEL POZO MELGAR” EN EL CANTÓN MUISNE PROVINCIA DE ESMERALDAS, SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, JUNIO 2013 A

	JULIO 2014
AUTOR (ES):	CHALAPÚ ALEXANDRA Y CUASCOTA ANA VALERIA
FECHA: AAAAMMDD	2014/10/13
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIADAS EN ENFERMERÍA
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Rosa López

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

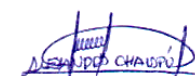
Yo, Alexandra Patricia Chalapú Pozo con cédula de identidad Nro. 040163729-3, y yo, Ana Valeria Cuascota Quilumba con cédula de identidad Nro. 100339998-5 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

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

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

Las autoras:



.....
Alexandra Patricia Chalapú Pozo
040163729-3



.....
Ana Valeria Cuascota Quilumba
100339998-5

Aceptación:



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



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Alexandra Patricia Chalapú Pozo con cédula de identidad Nro. 040163729-3, y yo, Ana Valeria Cuascota Quilumba con cédula de identidad Nro. 100339998-5, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: “PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “DR. CARLOS DEL POZO MELGAR” EN EL CANTÓN MUISNE PROVINCIA DE ESMERALDAS, SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, JUNIO 2013 A JULIO 2014”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciadas en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

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

Las autoras:

.....
Alexandra Patricia Chalapú Pozo
040163729-3

.....
Ana Valeria Cuascota Quilumba
100339998-5

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de grado a Dios, a mis padres y a mi hijo. A mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, El que ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza para continuar, a no desmayar en los problemas que se presentaban, a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, quienes a lo largo de mi carrera han velado por mi bienestar, educación, siendo mi apoyo en todo momento, quienes por su afán y sacrificio han hecho posible la culminación de una etapa más de mi vida. A mi hijo por el que cada día tiene sentido mi vida, el testigo silencioso de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a él mi esperanza, mi alegría, mi vida y la culminación de mi carrera. Es por ello que soy lo que soy ahora.

“Alexandra”

El esfuerzo de estos años de estudio hoy da sus frutos, por tal motivo dedico este trabajo con mucho cariño, esfuerzo y dedicación primeramente a Dios quien me ha permitido llegar hasta aquí y ha guiado mi camino día a día. A mis padres, especialmente a mi madre quien es mi orgullo y mi ejemplo de vida, quien siempre me ha guiado con sus consejos. A mis hermanos por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional y quienes son el motivo para avanzar y alcanzar mis anhelos ya que nunca escatimaron esfuerzos, ni ahorraron palabras de aliento con lo que han hecho posible la realización de esta meta.

“Valeria”

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la vida y por su infinito amor.

A nuestros padres y hermanos por el apoyo constante que hemos recibido siempre y por la confianza que depositaron en nosotras, muchas gracias, por ser incondicionales, lo cual fue el motivo para lograr culminar nuestra meta.

Gratitud a la Universidad Técnica del Norte, por la formación recibida, al igual que a nuestros docentes por los conocimientos recibidos.

Un agradecimiento especial a las autoridades y personal del Hospital Carlos Del Pozo Melgar por la apertura brindada para la realización de esta tesis.

A nuestra directora de Tesis Msc. Rosa López, por ser guía en el desarrollo de este proyecto, y a todas las personas que de una u otra manera estuvieron en este camino hacia la meta que hoy alcanzamos.

“Alexandra y Valeria”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INTRODUCCIÓN	xix
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación Del Problema	5
1.3 Objetivos:	5
1.3.1 General	5
1.3.2 Específicos	5
1.4 Preguntas de investigación	6
1.5. Justificación.....	7
CAPÍTULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Seguridad del paciente	13
2.2.1 Concepto:	13
2.2.2 Seguridad del paciente y calidad asistencial	14
2.3 Eventos adversos	14
2.3.1 Concepto.....	14
2.3.2 Tipos de eventos adversos.....	15
2.3.3. Cultura del reporte de eventos adversos.....	16
2.3.4. Prácticas Seguras.....	16
2.4. Cultura de seguridad del paciente	17
2.4.3. Concepto:	17
2.4.4. La seguridad de los pacientes y la cultura de seguridad.....	18
2.4.6. Condiciones ambientales para favorecer la seguridad del paciente	20

2.5.	Prácticas basadas en la evidencia para la seguridad de los pacientes.	22
2.6.	Marco contextual.....	24
2.6.1	Ubicación Geográfica.....	24
2.6.2	Breve Historia del Hospital Carlos Del Pozo Melgar	24
2.6.3	Misión del Hospital Carlos del Pozo Melgar	24
2.6.4	Visión del Hospital Carlos Del Pozo Melgar	25
2.6.5	Valores del Hospital Carlos Del Pozo Melgar	25
2.6.6	Servicios que presta el Hospital Carlos Del Pozo Melgar	26
2.7	Marco referencial	26
2.6	Marco legal.....	29
2.8.1	Ley Orgánica de Salud	29
2.8.2	Constitución 2008	30
2.8.3	El buen vivir en la constitución del Ecuador.....	31
2.8.4	Los derechos como pilares del Buen Vivir	32
2.9	Marco ético.....	33
2.9.1.	Bases éticas de la Seguridad de los Pacientes.....	33
2.9.2.	Principios fundamentales:	34
2.10.	Variables	35
2.10.1	Variables independientes	35
2.10.2	Variables dependientes.....	35
2.10.3	Matriz variables.....	36
	CAPÍTULO III.....	41
	METODOLOGÍA	41
3.1	Tipo de estudio.....	41
3.2	Diseño de estudio	41
3.3	Lugar de estudio.....	41
3.4	Población y muestra	42
3.5	Criterios de inclusión y exclusión	42
3.5.1	Criterios de inclusión	42
3.5.2	Criterios de exclusión.....	42
3.6	Técnicas e instrumentos	42
3.6.1	Técnicas.....	43

3.6.2 Instrumentos:.....	43
3.7 Procedimiento	43
3.8 Análisis e interpretación de datos	44
3.9 Validez y Confiabilidad	45
CAPÍTULO IV	47
ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
4.1 Sección A: Su área/ Unidad de trabajo	47
4.1.1 Trabajo en Equipo	47
4.1.2 Trato entre el personal.....	48
4.1.3 Acciones sobre seguridad del paciente	49
4.1.4 Carga Laboral y Seguridad Del Paciente	50
4.1.5 Disponibilidad del personal	51
4.1.6 Disposición del personal frente a la carga laboral	52
4.1.8 Asignación temporal de personal.....	54
4.1.9 Trabajo colaborativo en la unidad.....	55
4.1.10 Percepción Sobre Errores Y La Implicación Del Error Profesional	56
4.1.11 Toma de decisiones para fomentar el cambio	57
4.1.12 Percepción Sobre la Causalidad Del Error.....	58
4.1.13 Percepción de la notificación del evento adverso	59
4.1.14 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad.....	60
4.1.15 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente	61
4.1.16 Capacidad de respuesta en situación de urgencia	62
4.1.18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.....	64
4.2 Sección B: Su líder de enfermería.....	65
4.2.1 Estímulos al personal	65
4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias.....	66
4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión	67
4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas	68
4.3 Sección C: Su Institución	69
4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente	69
4.3.2 Cooperación institucional.....	70
4.3.3 Ambiente laboral institucional	71

4.3.4 Coordinación institucional	72
4.3.5 Continuidad en la atención.....	73
4.3.6 Comunicación de la información	74
4.3.7 Trabajo en equipo y coordinación institucional.....	75
4.3.8 Cambios de turno del personal.....	76
4.3.9 Entrega recepción de turno.....	77
4.3.10 Medidas para la seguridad del paciente	78
4.3.11 Política institucional y seguridad del paciente	79
4.4 Sección D: Comunicación.....	80
4.4.1 Retroalimentación para el cambio.....	80
4.4.2 Aceptación de opinión del personal	81
4.4.3 Notificación de errores	82
4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones	83
4.4.5 Análisis de toma de decisiones	84
4.4.6 Aceptación de opinión del personal	85
4.5 Sección E: Frecuencia de eventos adversos/ errores reportados.....	86
4.5.1 Reporte de errores sin daño al paciente.....	86
4.5.2 Reporte de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente	87
4.5.3 Reporte de errores que pudiesen dañar al paciente pero no causaron daño .	88
4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente	89
4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente	89
4.7 Sección G: Numero de eventos reportados /errores reportados.....	90
4.7.1 Eventos adversos reportados	90
4.8 Sección H: Antecedentes.....	91
4.8.1 Desempeño laboral vigente	91
4.8.2 Carga horaria laboral.....	92
4.8.3 Desempeño laboral.....	93
4.8.4 Contratación laboral.....	94
4.8.5 Experiencia profesional.....	95
4.9 Resultados de conocimiento de seguridad del paciente y eventos adversos...	96
4.9.1 Concepto de seguridad del paciente.....	96
4.9.2 Actividades que la institución realiza por la Seguridad del Paciente.....	97

4.9.3	Conocimiento sobre la definición de evento adverso	98
4.9.4	Eventos adversos frecuentes en la institución.....	99
4.9.5	Factores que influyen en la seguridad del paciente.....	100
4.9.6	Aspectos importantes en la Cultura de Seguridad del paciente	101
4.9.7	Conocimiento de la definición de Cultura de Seguridad del Paciente	102
4.9.8	Importancia de la capacitación en Cultura de Seguridad del Paciente.....	103
4.10	Análisis por secciones	104
4.11	Discusión.....	113
4.13	Recomendaciones.....	117
	CAPITULO V	119
	PROPUESTA	119
5.1	Introducción	119
5.2	Justificación.....	120
5.3	Objetivos	121
5.3.1	General	121
5.3.2	Específicos	121
5.4	Metodología	122
5.5	Módulos del Estudio.....	123
	BIBLIOGRAFÍA	147
	ANEXOS	152
	Anexo 1. Glosario De Términos	153
	Anexo 2 Encuesta	158
	Anexo 3	172

TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla relación de variables	36
Tabla 2 Análisis Estadístico sección A: su área/unidad de trabajo	104
Tabla 3 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería	106
Tabla 4 Análisis estadístico sección C: su institución	107
Tabla 5 Análisis Estadístico sección D: Comunicación.....	108
Tabla 6 Análisis Estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos/errores reportados.....	109
Tabla 7 Análisis estadístico sección F: Grado de seguridad del paciente.....	110
Tabla 8 Análisis estadístico sección G: Número de eventos adversos/errores reportados.....	111
Tabla 9 Análisis estadístico sección H: Antecedentes	112

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Trabajo en equipo	47
Gráfico 2- Trato entre el personal	48
Gráfico 3- Acciones sobre seguridad del paciente	49
Gráfico 4- Carga Laboral y Seguridad Del Paciente.....	50
Gráfico 5- Disponibilidad del personal	51
Gráfico 6- Disposición del personal frente a la carga laboral	52
Gráfico 7- Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente	53
Gráfico 8- Asignación temporal de personal	54
Gráfico 9- Trabajo colaborativo en la unidad	55
Gráfico 10- Percepción Sobre Errores y La Implicación Del Error Profesional.....	56
Gráfico 11- Toma de decisiones para fomentar el cambio	57
Gráfico 12- Percepción Sobre la Causalidad Del Error	58
Gráfico 13- Percepción de la notificación del evento adverso.....	59

Gráfico 14- Percepción De La Seguridad Del Paciente En La Unidad.....	60
Gráfico 15- Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente.....	61
Gráfico 16- Capacidad de respuesta en situación de urgencia.....	62
Gráfico 17- Percepción sobre las disposiciones administrativas	63
Gráfico 18- Procedimientos y sistemas para la prevención de errores	64
Gráfico 19- Estímulos al personal.....	65
Gráfico 20- Disposición para aceptar sugerencias	66
Gráfico 21- Tolerancia al trabajo bajo presión	67
Gráfico 22- Toma de decisiones frente a problemas.....	68
Gráfico 23- Ambiente laboral para la seguridad del paciente.....	69
Gráfico 24- Cooperación institucional	70
Gráfico 25- Ambiente laboral institucional.....	71
Gráfico 26- Coordinación institucional.....	72
Gráfico 27- Continuidad en la atención	73
Gráfico 28- Comunicación de la información.....	74
Gráfico 29- Trabajo en equipo y coordinación institucional	75
Gráfico 30- Cambios de turno del personal	76
Gráfico 31- Entrega recepción de turno	77
Gráfico 32- Medidas para la seguridad del paciente	78
Gráfico 33- Política institucional y seguridad del paciente	79
Gráfico 34- Retroalimentación para el cambio	80
Gráfico 35- Aceptación de opinión del personal.....	81
Gráfico 36- Notificación de errores	82
Gráfico 37- Participación del personal en el análisis y toma de decisiones.....	83P
Gráfico 38- Análisis de toma de decisiones	84
Gráfico 39- Aceptación de opinión del personal.....	85
Gráfico 40- Reporte de errores sin daño al paciente	86
Gráfico 41- Reporte de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente.....	87
Gráfico 42- Reporte de errores que pudiesen dañar al paciente pero no causaron daño	88
Gráfico 43- Valoración del grado de seguridad del paciente	89
Gráfico 44- Eventos adversos reportados	90

Gráfico 45- Desempeño laboral vigente	91
Gráfico 46- Carga horaria laboral	92
Gráfico 47- Desempeño laboral	93
Gráfico 48- Contratación laboral	94
Gráfico 49- Experiencia profesional	95
Gráfico 50- Concepto de seguridad del paciente	96
Gráfico 51- Actividades que la institución realiza por la Seguridad del Paciente	97
Gráfico 52- Conocimiento sobre la definición de evento adverso	98
Gráfico 53- Eventos adversos frecuentes en la institución.	99
Gráfico 54- Factores que influyen en la seguridad del paciente	100
Gráfico 55- Aspectos importantes en la Cultura de Seguridad del paciente.....	101
Gráfico 56- Conocimiento de la definición de cultura de seguridad del paciente ...	102
Gráfico 57- Importancia de la capacitación en cultura de seguridad del paciente...	103

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. CARLOS DEL POZO MELGAR EN EL CANTÓN MUISNE PROVINCIA DE ESMERALDAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, JUNIO 2013 a JULIO 2014

Autores: Alexandra Patricia Chalapú Pozo
Ana Valeria Cuascota Quilumba
Directora de Tesis: Msc. Rosa López

RESUMEN

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que el paciente no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

El presente estudio evaluó la percepción del personal de enfermería sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, provincia de Esmeraldas. Fue una investigación observacional, descriptivo, transversal, al personal de enfermería. Se utilizó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, el cuestionario fue autoadministrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas.

La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería evidencia resultados positivos en comunicación entre el personal, líderes y la unidad en general. Entre los principales aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente, ambiente laboral y medidas que toma la dirección en relación a seguridad del paciente que se encuentran en procesos iniciales. Los participantes indican que no notifican eventos adversos por lo que existe una alta probabilidad de que se repitan, y lamentablemente no disponen de procesos de notificación y monitoreo de seguridad del paciente. Reiterando la necesidad de capacitación y formación en Cultura de Seguridad.

Éste fue el primer estudio efectuado en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar y permitió tener información de base que deberá ser fortalecida desde la Carrera de Enfermería mediante capacitación para garantizar calidad en el cuidado.

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

PERCEPTION OF NURSING PERSONAL HOSPITAL DR. CARLOS DEL POZO MELGAR IN THE CANTON MUISNE PROVINCE ESMERALDAS ON PATIENT SAFETY CULTURE, JUNE 2013 JULY 2014

Authors: Alexandra Patricia Pozo Chalapú
Ana Valeria Cuascota Quilumba

Director of Thesis: Msc. Rosa López

ABSTRACT

The culture of patient safety is associated to beliefs and attitudes that people take in their practice to ensure that the patient will not experience unnecessary or potential harm associated with health care.

This study evaluated the perception of nurses on Patient Safety Culture in Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar in province of Esmeraldas. It was an observational, descriptive, cross-section investigation nursing. Was used the instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture, The survey was self-administered after reporting purpose and meet ethical considerations.

The culture of patient safety reported by nurses positive evidence in communication between staff, leaders, and the unit in general. The main aspects to improve the perception of insufficient staff, work environment and measures taken by direction in relation to patient safety that are in initial processes is highlighted. Participants indicate that no adverse events reported so there is a high probability of recurrence, and unfortunately do not have reporting processes and monitoring patient safety. Reiterating the need for education and formation in Safety Culture.

This was the first study in the Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar and permitted to have basic information that should be strengthened from the Nursing through training course to guarantee quality care.

Keywords: Culture of patient safety, patient safety, adverse event.

TEMA:

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR.
CARLOS DEL POZO MELGAR EN EL CANTÓN MUISNE PROVINCIA
DE ESMERALDAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE, JUNIO 2013 A JULIO 2014**

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en 1999 el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos publicó en su informe *Err is Human* que entre 44 y 98 mil personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido.

Estudios internacionales, como el realizado por el grupo de trabajo *Hospitals for Europe*, para la calidad de la atención sanitaria hospitalaria, en el 2000 estimó, que uno de cada diez pacientes en los hospitales de Europa sufre perjuicios que se podrían prevenir y efectos adversos relacionados con su cuidado. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables. La preocupación por la seguridad de los pacientes como un aspecto clave de la calidad en salud; es universal y está promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente.

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

La adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, fue utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución.

En nuestra investigación la aplicación de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture traducido en versión española, permitió obtener un diagnóstico de la percepción que tienen los profesionales de enfermería del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, respecto de las distintas dimensiones relacionadas con la Cultura de Seguridad del Paciente.

Se impulsó esta investigación para identificar y propiciar una cultura de seguridad del paciente, lo que implica liderazgo, colaboración y trabajo en equipo, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, cada uno de estos factores pueden y deben aplicarse a la práctica profesional de enfermería para contribuir en la reducción de eventos adversos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Desde el siglo XXI la seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. A su vez, los efectos 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 Err is Human: Building a Safer Health System”, que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. (Escobar Pérez, Lobo López, & Sala Turrens, 2009).

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea, a partir de 2004, una gran Alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de la Alianza para la Seguridad del Paciente incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño». (Organización Mundial de la Salud, 2008).

A nivel mundial, la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar la atención de la salud es una preocupación no solo para el personal de

salud sino para los sistemas de salud en general. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos relacionados con la atención médica, existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, motivando la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de eventos adversos. (Delgado Bernal & Márquez Villarreal).

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

En España es imprescindible referirse a los estudios de Aranaz et al. con el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Por la magnitud de la investigación, el estudio ENEAS es el segundo más completo sobre esta materia, realizado hasta la fecha en Europa y el quinto en el mundo. Los resultados de éste estudio indican que un 8,4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Estos resultados son comparables a los encontrados en otros estudios similares realizados en el Reino Unido, Francia, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá, con lo que los hospitales públicos españoles se sitúan en este terreno a la altura algunos de los países más desarrollados del mundo.

Según el ENEAS las tres causas principales de efectos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos (37,4%), con las infecciones hospitalarias (25,3%) y con la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia. (Aranaz J. M., 2005).

Cada año, el tratamiento y la asistencia de cientos de millones de pacientes de todo el mundo se complican por infecciones contraídas al recibir atención sanitaria. Como consecuencia de ello, algunas personas enferman más gravemente que si no se hubiesen infectado. Algunas de ellas, pueden necesitar hospitalizaciones prolongadas, sufrir discapacidades o morir. Además de los costes humanos, los sistemas sanitarios han de soportar una enorme carga económica adicional. (Organización Mundial de la Salud, 2005-2006).

Donabedian en su clásico tratado sobre la calidad de la atención sanitaria, establece una relación entre la presencia de complicaciones o efectos adversos en la atención sanitaria y las que considera como causas fundamentales de las deficiencias de la calidad asistencial: la estructura, el proceso y los resultados. Por tanto, sugiere que las desviaciones en las estancias medias esperadas que se traducen en sobrecoste de los procesos de hospitalización se aborden desde esta triple perspectiva. (Donabedian, 1980).

El término calidad tiene sus orígenes en el Reino Unido y Estados Unidos, en la época de la Segunda Guerra Mundial (Guix, 2005). Desde entonces el término ha ido evolucionando y extendiéndose a diversas áreas y sectores de nuestra sociedad, pasando desde la industria y el marketing hasta llegar a sectores tan diferentes como el de la salud.

En el ámbito de la salud, la primera incursión en el concepto de calidad se debe a profesionales que se encontraron preocupados por el bienestar de sus pacientes, instauraron mejoras en la atención de salud. Un ejemplo de esto es Florence Nightingale, quien realizó estudios sobre las posibles mejoras para disminuir la mortalidad de sus pacientes, implementando medidas de higiene, dieta y condiciones sanitarias.

Los hallazgos actuales y previos en cultura de seguridad del paciente constituyen un aporte disciplinar importante, pues primero documentan y luego respaldan las acciones que en este campo se llevan a cabo en la práctica clínica y

además son el primer paso hacia la construcción unificada de parámetros de actuación ante situaciones específicas de la práctica de enfermería respecto de la seguridad del paciente, lo que permite el fortalecimiento de los equipos de enfermería a modo individual e interdisciplinar, y sin duda se pone de relieve en la calidad y seguridad de la atención. (Gómez Ramírez, 2011).

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que determina la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Es así que resulta determinante conocer qué está ocurriendo con la adherencia del personal de enfermería a esta “Cultura de Seguridad”, para ofrecer una descripción de la realidad en las instituciones del país.

La cultura de seguridad del paciente se convierte en una competencia obligada del personal de enfermería en el mundo moderno; ya que este es determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Sin embargo, a pesar de la relevancia y el auge de la temática abordada, relativamente pocos investigadores han examinado el concepto “Cultura de Seguridad” en la atención en salud, específicamente en el cuidado de enfermería, es evidente entonces el vacío en el conocimiento, debido a que son escasas las referencias locales de investigación en cuanto a las acciones del personal de enfermería en lo que respecta a la cultura de seguridad del paciente. (Arenas Gutierrez & Garzon Salamanca, 2010).

En el Hospital Carlos Del Pozo Melgar pudimos observar que el personal tanto profesional de enfermería como auxiliar no tiene conocimientos acerca de la seguridad del paciente, lo cual se evidencia al no contar con un protocolo de manejo de pacientes en ninguno de sus servicios, ni la existencia de un sistema de notificación de eventos adversos que son necesarios para prevenir en un gran número los daños en los pacientes como es al aumento de la estancia hospitalaria, es por eso que, como estudiantes de Enfermería y futuros profesionales de la salud, nos vemos en la obligación de difundir la importancia de la

implementación de una Cultura de Seguridad del paciente, lo cual lo lograremos mediante la presente investigación.

1.2 Formulación Del Problema

¿Cuál es la percepción del personal profesional y auxiliar de Enfermería del Hospital Dr. Carlos Del Pozo Melgar en el Cantón Muisne, provincia de Esmeraldas, Sobre Cultura De Seguridad Del Paciente durante el período de junio del 2013 a julio del 2014?

1.3 Objetivos:

1.3.1 General

Determinar la percepción del personal de Enfermería sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar.

1.3.2 Específicos

- Identificar las características laborales del personal de Enfermería de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral.
- Establecer las condiciones favorables de la institución en cuanto a organización, gestión, procesos de comunicación, trabajo en equipo, notificación de eventos adversos, relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital Carlos del Pozo Melgar.

- Identificar actitudes y comportamientos del personal profesional de Enfermería y auxiliares de enfermería relacionado con la seguridad del paciente.
- Determinar la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente.
- Elaborar un plan de intervención en el Hospital Dr. Carlos Del Pozo Melgar.

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características laborales del personal de Enfermería de acuerdo a las variables: tiempo de trabajo, área de trabajo y jornada laboral?
- ¿Cuáles son las condiciones favorables de la institución en cuanto a organización, gestión, procesos de comunicación, trabajo en equipo, notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital Carlos del Pozo Melgar?
- ¿Qué actitudes y comportamientos del personal profesional de Enfermería y auxiliares de enfermería relacionado con la seguridad del paciente?
- ¿Cuál es la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente?
- ¿Qué intervenciones se realizó en el Hospital Dr. Carlos Del Pozo Melgar en relación a Cultura de Seguridad Del Paciente?

1.5. Justificación

La seguridad del paciente es un problema grave de Salud Pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. (Organización Mundial De La Salud, 2014) En los países en desarrollo, la posibilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados.

La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la incidencia creciente de eventos adversos que impacta negativamente en la calidad de la atención, y, que de acuerdo a lo mencionado en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, impone un alto costo en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud.

Son muchos los países que están iniciando o han desarrollado procesos relacionados con la seguridad del paciente. En Colombia por ejemplo se desarrolla e implementa una Política de Seguridad del Paciente, derivada del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que pretende “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con

instituciones seguras y competitivas internacionalmente”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Colombia es uno de los países que a nivel de Latinoamérica, es el único país que ha estado interesado en la seguridad del paciente lo cual se ha visto reflejado en diferentes estudios realizados en distintos hospitales, ya que busca el mejoramiento de la calidad asistencial.

A pesar del crecimiento notable de investigaciones en el tema, hay poca literatura a nivel nacional que contextualice las particularidades de nuestro sistema de salud, por lo tanto nosotras como estudiantes de enfermería, nos vemos en la necesidad de desarrollar estrategias que logren impactar las directrices en las instituciones de salud especialmente en el hospital del cantón Muisne, ubicado en la provincia de Esmeraldas, para el mejoramiento constante de la Cultura De Seguridad del Paciente.

Bajo la aceptación de una Cultura De Seguridad del Paciente justa, la información acerca de las debilidades en la asistencia no es parte de un rumor, ni genera temor en el personal, pues se sabe que la perfección no existe, más importante que ella es el mejoramiento continuo; es así que se logra salir de la filosofía del castigo para pasar a la filosofía de la disminución de los riesgos a partir de la verdad y la pro actividad.

En la provincia de Esmeraldas cantón Muisne el Hospital Carlos del Pozo Melgar es una entidad de salud de segundo nivel con una gran afluencia de pacientes, no solo del cantón sino de sus parroquias aledañas, que acuden en busca de atención, lo que demanda de personal profesional responsable y competente, respondiendo parcialmente en los criterios de calidad y calidez relacionados con Cultura De Seguridad Del Paciente, por lo que pueden presentarse situaciones que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes hospitalizados.

La Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, se ha caracterizado por formar profesionales a la vanguardia del conocimiento, y líderes en los procesos del cuidado de las personas en todos sus contextos, por lo que a partir de procesos investigativos como este, se busca consolidar una Cultura de Seguridad Del Paciente en el Hospital Dr. Carlos Del Pozo Melgar, que permita identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad en la atención, diseñando procesos de formación de carácter constructivo, educativo y de actualización que ajustándose a las condiciones y cultura propia de esta institución garantice una atención de salud de calidad en la que el profesional de Enfermería mantenga el liderazgo garantizando cuidados de enfermería para la seguridad del paciente.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Desde muchos siglos atrás existía una sensibilidad muy importante por la seguridad, tal y como se refleja en el Código de Hammurabi, en la antigua Babilonia (siglo XX a. d. Cristo), o con Hipócrates, en el Juramento Hipocrático en el siglo V a. d. Cristo (recordemos la famosa máxima *primum non nocere* o la presencia en dicho Juramento de la importancia de no dañar a los pacientes que tratamos). Aunque en las décadas de los 50 y 60 del siglo XX, surgen algunos estudios sobre sucesos adversos que no tuvieron la relevancia que se merecían, no es hasta la década de los 90 en que se retoma con interés el tema y aparecen publicaciones relevantes sobre seguridad del paciente, tales como los resultados del Harvard Medical Practice Study de 1991 o las investigaciones en Australia (1995).

A pesar de ello, es con la aparición del informe del Institute of Medicine (IOM) “To Err Is Human: Building a Safer Health System”, elaborado en 1999 que las administraciones sanitarias se sensibilizan: un millón de lesiones y entre 4.000-88.000 muertes cada año por eventos adversos prevenibles, la primer causa de mortalidad en Estado Unidos (USA) y un coste entre 17 y 20 billones de dólares al año son algunos de los datos más impactantes. (Seguridad clínica de los pacientes, 2007).

Así, las principales organizaciones con responsabilidad en cuestiones de salud y servicios sanitarios como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado a lo largo de los últimos años estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan desarrollar la Seguridad del Paciente y controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El estudio *“To err is human”* puso de manifiesto el riesgo sanitario, pocos años después una de las organizaciones pioneras en materia de Seguridad del Paciente, el National Quality Forum (NQF), en un informe del año 2003, estableció lo que podría considerarse como la primera respuesta a los problemas de seguridad del paciente, identificando “30 prácticas seguras” siendo la primera de ellas la promoción de una Cultura De Seguridad Del Paciente (CSP) en los servicios sanitarios. (Giménez Júlvez, Análisis de la cultura de seguridad en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón, 2013).

El 27 de octubre de 2004, se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS con el lema “ante todo no hacer daño”. La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo a través de formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados miembros de la OMS y su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales.

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

de los pacientes en el proceso. (Espinal García, Yopez Gil, & García Gómez, 2010).

2.2 Seguridad del paciente

2.2.1 Concepto:

Se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención sanitaria, y se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso, Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*, 2011).

Según la OMS en el documento “Calidad De La Atención Seguridad Del Paciente”, la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo.

En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado “pues es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”. A partir de esta óptica, desde Florence Nightingale, la precursora de la enfermería, afirmo que “*las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados*”, hasta el mundo moderno, la enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente. (Arena Gutierrez, Garzón Salamanca, Gonzales Vega, & Mateus, 2010).

2.2.2 Seguridad del paciente y calidad asistencial

La calidad asistencial, es el pilar fundamental de la atención sanitaria junto con la sostenibilidad del sistema. Su mejora permite racionalizar mejor los recursos, reducir los costes y ofrecer una asistencia más segura y centrada en las necesidades del paciente.

Una de las definiciones más ampliamente citada, para calidad asistencial, es la formulada por el Institute of Medicine en 1990, como el grado en:

-Equidad.-Proporciona atención sanitaria que no varía en calidad por características personales, como género, raza, etnia, situación geográfica o estatus socioeconómico.

-Aceptable (Centrada en el paciente).- Proporciona atención sanitaria teniendo en cuenta las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de sus comunidades.

-Segura.-Proporciona atención sanitaria que minimiza los riesgos y daños a los usuarios de los servicios. (Varela, Seguridad del paciente y gestión del riesgo, 2014)

2.3 Eventos adversos

2.3.1 Concepto

Un evento adverso es aquel que genera daño al paciente, después de que éste ingresa a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proveído que con la enfermedad de base. Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en

Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%.

Según el estudio Eventos Adversos en Atención Primaria (APEAS) y el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) entre las causas más frecuentes de eventos adversos se encuentran, en primer lugar, las infecciones intrahospitalarias, siendo las más frecuentes las infecciones urinarias, las flebitis y las bacterianas asociadas con dispositivos intravasculares y las neumonías. En segundo lugar se encuentran los eventos relacionados con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que se somete a los pacientes como biopsias, punciones, drenajes, transfusiones sanguíneas y otros. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso, Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, Enfermería Y Seguridad de los Pacientes, 2011). Finalmente, la tercera causa está relacionada con los cuidados, siendo los principales eventos adversos los relacionados con úlceras de presión, las caídas y las consecuentes a la inmovilización de los pacientes.

No toda complicación es un evento adverso. “Por ejemplo, un paciente que presenta un cuadro de dolor abdominal secundario a apendicitis complicada con peritonitis, debido a que acudió tardíamente al hospital y tomó analgésicos automedicados, es considerado una complicación de la enfermedad de base y no un evento adverso”, explicó Gaitán.

2.3.2 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.

2.3.3. 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. El mayor temor que tiene el personal al reportar un evento adverso es el llamado de atención, el reporte en su hoja de vida, la desconfianza con los mismos colegas de la institución, entre otras cosas. Más allá de identificar culpables y acusar indiscriminadamente la finalidad del reporte del evento adverso es la identificación de esta situación, mas no la culpabilidad de la persona o la organización, además de convertir el reporte de los eventos en un hábito dentro de la unidad, debe considerarse un elemento 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).

2.3.4. Prácticas Seguras

Se considera como practica segura a aquella que se realiza con la certeza de que está basada en la mejor evidencia científica existente hasta el momento y que se sabe que va a reducir o eliminar los efectos adversos derivados de la propia práctica.

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

1. Medicamentos de aspecto o nombres parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el sitio correcto del cuerpo.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas con la atención en salud.

2.4. Cultura de seguridad del paciente

2.4.3. Concepto:

Es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, Enfermería Y Seguridad de los Pacientes, 2011). La cultura de seguridad es un concepto complejo para el que se utilizan diferentes definiciones. Una de las definiciones más utilizadas a nivel europeo es la de la European Society for Quality in Healthcare: “modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria”.

Para crear una cultura de seguridad es necesario un compromiso explícito de gestores y profesionales para:

- Reconocer que existen riesgos, y se producen errores y que es crucial aprender de ellos para que no se repitan.
- Reconocer que todos los profesionales son responsables de la disminución de los errores.
- Creer que el daño al paciente debe ser intolerable.
- Facilitar la formación de los profesionales en seguridad del paciente como paso previo para mejorar la cultura.
- Liderar la gestión de riesgos y el análisis de los errores desde una orientación sistémica.
- Favorecer la notificación de incidentes en un ambiente no punitivo.
- Promover el liderazgo, el trabajo en equipo y la comunicación abierta para hablar y escuchar sobre los problemas existentes.
- Orientar la organización hacia la mejora de la seguridad del paciente como objetivo prioritario.

Los cuatro elementos fundamentales para alcanzar y mantener una cultura de seguridad son: crear una estructura y liderazgo, medir la cultura, feedback e intervención, formación sobre trabajo en equipo y gestión del riesgo. (Varela, Seguridad del paciente y gestión del riesgo, 2014).

2.4.4. La seguridad de los pacientes y la cultura de seguridad

La seguridad de los pacientes deber ser considerada como prioritaria en los servicios de la salud ya que en la asistencia sanitaria actual se entrelazan procesos, tecnologías e interacciones humanas que, al ser cada día más complejas, involucran nuevos riesgos adicionales y potenciales tanto para los pacientes como para los trabajadores del área. La importancia de estos aspectos puede encontrarse

en las distintas declaraciones, planes y programas que promueve la OMS para afrontar el problema de la seguridad de los pacientes.

2.4.5. La cultura de la seguridad en los servicios de salud

Todas las organizaciones que ponen en juego la seguridad, deben desarrollar la cultura de la seguridad para prevenir errores humanos y lograr beneficio de los aspectos positivos de las personas.

Por ello, evaluar la cultura de seguridad en una institución de salud va más allá de la implementación de un programa de calidad, ya que intervienen elementos intangibles, referidos a la actitud y la conducta de las personas (como la precaución, la actitud vigilante, el buen juicio, la responsabilidad la respuesta ante las contingencias, la reflexión, la prudencia), que no pueden evaluarse a través de herramientas convencionales como la supervisión o la auditoría.

Teniendo en cuenta que la cultura de la seguridad se basa tanto en estructuras como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas (como la percepción) para poder evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles, por medio de procedimientos que permitan evaluar las cualidades que subyacen.

El Internacional Nuclear Safety Group (INSAG) afirma que existen elementos de la cultura de la seguridad que son comunes a todas las actividades, organismos e individuos y ellos son:

- Conciencia individual de la importancia de la seguridad.
- Conocimientos y competencia, impartidos por capacitación y adiestramiento del personal y por su autoformación.
- Compromiso, que requiere la demostración por parte del alto nivel de conducción de que la seguridad tiene alta prioridad.

- Motivación, a través del liderazgo, sistemas de premios y sanciones.
- Supervisión, que incluye prácticas de auditoría y disposición para responder a las actitudes críticas de los individuos.
- Responsabilidad, a través de la asignación y descripción formal de las funciones. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, Enfermería Y Seguridad de los Pacientes, 2011)

2.4.6. Condiciones ambientales para favorecer la seguridad del paciente

Según la OMS menciona que “la salud ambiental está relacionada con todos, los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona, es decir que engloba factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

El ambiente exterior es el medio que rodea la vivienda, trabajo o institución de la salud. El ambiente interior, por otro lado, es el que está dentro de la vivienda, trabajo o institución de salud y en el que se desarrollan actividades que podrían incidir de manera desfavorable en la seguridad del paciente.

Al hablar de ambiente interior se debe hacer referencia a factores físicos, químicos y biológicos. Los factores ambientales que repercuten en la seguridad del paciente se clasifican en:

Factores ambientales externos: humedad, energía eléctrica, agua, aire, desechos, radiaciones, infraestructuras, polvo, luz solar.

Factores ambientales internos: infraestructura, temperatura, ventilación, luz e iluminación, aire, agua, humedad, ruido, silencio, energía eléctrica, superficies, limpieza, polvo, desechos, radiaciones ionizantes y no ionizantes.

2.4.7. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente

La gestión de riesgos en los servicios sanitarios es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a:

- Las personas, pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos.
- Los recursos económicos: inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación.
- El prestigio y renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia. (Cometto , Gómez, Zárate Grajales, De Bortoli Cassiani, Falconí Morales, & Marcon Dal Sasso, 2011)

Los riesgos asistenciales son múltiples y con frecuencia, se gestionan de forma descoordinada y sin disponer de la información precisa para ello. En los centros sanitarios suelen existir planes de evacuación, normas de prevención de la infección hospitalaria, entre otros sistemas y normas establecidos.

Una visión global de la gestión de riesgos forma parte de la cultura de la calidad y precisa que todos los profesionales se sientan implicados en la seguridad de la atención a la salud. La gestión del riesgo asistencial es clave para garantizar la seguridad de los pacientes y combina tres tipos interdependientes:

- El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel socioeconómico y educativo, entre otros.
- El relacionado con las decisiones medicas sobre las actuaciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- El ocasionado por aplicación de éstas y los cuidados recibidos. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárate Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, Enfermería Y Seguridad de los Pacientes, 2011)

2.5. Prácticas basadas en la evidencia para la seguridad de los pacientes.

El tema de la práctica de la Enfermería basada en la evidencia es polémico, muy actual y de obligado abordaje en el contexto académico, ya que desde el conocimiento de las exigencias de habilitación y acreditación de las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud (IPS), que imponen el modelo de garantía de la calidad, la elaboración de guías y protocolos basados en los mejores hallazgos disponibles para las intervenciones de cuidado de la salud de los individuos y colectivos, se requiere que los futuros profesionales de enfermería posean las competencias necesarias para investigar y contribuir a brindar cada vez mejores cuidados o para apreciar críticamente la producción científica de nuestros colegas.

Ya desde 1998, como una de las estrategias para incrementar la capacidad de hacer investigación en enfermería, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) anotaba en su Guía práctica para la investigación de enfermería.

“En los tiempos de la práctica profesional basada en pruebas y de los cuidados de salud impulsados por el conocimiento, las enfermeras se ven ante el reto constante de descubrir maneras nuevas y mejores de dispensar unos cuidados basados en nuevos conocimientos y pruebas obtenidas mediante la investigación. Las enfermeras tienen ante la sociedad la obligación profesional

de dispensar unos cuidados constantemente sometidos a revisión, investigación y validación.” (Cañón, 2007).

En los últimos años, el desarrollo de las prácticas basadas en la evidencia y/o prestaciones de cuidados en salud han revolucionado al propio sistema sanitario, a los profesionales y a los pacientes con sus planteamientos. Es importante considerar que las prácticas en enfermería evolucionan de manera constante en sus aspectos técnicos y científicos. Los grandes desafíos en la disciplina son los cuidados fundamentados en evidencia científica y la producción de nuevos conocimientos desde las experiencias vividas en la asistencia cotidiana.

Este enfoque de la práctica del cuidado busca integrar la mejor evidencia a partir de la búsqueda de la información sistematizada, con la habilidad de la práctica clínica. Considerando al paciente en su totalidad como la esencia y razón del ser mismo y los recursos disponibles, en pos de la seguridad del paciente.

Para poder llevar a cabo esta evaluación es necesario poseer:

- Competencia profesional y/o calidad científica del personal de enfermería, expresada en la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los individuos y a la comunidad a la que se brinda atención en salud.
- Capacidad técnica y trato interpersonal en el ámbito individual. A nivel de grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo del funcionamiento global de los mismos. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*, 2011).

2.6. Marco contextual

2.6.1 Ubicación Geográfica

El Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar se encuentra ubicado en la provincia de Esmeraldas, en el cantón Muisne, área número 9. El Acceso al cantón Muisne es por carretera y vía fluvial, se encuentra ubicado a 2 horas de la ciudad de Esmeraldas. Su cabecera cantonal es la Isla de Muisne o también conocida como “La Isla Del Encanto”, a la cual se accede en lancha o gabarra de 2 a 5 minutos cruzando un brazo de mar.

Se encuentra ubicado en el extremo noroccidental del Ecuador, limita al norte con el cantón Atacames, al sur con Pedernales (Provincia de Manabí) al este, con el cantón Quinindé, y al oeste con el océano Pacífico. Aproximadamente a 5 metros sobre el nivel del mar.

2.6.2 Breve Historia del Hospital Carlos Del Pozo Melgar

Su nombre “Carlos Del Pozo Melgar” se debe a que éste médico de origen guayaquileño llegó a la isla, siendo el primer y único médico durante años. Cubría todas las necesidades sanitarias a su alcance, con total ética y desinterés. Siempre estuvo dispuesto, aportaba todos sus conocimientos para salvar vidas. Se casó con Mariana Pacheco Perdomo una muisneña, afincándose definitivamente en la isla para gozar del aprecio de toda la comunidad.

2.6.3 Misión del Hospital Carlos del Pozo Melgar

El Hospital Carlos Del Pozo Melgar garantiza el acceso universal y solidario al individuo, familia y comunidad, en la atención ambulatoria de emergencia y

hospitalización en sus cuatro especialidades básicas como: Medicina General, Gineco Obstetricia, Pediatría y Cirugías, cumpliendo con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

2.6.4 Visión del Hospital Carlos Del Pozo Melgar

El Hospital Carlos Del Pozo Melgar anhela que la atención en salud, sea de calidad, calidez, eficiencia y con equidad, acorde a las necesidades, condiciones socioeconómicas y culturales contando con el talento humano, infraestructura, capacidad gerencial, impulsando la participación comunitaria e intersectorial.

2.6.5 Valores del Hospital Carlos Del Pozo Melgar

Servicio: nuestro principio fundamental es el servicio con calidez, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Puntualidad: seremos un ejemplo en el cumplimiento de tiempos y plazos previamente establecidos y acordados.

Ética: tenemos un alto sentido de respeto por las normas y seremos íntegros en nuestras acciones.

Solidaridad: preocuparnos por el bienestar de los demás es parte de nuestra responsabilidad, extender la mano y brindar apoyo a quien lo necesita será nuestra mayor satisfacción.

Honestidad: la integridad y transparencia de todos quienes conformamos el hospital es nuestra mejor presentación en la comunidad.

2.6.6 Servicios que presta el Hospital Carlos Del Pozo Melgar

Actualmente es un hospital básico con una dotación de 20 camas. Las especialidades que se atiende son: Emergencia, Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Consulta Externa. Además dispone de servicios complementarios: Laboratorio Clínico, Vacunación, Estadística, Alimentación, Área Administrativa.

2.7 Marco referencial

La participación de enfermería es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son las profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que pueden generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que puede contribuir de una forma singular en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud. (León Román, 2006)

El interés por estudiar y contrastar los riesgos de la asistencia sanitaria no es nuevo. Ya en 1956 Moser las llamó “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964 Schimmel publicó que el 20% de los pacientes que

ingresaban en los hospitales sufría alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave.

En el 2000, el Institute of medicine publica el informe “To err is Human: building a safer health system”. Éste informe mostro al mundo el número de errores médicos evitables que ocurren cada día, analizando el carácter sistémico de los errores y planteando estrategias de prevención. En este informe se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño durante su ingreso hospitalario, de los que el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en muerte del paciente. En el 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality presenta una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el Nacional Quality Forum. (Torres Manrique)

Hasta la fecha, numerosos estudios han sido publicados sobre la frecuencia de los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria, su efecto en los pacientes, el potencial impacto en los sistemas de salud y la necesidad de su estudio. Y, aunque la mayoría de ellos se ha realizado en el entorno hospitalario, ya empiezan a verse experiencias en otros niveles asistenciales como el de Atención Primaria (AP). (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008)

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud; identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. Conocer la realidad es el primer paso para diseñar soluciones dirigidas a prevenir los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad asociada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud.

El Proyecto IBEAS ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en

los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realza el compromiso de sus líderes con la salud y el bienestar de sus pacientes. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

El conjunto de hospitales que han decidido, de manera coordinada, colaborar en el proyecto IBEAS está demostrando con ello su compromiso firme por avanzar hacia una mayor seguridad en la atención y por la mejora de sus sistemas de salud. La tarea desarrollada en este proyecto ha sido de gran magnitud e importancia. Se ha establecido un modelo colaborativo en el que han participado 58 centros y equipos de investigadores de Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud. Se ha fortalecido con ello una masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente de enorme importancia para el futuro del sector en América Latina.

A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Detrás de dichos incidentes se encuentra sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además de la enorme cantidad de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria, pérdida de ganancias y de la credibilidad del sistema de salud. La mayoría del conocimiento actual sobre cómo evitar estos incidentes y mejorar la atención insegura procede de los países más avanzados. Es imperativo ampliar este conocimiento para desvelar cuál es la realidad en los países con economías emergentes como primer paso para poner soluciones.

2.6 Marco legal

2.8.1 Ley Orgánica de Salud

CAPITULO 1

Del derecho a la salud y su protección.

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

La salud es un derecho de cada uno de los ciudadanos que forman parte de las localidades de nuestro país y por ende todas las personas deben ser tratadas con igualdad de género, etnia o religión en cualquier establecimiento de salud.

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

La salud no solo es estar bien físicamente o no tener alguna enfermedad sino también es estar bien con la sociedad, por tal motivo el estado debe estar encargado de brindar ambientes saludables para la sociedad que está dentro de este ambiente.

CAPITULO III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Art.7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis. (Tribunal, 2006)

2.8.2 Constitución 2008

A partir del 15 de enero de 2007, dentro de las gestiones del Gobierno de la Revolución Ciudadana que planteó privilegiar a la salud como un derecho humano fundamental y eje estratégico para el desarrollo nacional, el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) desarrollaron procesos consultivos en foros y asambleas sectoriales y ciudadanas en 22 provincias del país.

Los principales temas de discusión y que se incorporan giraron en torno a las siguientes cuestiones fundamentales:

- a. La visión de la salud como derecho fundamental del ser humano y su aporte al desarrollo económico y social de la nación.

b. La concepción de la salud integral que incorpore todas sus dimensiones biopsicosociales, más allá de los servicios de salud y de la atención de la enfermedad. (Ecuador, 2008).

2.8.3 El buen vivir en la constitución del Ecuador

El Buen Vivir, más que una originalidad de la Carta Constitucional, forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal.

Asimismo, el Buen Vivir, se construye desde las posiciones que reivindican la revisión y reinterpretación de la relación entre la naturaleza y los seres humanos, es decir, desde el tránsito del actual antropocentrismo al biopluralismo, en tanto la actividad humana realiza un uso de los recursos naturales adaptado a la generación (regeneración) natural de los mismos.

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

La noción del buen vivir nos señala una nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza ya que sintetiza visiones y prácticas ancestrales, debates y propuestas actuales, de tal manera que el buen vivir demuestra su utilidad para responder y orientar transformaciones estratégicas, no menos urgentes pero que tiene un plazo más largo de maduración.

2.8.4 Los derechos como pilares del Buen Vivir

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución del Ecuador, parten del reconocimiento del Estado como "constitucional de derechos y justicia" (Art. 1), frente a la noción tradicional de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista una legislación secundaria.

Uno de los elementos claves en la concepción del Buen Vivir es la integralidad, la vida concebida como un todo indivisible. La noción de integralidad se hace efectiva en la nueva carta magna del Ecuador al no establecer jerarquías entre los derechos, superando aquella visión que establecía tipologías en: fundamentales (primera generación), económicos, sociales y culturales (segunda generación) y colectivos (tercera generación). (Plan Nacional del Buen Vivir, 2009-2013).

El Buen Vivir es entonces vivir a plenitud, integrando todos los actores y factores tanto internos como externos, se trata de la construcción de un proyecto de ciudadanía en la que primen sus derechos y que estos se han negociables, la mayoría de los ecuatorianos ven esta nueva forma de convivencia ciudadana, en diversidad y armonía con la naturaleza, establecida en la Constitución de 2008 para alcanzar el Buen Vivir, el *sumak kawsay*.

2.9 Marco ético

2.9.1. Bases éticas de la Seguridad de los Pacientes

Florence Nightingale decía en 1863: “pareciera un extraño principio anunciar como requisito básico en un hospital que no se deba causar daño a los enfermos”. (Bólis, 2002)

Hoy parece que el problema del error en medicina, las fallas en los sistemas de atención a las personas, las lesiones provocadas a los pacientes, toma auge público e inicia desde hace pocos años una etapa de reconocimiento general y mayor conciencia sobre la problemática, en la búsqueda intencionada de prestar combate y mantener la lucha para que la seguridad de los pacientes se convierta en un estado, en un beneficio, en un bien para la humanidad.

Dice Vincent: “parece que ahora la sociedad en general tiene una real noción de la extensión del problema, aunque las cuestiones pertinentes al error médico y a los esfuerzos por reducirlo sean tan antiguos como la propia medicina, o que pueda ser comprobada una clásica frase de Hipócrates: evitar causar el mal y no engañar a ningún ser humano”. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárata Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, Enfermería Y Seguridad de los Pacientes, 2011)

Es interesante volver a citar a Florence Nightingale, quien en su libro Notas de Enfermería (1863) afirma:

“Es extremadamente necesario que no causar daño al paciente se establezca como un objetivo, ya que la mortalidad en los hospitales, especialmente en aquellos localizados en ciudades grandes y superpobladas, es mucho mayor de la que se observa entre pacientes con enfermedades similares pero tratados fuera del hospital.”

Esto sin duda muestra una evidente preocupación por esta problemática de la seguridad de los pacientes desde hace algunos siglos atrás, lo que da a pensar que desde hace años atrás el problema es más grande en los hospitales que los que están fuera de los mismos, por lo que se considera necesario e importante el desarrollo de políticas y estrategias destinadas a la seguridad del paciente.

El Consejo Nacional de Enfermeras (CIE), en una declaración de posición sobre seguridad de los pacientes, expresa que “el problema de la seguridad de los pacientes no tiene que ver con los malos profesionales de atención en salud, sino con los malos sistemas que deben hacerse más seguros”. (Cometto, Gómez, Marcon Dal Sasso , Zárate Grajales, De Bartoli Cassiani, & Falconí Morales, *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*, 2011)

Es así que en los últimos dos decenios comienza a ser objeto de investigación en el área de la salud el tema de errores humanos, tratando de que en esta área el concepto de “errar es humano” sea entendido y analizado desde una cultura no culpabilizadora y centrada en el profesional, sino contemplando al sistema de salud en sí, a su complejidad, a su dinámica, a la comunicación e interacciones personales, a los procesos, la infraestructura y la tecnología.

2.9.2. Principios fundamentales:

Parece que existe un consenso mundial entre los profesionales de la salud, abogados, filósofos, teólogos y expertos en ciencias sociales, cuando enuncian el carácter fundamental de los principios de:

* Beneficencia, es decir, el deber de hacer el bien y abstenerse del mal; o ausencia de maleficencia.

* Justicia, es decir, imparcialidad hacia todo el mundo o indiscriminación.

* Respeto por la Persona, en la ética del cuidado de la salud; es decir, respeto a la vida y a la dignidad del paciente.

2.10. Variables

2.10.1 Variables independientes

- Cultura de Seguridad del Paciente:
 - Conocimiento sobre cultura de seguridad del paciente
 - Área/Unidad de Trabajo
 - Su líder de enfermería
 - Percepción sobre la institución
 - Proceso de comunicación
 - Frecuencia de los sucesos notificados
 - Valoración del grado de seguridad del paciente
 - Número de eventos adversos/errores reportados

2.10.2 Variables dependientes

- Personal de enfermería
 - Características de los encuestados.

2.10.3 Matriz variables

Tabla 1 Tabla relación de variables

Variable	Definiciones	Indicador	Escala
Conocimiento sobre seguridad del paciente	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. (Definición.DE, 2008).	Conocimiento acerca de seguridad del paciente.	1. Si 2. No
Características de los encuestados	El tiempo de trabajo: “aquellas unidades cronológicas de la vida de una persona que la misma dedica al desarrollo de una actividad profesional”. Horas laborables: se define como la determinación y ordenación del tiempo de trabajo durante los que se desarrolla la actividad laboral, así como los tiempos dedicados a los descansos. (Aragon Jorge, 2012).	Tiempo que lleva trabajando en este centro	a. Menos de 1 año b. De 1 a 5 años c. De 6 a 10 años d. De 11 a 15 años e. De 16 a 20 años f. 21 años o mas
		Horas a la semana que trabaja en este centro	a. Menos de 20 horas a la semana b. De 20 a 39 horas a la semana c. De 40 a 59 horas a la semana d. 60 horas a la semana o más

		Cargo en la institución	a. Enfermera profesional b. Enfermera Auxiliar
Área/Unidad de Trabajo	Área de trabajo de enfermería: es aquella que promueve los medios para la dirección, evaluación y prestación de cuidados de enfermería, la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud sobre patologías y discapacidades. (Sánchez, 2011).	El personal en la unidad se apoya mutuamente.	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo
Su líder de enfermería	Líder de enfermería: Liderazgo, proceso de dirigir el influir en las actividades laborales de los miembros de un grupo. El liderazgo involucra a otras personas; a los empleados o seguidores. Los miembros del grupo, dada su voluntad para aceptar las órdenes del líder, ayudan a definir la posición del líder y permiten que transcurra el proceso del liderazgo.	El jefe hace comentarios favorables en la unidad de trabajo	1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo

	(Gracia, 2007).		
Percepción sobre la institución	La Percepción, es muy importante en el tema de Calidad de Servicio, ya que esta muchas veces sesga nuestra forma de identificar las necesidades, cualidades o gustos de nuestros clientes. Por este motivo debemos conocer muy bien que es la percepción para evitar caer en errores, tomando en cuenta que la calidad de servicio es subjetiva. (Tapia, 2011).	Grado de satisfacción laboral	<ul style="list-style-type: none"> a) 1.Muy en desacuerdo b) 2.En desacuerdo c) 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo d) 4.De acuerdo e) 5.Muy de acuerdo
Proceso de comunicación	<p>La comunicación es parte integrante de la empresa y, como tal, la forma en que se lleve a cabo será decisiva en el modelo de organización.</p> <p>Es un proceso mediante el cual una persona llamada emisor manifiesta un mensaje (información, opinión, pensamiento o dato) a un receptor, a través de un medio o canal, empleando</p>	El personal habla libremente	<ul style="list-style-type: none"> a) Nunca b) Rara vez c) Algunas veces d) La mayoría de veces e) Siempre

	un código común y procurando lograr el entendimiento de su significado. (Esther, 2009)		
Frecuencia de los sucesos notificados	Se define como la práctica de informar sobre la ocurrencia de un evento adverso que puede significar daño para el paciente.	Frecuencia de sucesos notificados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. La mayoría de veces 5. Siempre
Valoración del grado de seguridad del paciente	Grado de seguridad del paciente: la seguridad se define como “los mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. (Santa Cruz, 2010).	Cultura del cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> a. Excelente b. Muy bueno c. Aceptable d. Pobre e. Malo
Número de eventos adversos/errores reportados	Evento adverso una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Los eventos adversos que deben ser reportados y cuyas medidas deben ser	Número de eventos adversos/errores reportados	<ol style="list-style-type: none"> a) Ningún reporte b) De 1 a 2 reportes c) De 3 a 5 reportes d) De 6 a 10 reportes e) De 11 a 20 reportes f) 21 reportes o más

	<p>supervisados corresponden a situaciones o acontecimientos inesperados, relacionados con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, o a un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra. (Anónimo)</p>		
--	---	--	--

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El tipo de la investigación fue observacional descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo ya que describió conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería.

3.2 Diseño de estudio

El diseño de la investigación fue no experimental, porque la variable Cultura de Seguridad no fue sujeta a modificaciones, únicamente se describió la realidad del fenómeno estudiado.

Fue de corte transversal y recopiló datos descriptivos sobre conocimientos y actitudes que tuvo el personal de Enfermería del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, especificando la frecuencia en que las dimensiones sobre Cultura de Seguridad del Paciente se reflejan en la atención de enfermería.

3.3 Lugar de estudio

Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, ubicado en el cantón Muisne en la provincia de Esmeraldas.

3.4 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por 6 Profesionales de Enfermería y 12 Auxiliares de Enfermería que laboran en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar del cantón Muisne de la provincia de Esmeraldas, siendo un total de 18 personas.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión

Todos los profesionales de enfermería y auxiliares en servicio activo dentro de la institución en los distintos servicios del Hospital Carlos Del Pozo Melgar, incluyendo la Consulta externa.

3.5.2 Criterios de exclusión

Se excluyen personal de las otras áreas, que no se encuentren asignados al cuidado asistencial a los pacientes.

3.6 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información así como para fundamentar los elementos teóricos y metodológicos de la investigación utilizamos las siguientes fuentes de información.

3.6.1 Técnicas

- Revisión bibliográfica se realizó una búsqueda en: REDALYC, MEDLINE SCIELO y en informes de agencias nacionales empleando el inglés, castellano, portugués. Las palabras claves empleadas en la búsqueda fueron: cultura de seguridad del paciente, seguridad del paciente.
- Se utilizó una encuesta

3.6.2 Instrumentos:

- Fichas nemotécnicas.
- Cuestionario adaptado AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, con el propósito de evaluar conocimientos de Seguridad del Paciente, notificación de eventos adversos.

3.7 Procedimiento

Se utilizó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (Agency for Health Care Research and Quality AHRQ, 2004). Se aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia.

Para el llenado de la encuesta fue necesario la participación de las investigadoras para aclarar dudas y asegurar que la información recolectada sea confiable así como garantizar la confidencialidad y el uso exclusivo de la información para esta investigación.

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:

1. Sección A: Su área /unidad de trabajo (agrupa 18 ítems)
2. Sección B Líder de enfermería (agrupa 4 ítems)
3. Sección C Institución (agrupa 11 ítems)
4. Sección D Comunicación (agrupa 6 ítems)
5. Sección E Frecuencia de eventos adversos/errores reportados (agrupa 3 ítems)
6. Sección F Grado de seguridad del paciente (agrupa 5 ítems)
7. Sección G Número de eventos adversos/errores reportados (agrupa 6 ítems)
8. 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 ítem se realizó por medio de la escala de Likert en cada sección, que permitió que cada pregunta sea valorada en 5 posibles respuestas: muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo. Estas preguntas fueron integradas a una de las ocho secciones, a excepción de las secciones F, G, H que tuvieron una escala diferente.

3.8 Análisis e interpretación de datos

Para el análisis e interpretación se utilizó un diseño uni y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spss pasw statistics versión18 y los resultados significativos que se expresaron en frecuencias y porcentajes y la representación estadística se realizó mediante el paquete Excel que permitió la elaboración de tablas y gráficos.

3.9 Validez y Confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se aplicó la encuesta con la versión española del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, cuestionario de la Agency for Health Care Research and Quality (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.

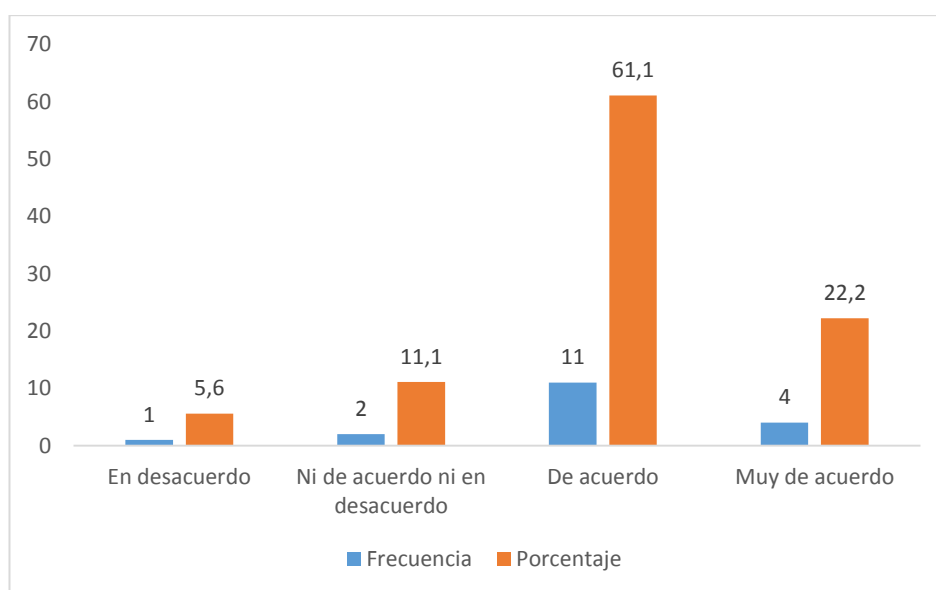
CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Sección A: Su área/ Unidad de trabajo

4.1.1 Trabajo en Equipo

Gráfico 1- Trabajo en equipo



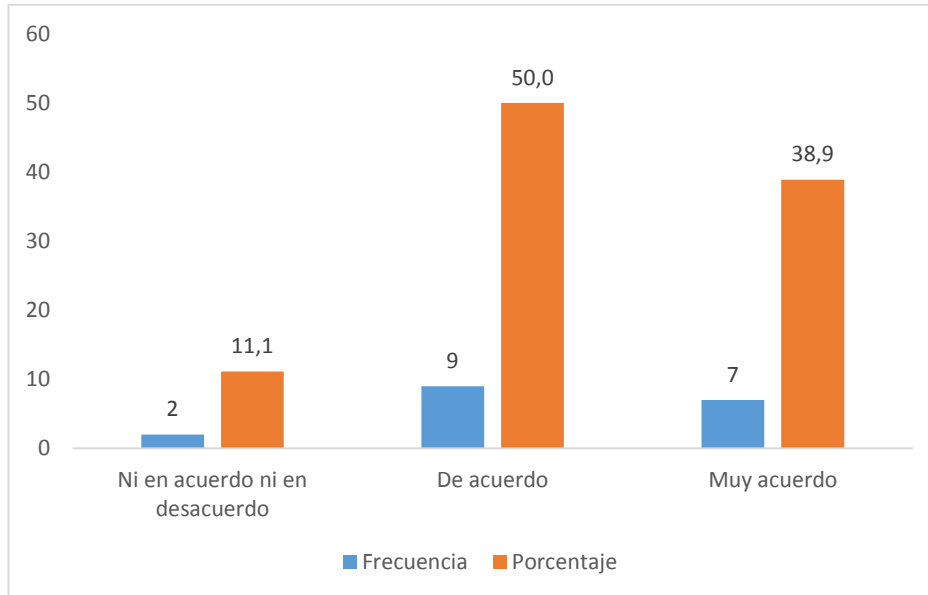
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: Los datos obtenidos a partir de las encuestas aplicadas, revelan que el 83,3% del personal de Enfermería consideran que en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar prevalece el trabajo en equipo, mientras que al mismo tiempo podemos evidenciar que el 16,7% piensan que no se ve el trabajo en equipo.

4.1.2 Trato entre el personal

Gráfico 2- Trato entre el personal



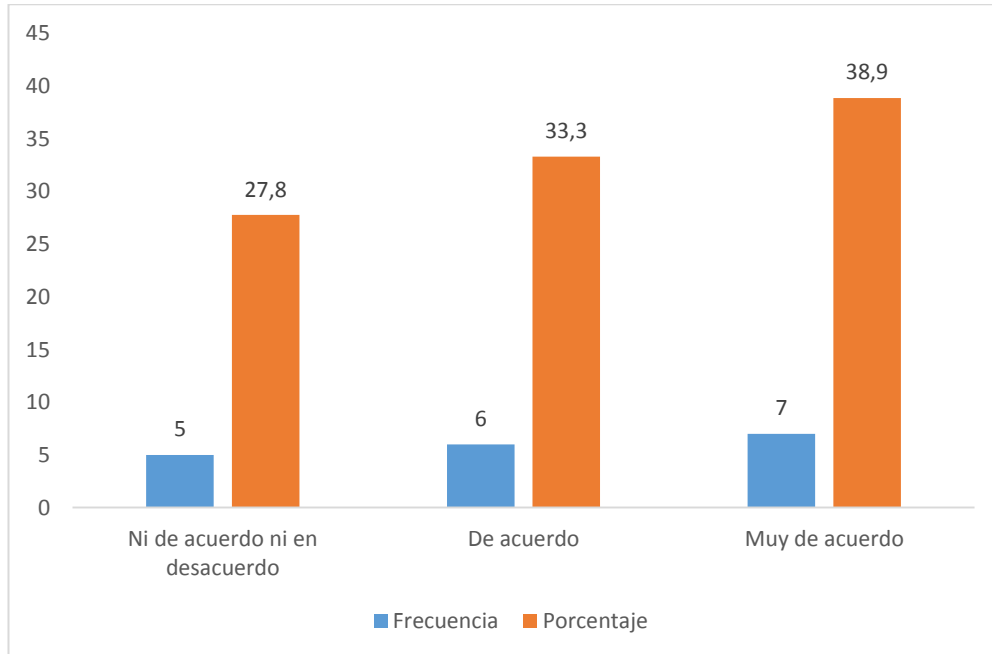
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: De los resultados obtenidos con relación al trato entre el personal se aprecia que el 88,9% se trata con respeto, lo que ha ayudado a las relaciones interpersonales, pero el 11,1% discrepa y afirma que no existe respeto entre el personal en la unidad de trabajo.

4.1.3 Acciones sobre seguridad del paciente

Gráfico 3- Acciones sobre seguridad del paciente



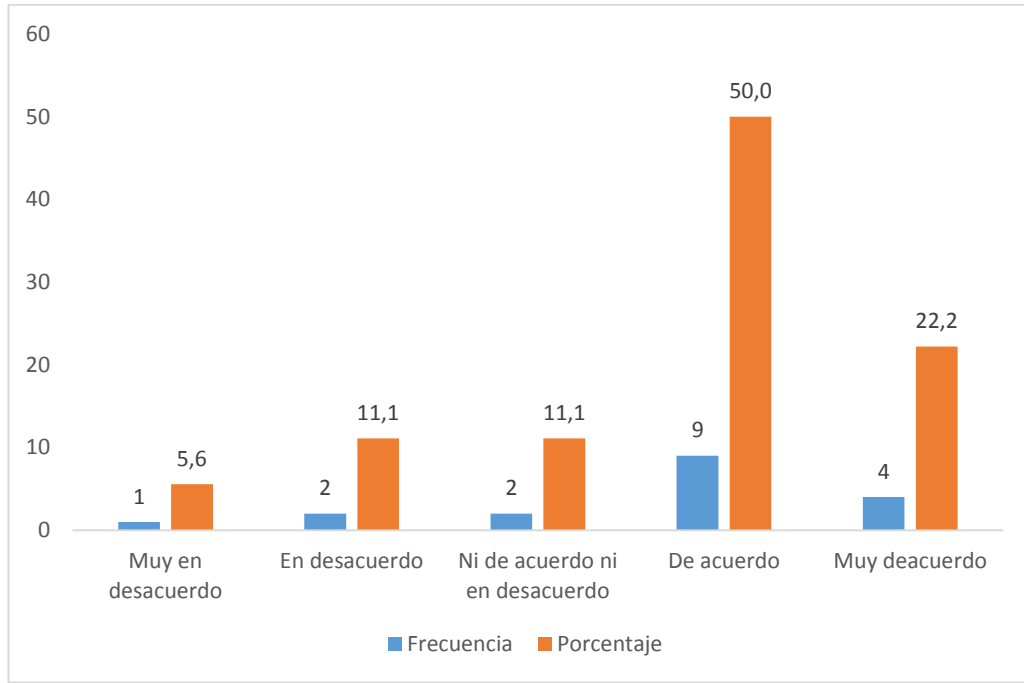
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a las acciones que se realiza sobre seguridad del paciente se observa que el 72,2% si realiza acciones sobre seguridad del paciente, es decir que la mayor parte del personal de esta unidad de salud están realizando acciones para lograr una atención segura de calidad y con calidez, mientras que el 27,8% no emiten un juicio de valor ya que no están seguros si se está haciendo mejoras en la seguridad del paciente. Lamentablemente no está socializado a todo el personal cuales son las acciones que la institución establece para la seguridad del paciente.

4.1.4 Carga Laboral y Seguridad Del Paciente

Gráfico 4- Carga Laboral y Seguridad Del Paciente



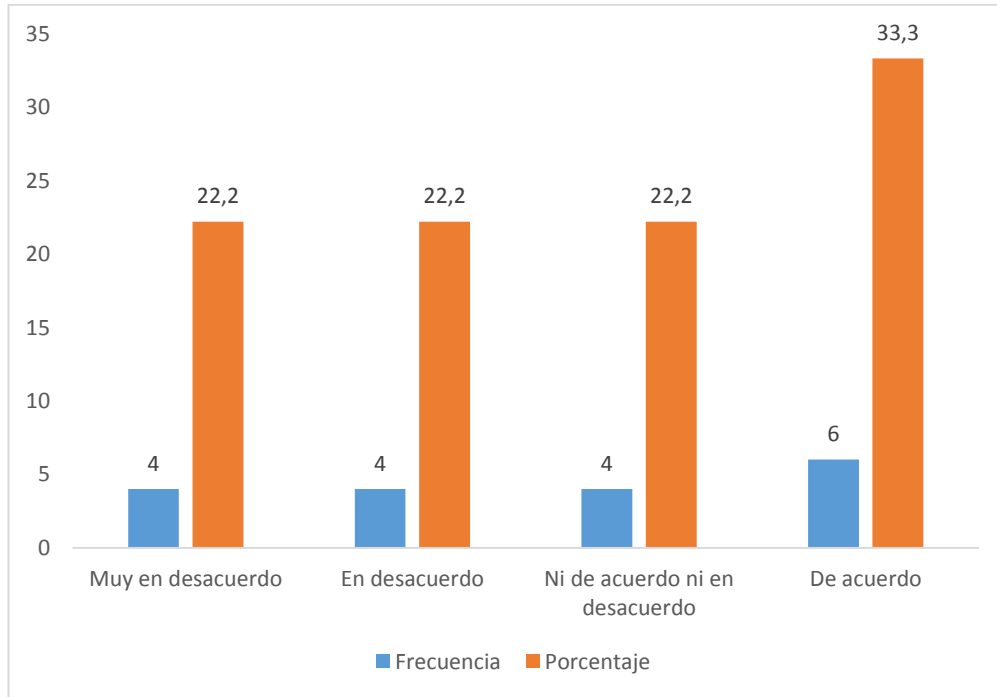
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: Con respecto a la carga laboral y la seguridad del paciente el 72,2% afirma que si se ve comprometida por realizar más trabajo de lo normal, ya que el aumento de la carga laboral implica la inadecuada atención hacia el paciente, mientras que el 27,8% piensa que la seguridad del paciente no se ve afectada al realizar más trabajo de lo normal.

4.1.5 Disponibilidad del personal

Gráfico 5- Disponibilidad del personal



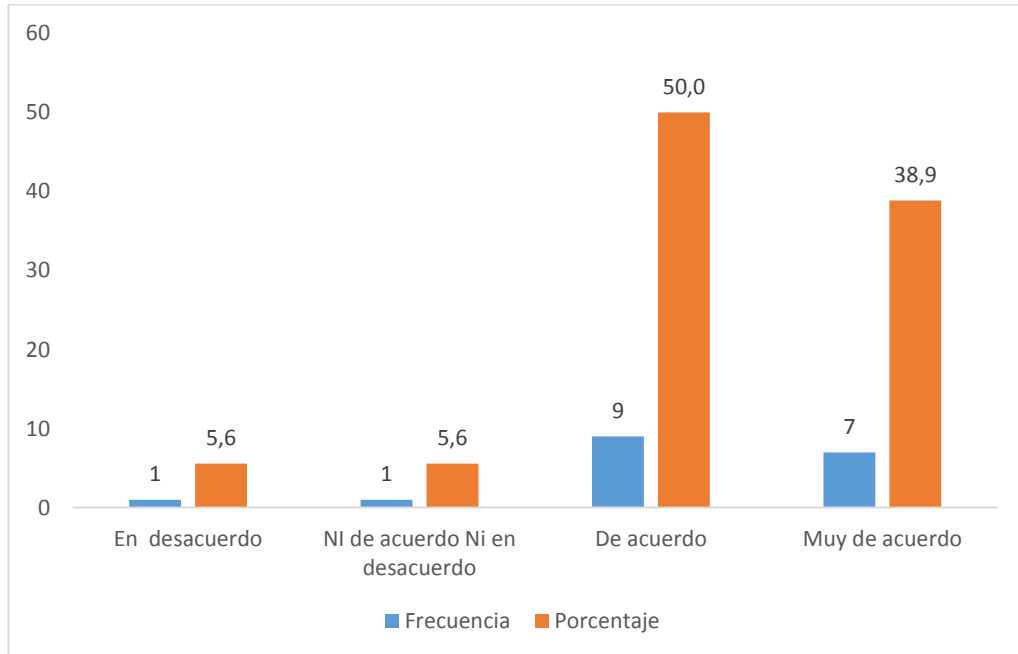
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: Los datos obtenidos muestran que el 66,6% del personal tanto de enfermería como auxiliares afirman que en esta unidad no hay suficiente personal para cubrir la demanda de atención a pacientes, lo cual se evidencia al contar con 6 enfermeras, las cuales no pueden estar presentes en los diferentes turnos, sin embargo, el 33% opinan que el personal es suficiente para esta unidad de salud.

4.1.6 Disposición del personal frente a la carga laboral

Gráfico 6- Disposición del personal frente a la carga laboral



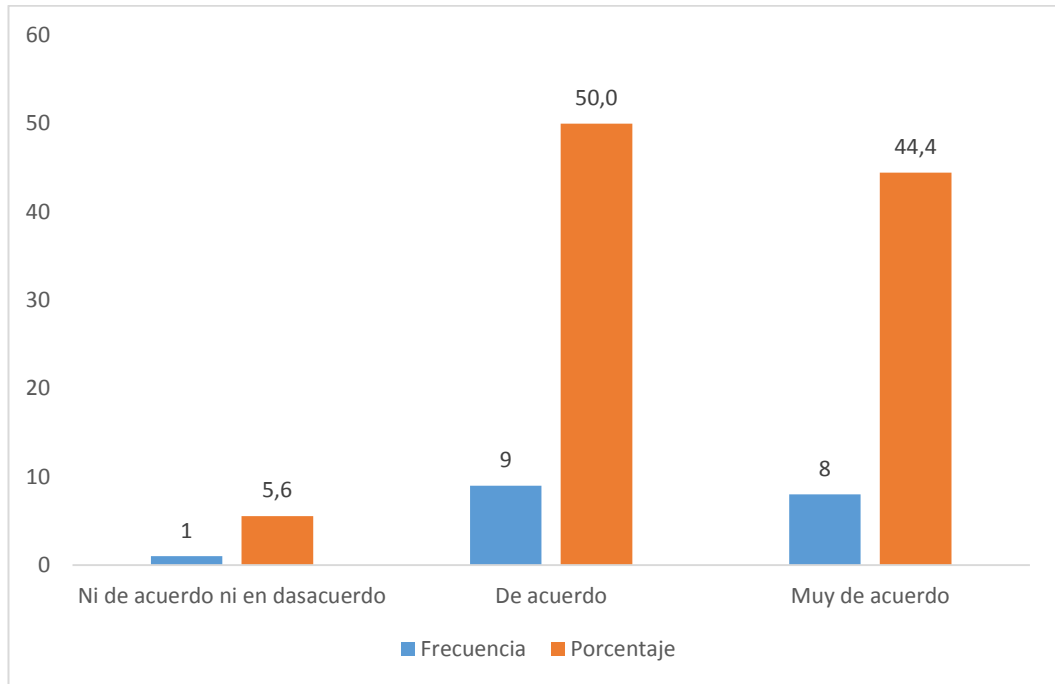
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: En lo que respecta a disposición del personal frente a la carga laboral muestra que el 88,9% del personal encuestado afirma que siempre se cuando existe mayor cantidad de trabajo se apoyan mutuamente para realizar o terminar cualquier actividad o tarea relacionado con el cuidado de enfermería, mientras que el 11, % discrepa y opina que en esta unidad no prevalece el trabajo en equipo, lo cual afecta la seguridad del paciente.

4.1.7 Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente

Gráfico 7- Carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente



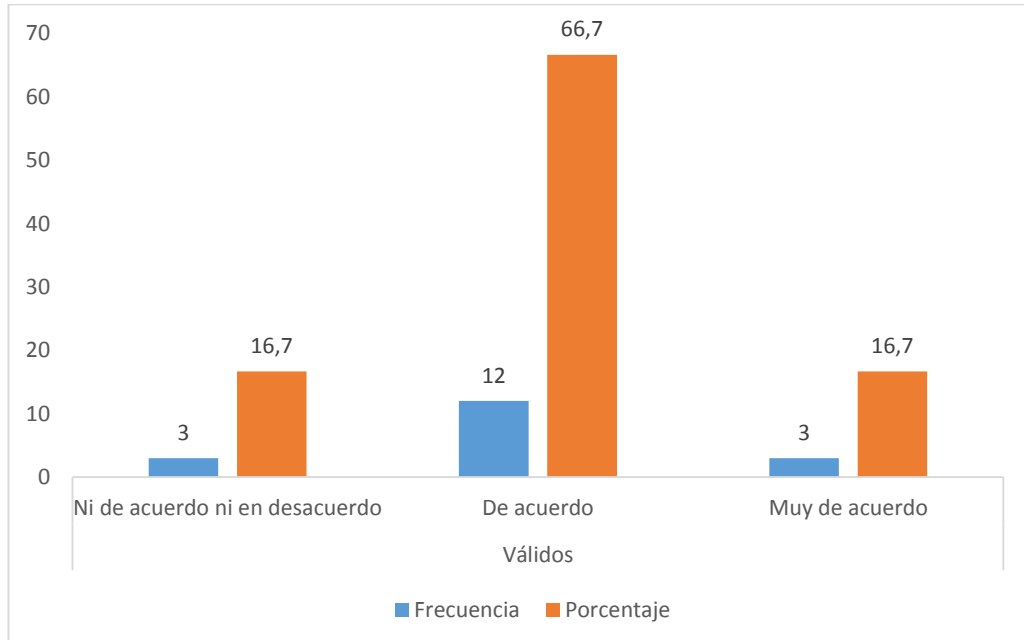
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: En cuanto a la carga de tiempo adicional para el cuidado del paciente se observa que el 94,4% del personal de esta unidad trabaja más horas de lo adecuado garantizando una mejor atención al paciente ya que el papel de enfermería está basado en velar por el bienestar y su pronta recuperación, mientras que el 5,6% no da una respuesta concreta, lo que da a entender que en esta unidad no se trabaja más horas para el cuidado del paciente.

4.1.8 Asignación temporal de personal

Gráfico 8- Asignación temporal de personal



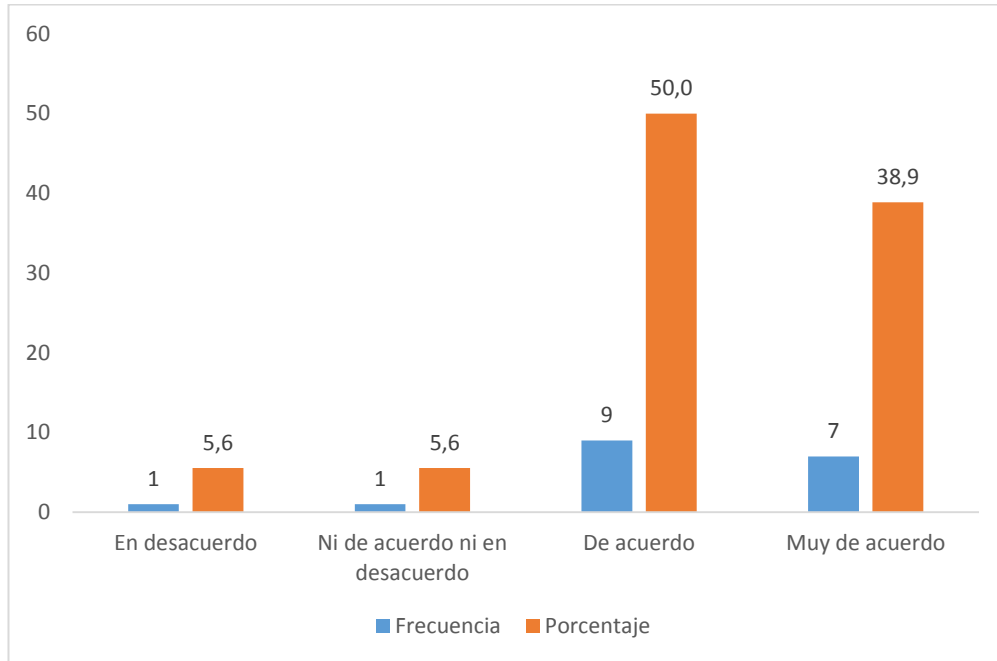
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras

Análisis: Con respecto a la asignación temporal de personal se evidencia que el 83,4% afirma que usan personal temporal para mejorar la atención y cuidado de los pacientes, sobretodo en ocasiones en donde la demanda es muy alta, es decir piden ayuda a otros servicios con el fin de brindar un cuidado más directo al paciente, mientras que un 16,7% opina que no han usado más personal temporal de lo adecuado.

4.1.9 Trabajo colaborativo en la unidad

Gráfico 9- Trabajo colaborativo en la unidad



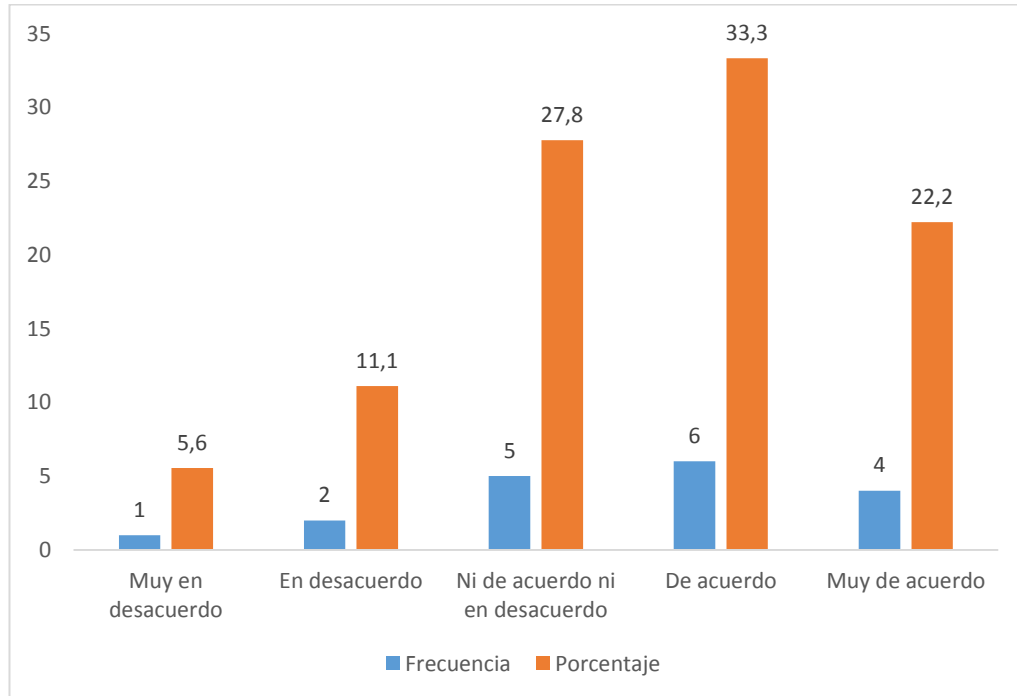
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto al trabajo colaborativo en la unidad se evidencia que el 88,9% del personal opina que si existe colaboración entre las distintas unidades cuando una de éstas necesita de ayuda, mientras que el 11,2% opina que no hay una verdadera colaboración o ayuda mutua entre el personal de esta institución.

4.1.10 Percepción Sobre Errores Y La Implicación Del Error Profesional

Gráfico 10- Percepción Sobre Errores y La Implicación Del Error Profesional



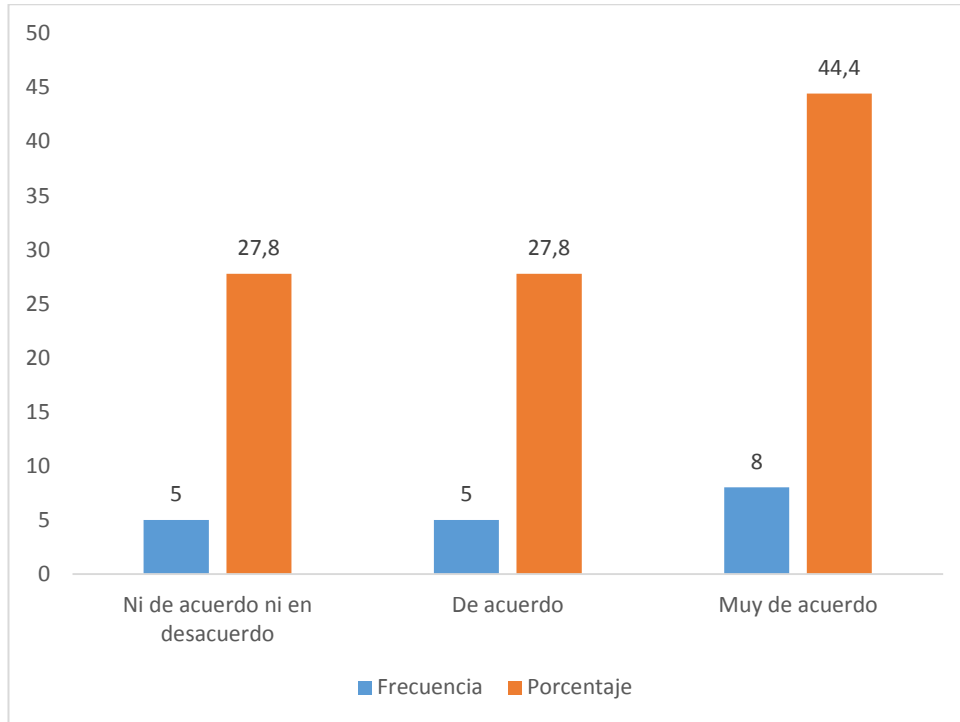
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Los resultados obtenidos muestran que el 55,5% del personal opina que los errores que se comenten en esta unidad de salud si son motivo para ser usados en su contra ya que la gravedad de los mismos influye directamente la salud y la vida de los pacientes, mientras que el 44,5% opinan que los errores cometidos no deben ser motivos para ser usados en su contra.

4.1.11 Toma de decisiones para fomentar el cambio

Gráfico 11- Toma de decisiones para fomentar el cambio



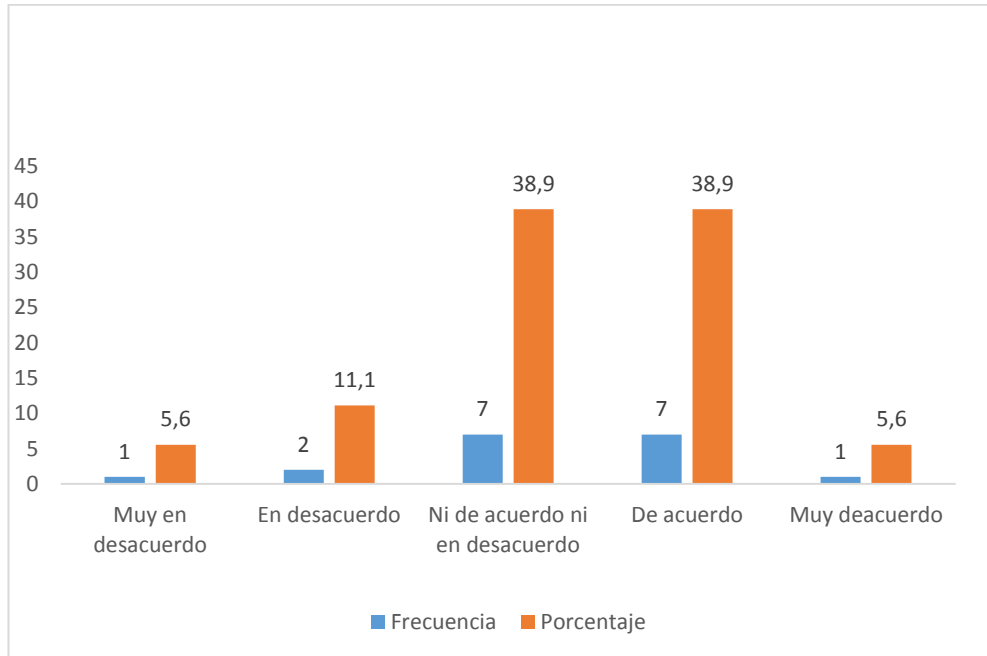
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la toma de decisiones para fomentar el cambio refleja que el 72,2% del personal afirma que el análisis de los errores y corrección de los mismos ha llevado a cambios positivos, los que ha fortalecido la atención en esta unidad de salud, mientras que el 27,8% discrepa ya que piensa que el análisis de los errores en esta unidad no ha llevado a ningún cambio.

4.1.12 Percepción Sobre la Causalidad Del Error

Gráfico 12- Percepción Sobre la Causalidad Del Error



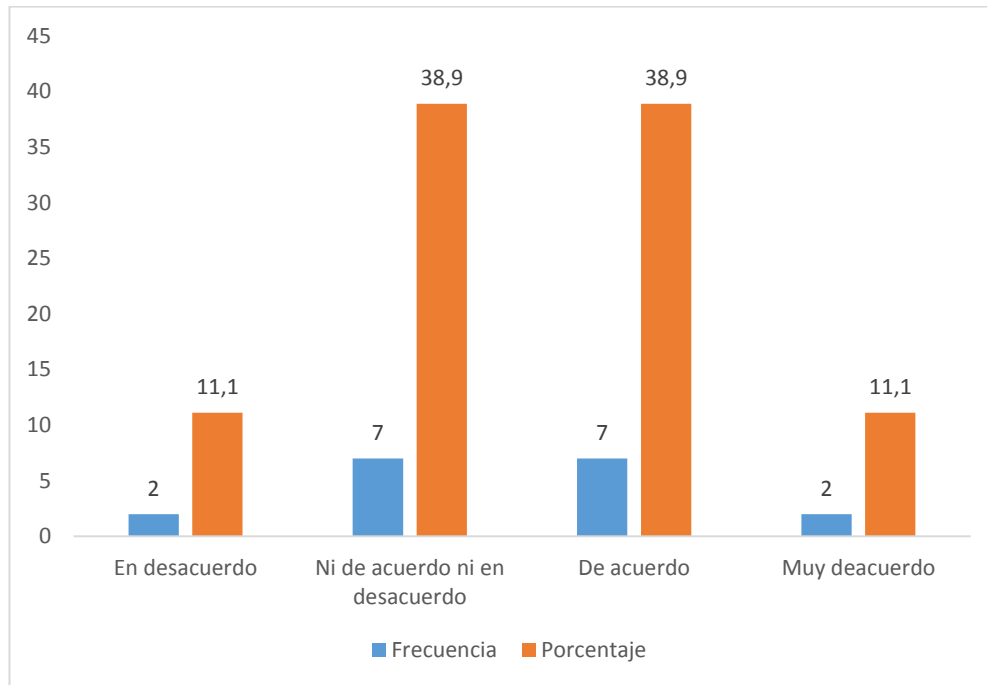
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Referente a la percepción sobre la causalidad del error se evidencia que el 44,5% conoce las causas de los errores ocurridos y el 55,6% discrepa ya que en la actualidad ocurren errores pero no saben la causa concreta para poder confirmar.

4.1.13 Percepción de la notificación del evento adverso

Gráfico 13- Percepción de la notificación del evento adverso



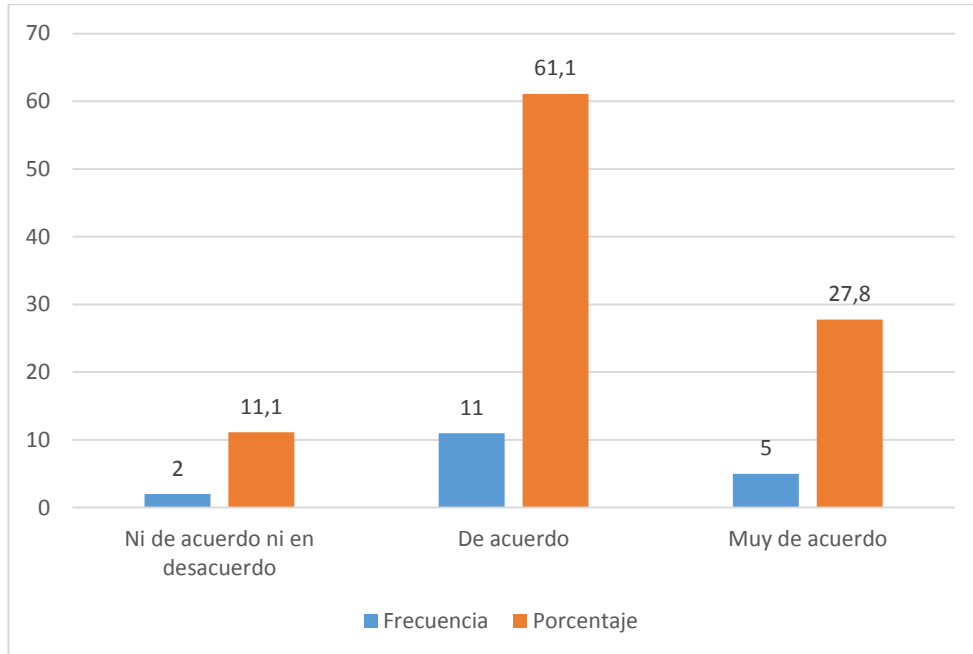
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la percepción de la notificación del evento adverso se aprecia que el 50% del personal afirma que cuando se informa de un evento adverso, se denuncia el problema más no a las personas, ya que en la práctica profesional cualquiera está expuesto a eventuales eventos adversos y en todo caso se debe actuar con ética, mientras que el otro 50% opina que en estos casos si ha habido repercusiones hacia las personas que han causado el evento adverso.

4.1.14 Percepción de la seguridad del paciente en la unidad

Gráfico 14- Percepción De La Seguridad Del Paciente En La Unidad



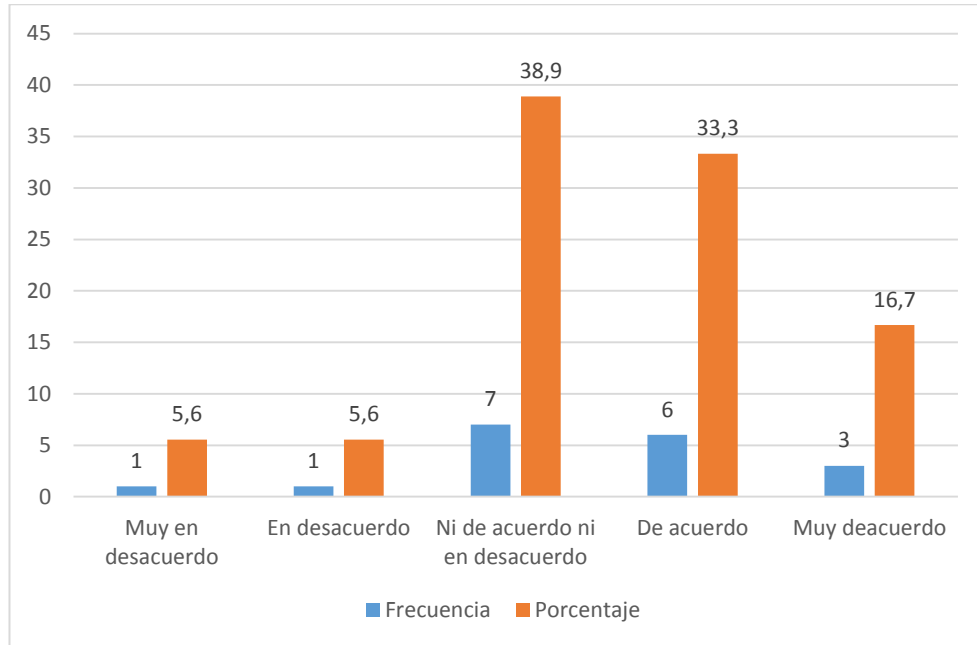
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los datos obtenidos el 88,9% del personal opina que la seguridad que brinda esta unidad de salud a los pacientes es muy buena, ya que tanto el personal como la unidad están basadas en la protección de la seguridad del paciente, y el 11,1 % no emite un juicio de valor, lo cual da a entender que no están seguros de que si esta unidad de salud brinda o no una buena seguridad hacia sus pacientes. No se establece los niveles o tipos de seguridad a considerarse en el cuidado de Enfermería.

4.1.15 Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente

Gráfico 15- Percepción de la efectividad de la seguridad del paciente



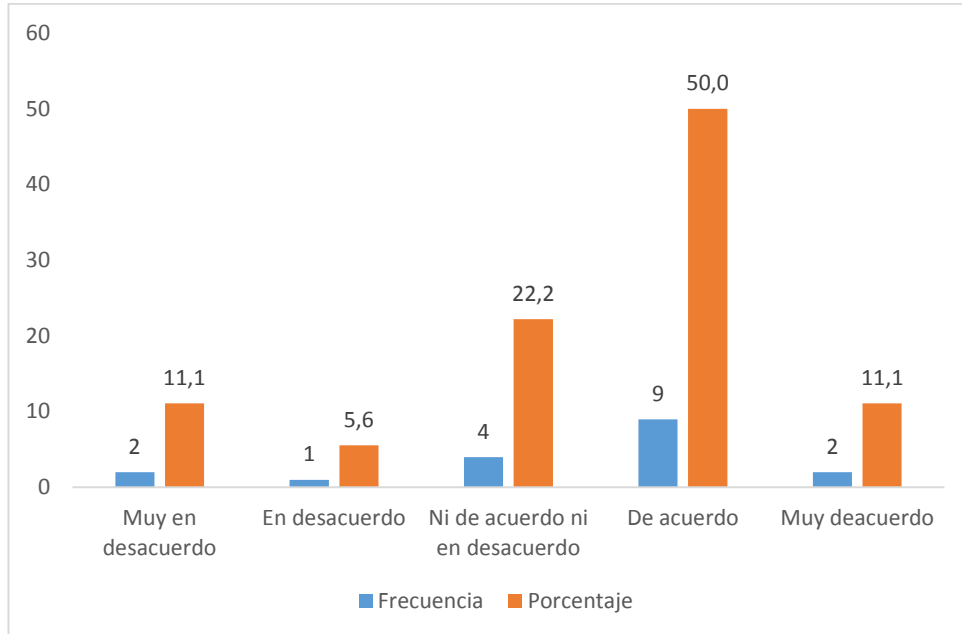
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se evidencia que el 50% del personal reitera que después de hacer cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan la efectividad los cuales han contribuido a cambios ya sea en la infraestructura o en el personal; mientras que el 50%, discrepa ya que opina que en esta unidad nunca han realizado ningún cambio para mejorar las seguridad de los pacientes. Lo cual nos permite concluir que en esta unidad no están haciendo ninguna acción encaminada a mejorar la seguridad del paciente.

4.1.16 Capacidad de respuesta en situación de urgencia

Gráfico 16- Capacidad de respuesta en situación de urgencia



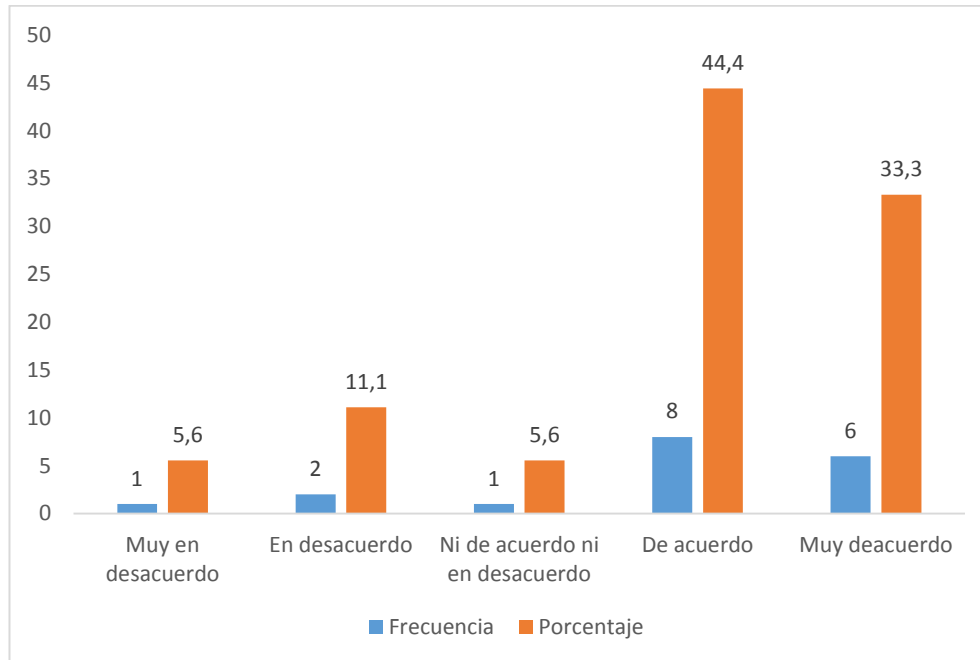
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: El 61,1% del personal opina que en situaciones de urgencia se trabaja de manera más rápida, ya que en estas situaciones es en donde se mide la capacidad de actuación del personal, mientras que el 38,9 % discrepa ya que opina que en situaciones de urgencia el personal no tiene capacidad de respuesta.

4.1.17 Percepción sobre las disposiciones administrativas

Gráfico 17- Percepción sobre las disposiciones administrativas



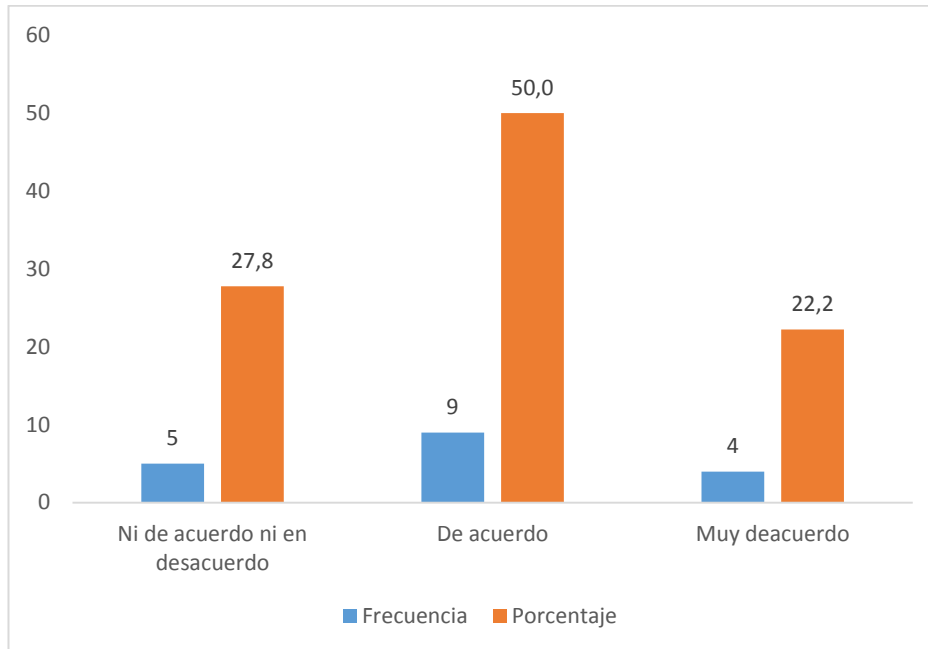
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la percepción sobre las disposiciones administrativas se observa que el 77,7% del personal considera que no es primordial que los errores cometidos durante su experiencia laboral se registren en sus hojas de vida ya que todos son susceptibles a cometer errores, pero el 22,3% discrepa ya que piensa que si se debe registrar estos errores en las hojas de vida ya que la seguridad del paciente se ha visto afectada. Lo que nos permite concluir a que se debe y es necesario registrar los errores, reglamentar sanciones en base a la gravedad y la aplicación de su respectiva sanción.

4.1.18 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores

Gráfico 18- Procedimientos y sistemas para la prevención de errores



Fuente: Encuesta AHRQ.

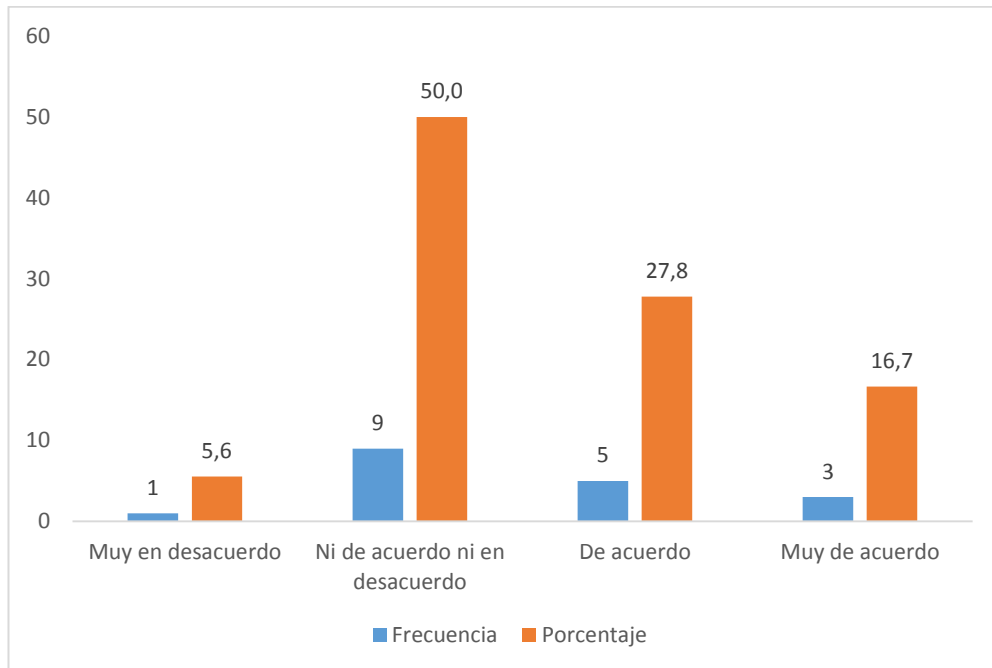
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: El 72,2% del personal opina que los procedimientos y sistemas que se llevan a cabo en esta unidad de salud si son efectivos frente a eventos adversos, mientras que el 27,8% no emite ningún juicio de valor frente a esta situación.

4.2 Sección B: Su líder de enfermería

4.2.1 Estímulos al personal

Gráfico 19- Estímulos al personal



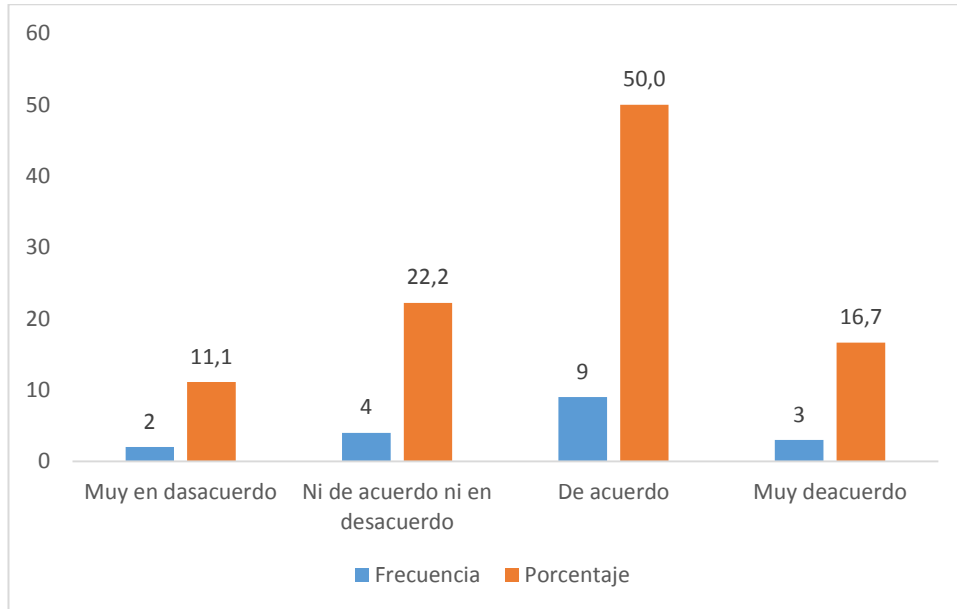
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En relación a estímulos hacia el personal el 55,6% opina que ellos nunca han recibido ningún estímulo o comentario favorable por sus superiores al realizar su trabajo de excelente manera, mientras que el 44,5% afirma que si reciben incentivos o halagos al realizar procedimientos que aseguren una atención de calidad y calidez con el objetivo de evitar eventos adversos.

4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias

Gráfico 20- Disposición para aceptar sugerencias



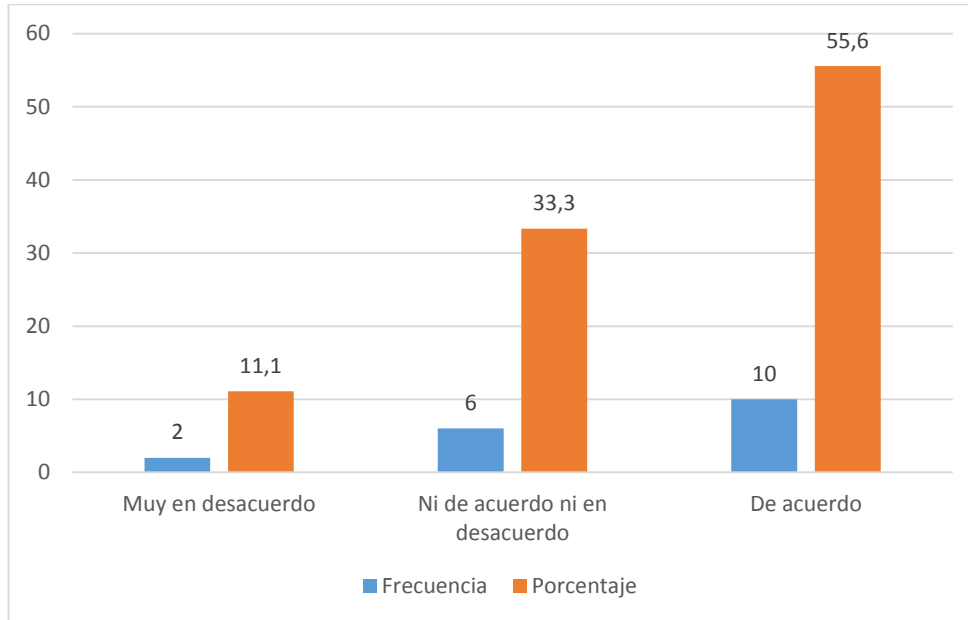
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la disposición para aceptar sugerencias el 66,7% opinan que sus superiores reciben sugerencias por parte del personal para mejorar la seguridad del paciente mientras que el 33,3% no está de acuerdo ya que opina que sus superiores nunca toman en cuenta las sugerencias emitidas por el personal.

4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión

Gráfico 21- Tolerancia al trabajo bajo presión



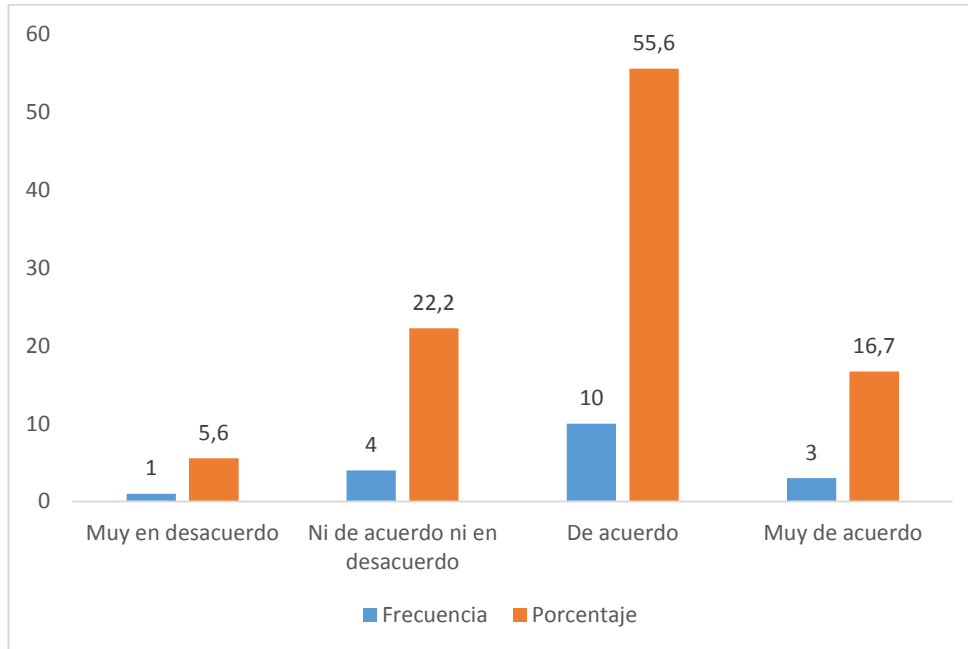
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la tolerancia al trabajo bajo presión el 55,6% del personal afirman que sus superiores si saben manejar situaciones bajo presión, los cuales han llevado a cumplir con todos los pasos del proceso de atención hacia los pacientes; mientras que el 44,4%, opina que en ciertas situaciones sus superiores no cumplen con todo el proceso de atención, lo que ha conllevado una atención de mala calidad.

4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas

Gráfico 22- Toma de decisiones frente a problemas



Fuente: Encuesta AHRQ.

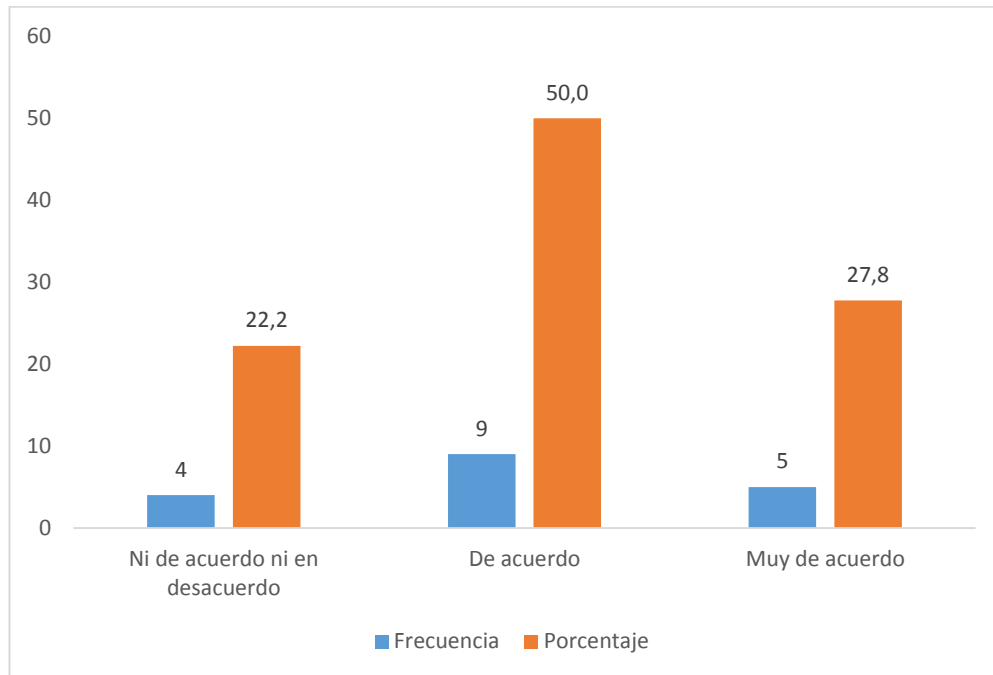
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la toma de decisiones frente a problemas el 72,3% del personal afirma que su jefe siempre toma en cuenta los problemas que ocurren a menudo referentes a la seguridad y planifica estrategias para que estos no vuelvan a suceder; mientras que el 27,8% discrepa y opina que sus superiores nunca hacen nada por mejorar la calidad de atención y evitar que haya problemas como los que ha ocurrido, los cuales pueden afectar la seguridad del paciente.

4.3 Sección C: Su Institución

4.3.1 Ambiente laboral para la seguridad del paciente

Gráfico 23-Ambiente laboral para la seguridad del paciente



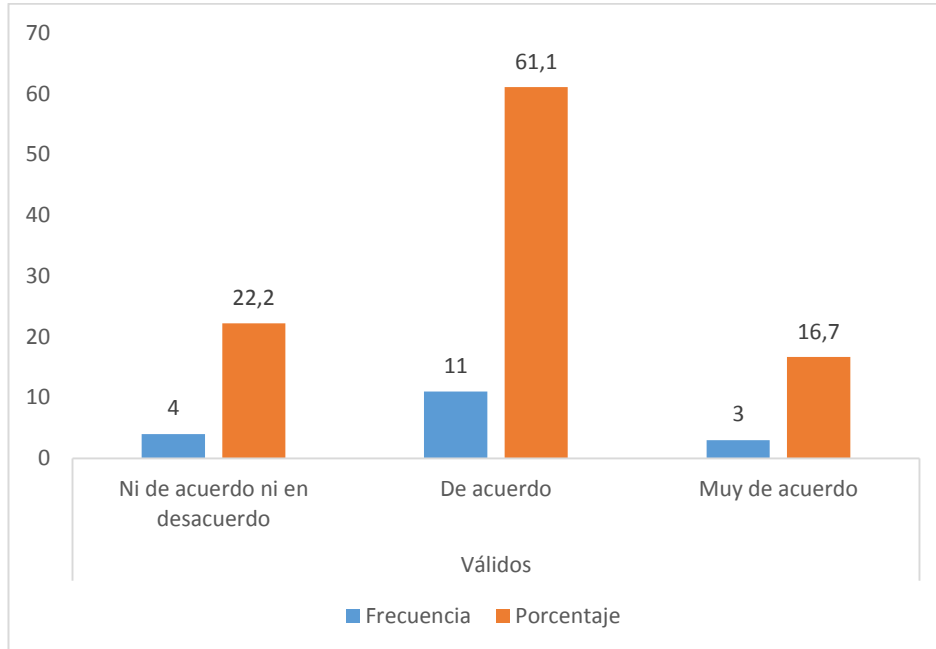
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los datos obtenidos se aprecia que el 77,8% del personal tanto de enfermería como auxiliares de enfermería afirman que siempre la institución brinda un ambiente seguro al paciente a fin de evitar problemas graves de salud en el paciente, mientras que el 22,2% no emiten un juicio de valor ya que no están seguras que en esta unidad de salud brinde un ambiente seguro para el paciente.

4.3.2 Cooperación institucional

Gráfico 24- Cooperación institucional



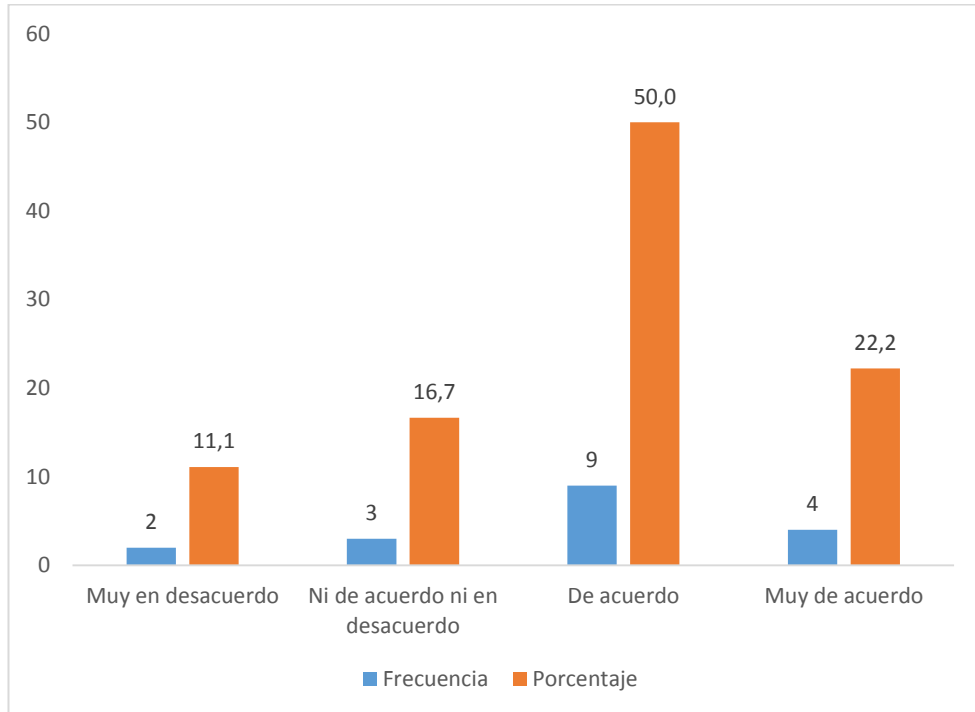
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la cooperación institucional se aprecia que el 77,8% del personal afirman que en esta unidad si existe buena cooperación entre unidades, ya que cuando hay una demanda de pacientes, estos lo hacen en conjunto o en equipo para mejorar la calidad de atención, mientras que el 22,2% no emiten un juicio de valor que permita conocer si existe o no cooperación entre las unidades de esta institución.

4.3.3 Ambiente laboral institucional

Gráfico 25- Ambiente laboral institucional



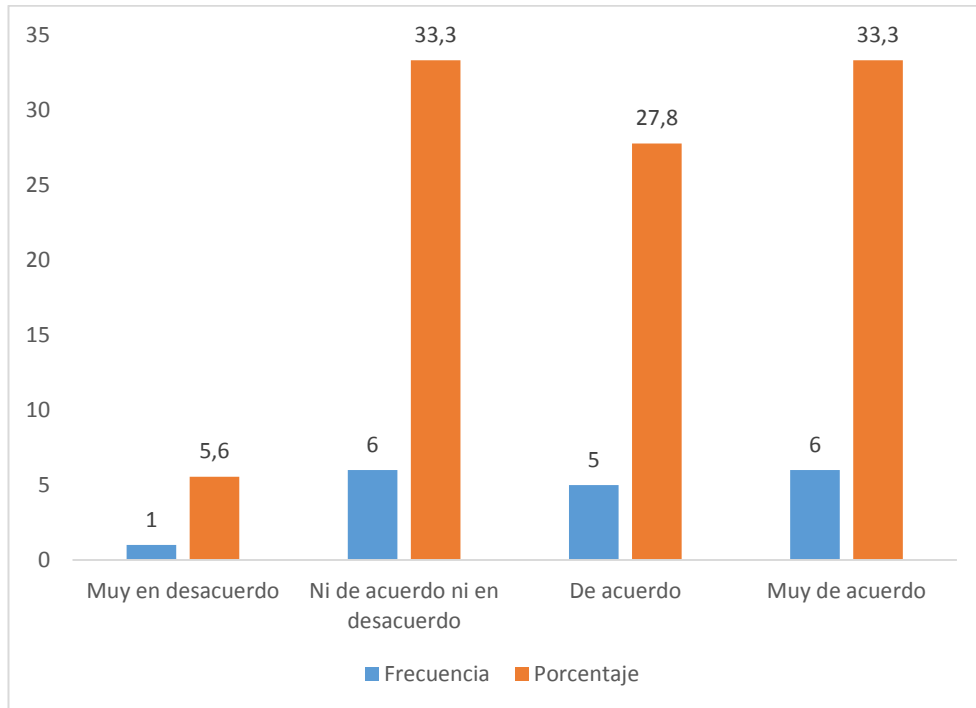
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto al ambiente laboral institucional se observa que en esta institución el 72,2% de encuestados afirma que hay un alto grado de apreciación al personal que se encuentra laborando en los diferentes servicios lo que garantiza la seguridad del paciente y el 27,8%, no dan un criterio conciso a esta interrogante lo que nos permite concluir que no existe un buen ambiente laboral.

4.3.4 Coordinación institucional

Gráfico 26- Coordinación institucional



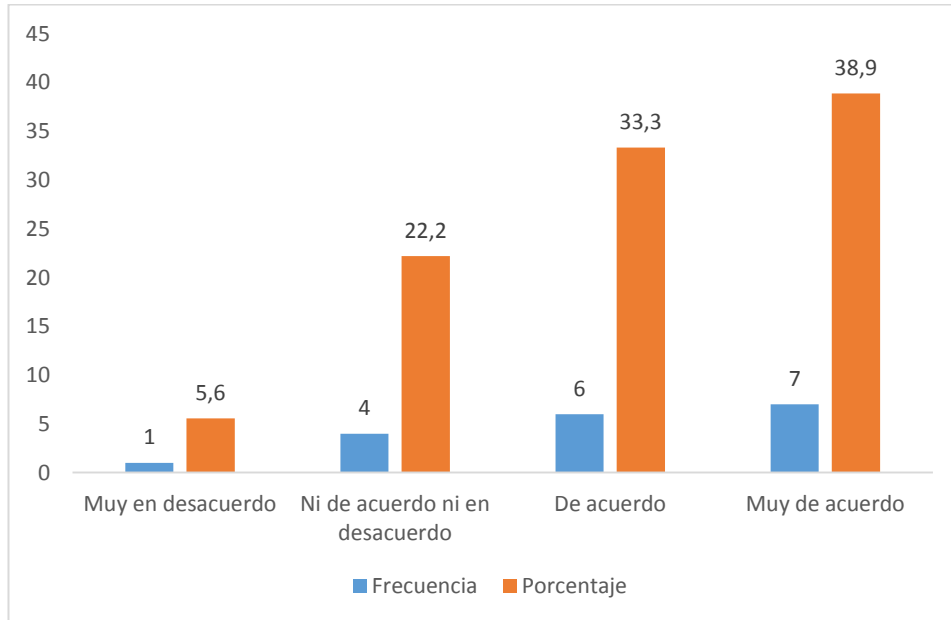
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la coordinación institucional se muestra que el 61,1% afirma que la institución siempre se encuentra actualizando y coordinando las unidades de atención al paciente, para de esta manera asegurar que no se cometan errores que puedan perjudicar o dañar la salud del paciente dentro de esta casa de salud, mientras que el 38,9% no expresa un criterio de valor en cuanto a si existe o no una coordinación entre las unidades de esta institución por lo que se piensa que no existe coordinación en las unidades.

4.3.5 Continuidad en la atención

Gráfico 27- Continuidad en la atención



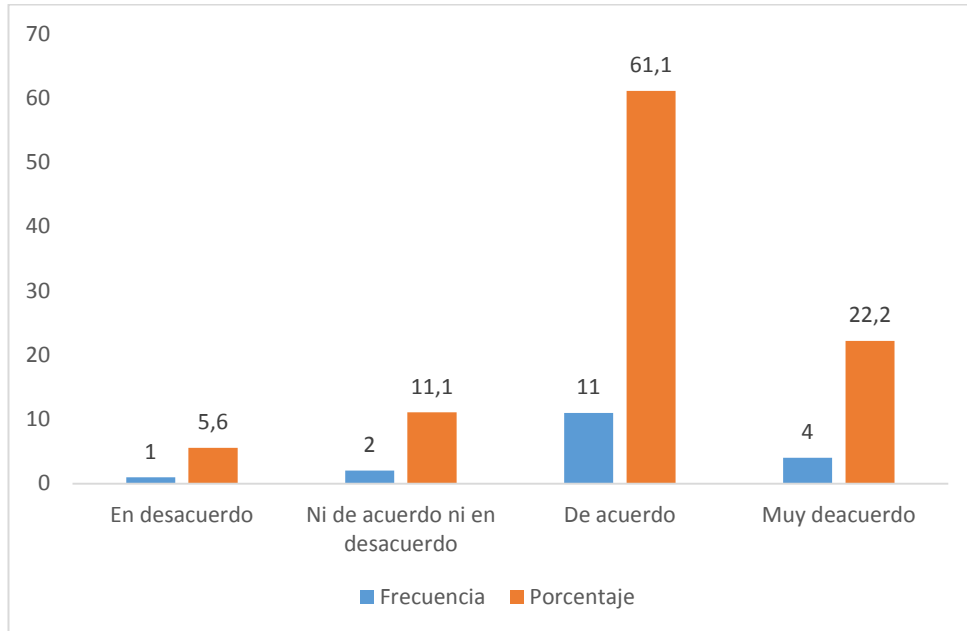
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los datos obtenidos se aprecia que el 72,2% de los encuestados afirman que siempre hay continuidad en la atención de los pacientes, ya que cuando un paciente es atendido en el servicio de consulta externa y este es enviado al servicio de emergencia existe una secuencia de atención, a fin de evitar problemas graves que pueden ocurrirle al paciente, mientras que el 27,8% no expresa un criterio de valor en cuanto a si existe o no la continuidad de atención de los pacientes y se piensa que no hay un adecuado seguimiento del paciente entre las unidades y que por ende existe eventos adversos que pueden ser evitables.

4.3.6 Comunicación de la información

Gráfico 28- Comunicación de la información



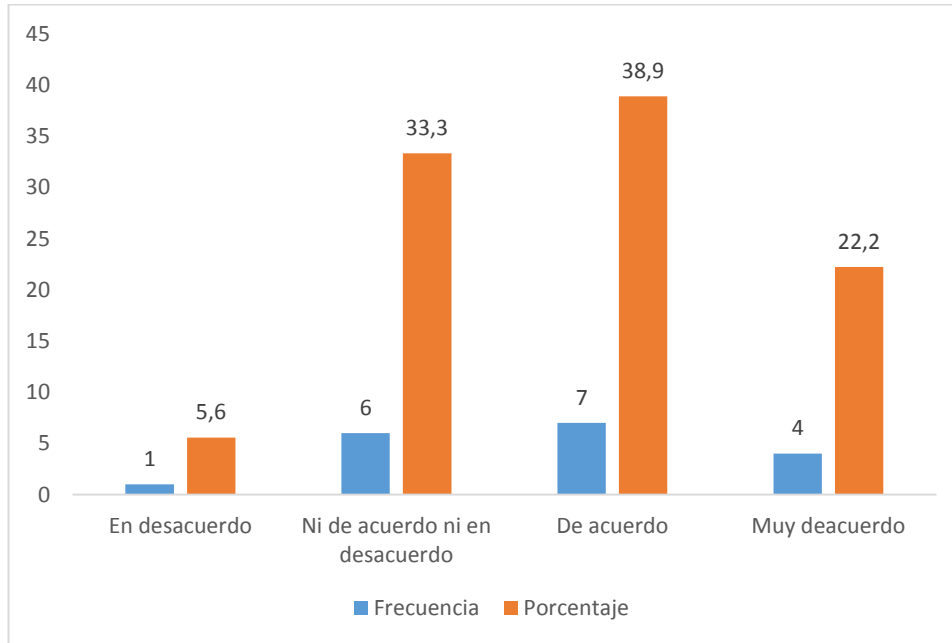
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la comunicación de la información se observa que el 83,3% está de acuerdo en que en esta unidad de salud son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información institucional, mientras que el 16,7%, discrepa y opina que no son pocos los problemas que hay por intercambio de información entre las unidades de la institución y que al contrario son muchos los problemas que se presentan.

4.3.7 Trabajo en equipo y coordinación institucional

Gráfico 29- Trabajo en equipo y coordinación institucional



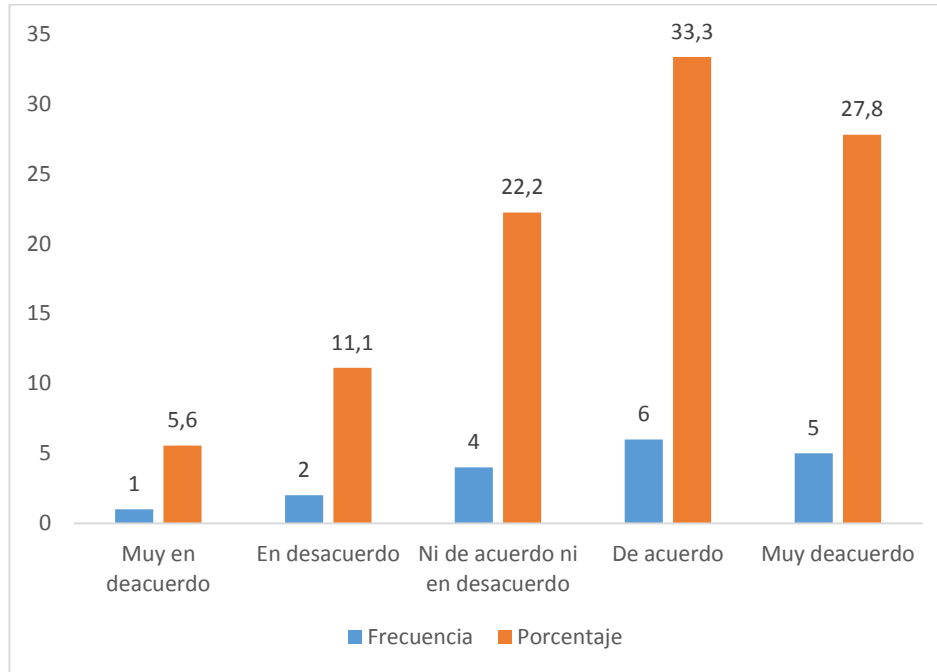
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto al trabajo en equipo y coordinación institucional se evidencia que el 61,1% de los encuestados afirman que siempre es mejor trabajar en conjunto para mejorar la atención de los pacientes, a fin de lograr una atención de calidad y calidez y evitar problemas, mientras que el 38,9% dicen que trabajar en conjunto, no es la manera para mejorar el cuidado, sino simplemente el personal debe tratar de brindar los cuidados adecuados a cada uno de los pacientes.

4.3.8 Cambios de turno del personal

Gráfico 30- Cambios de turno del personal



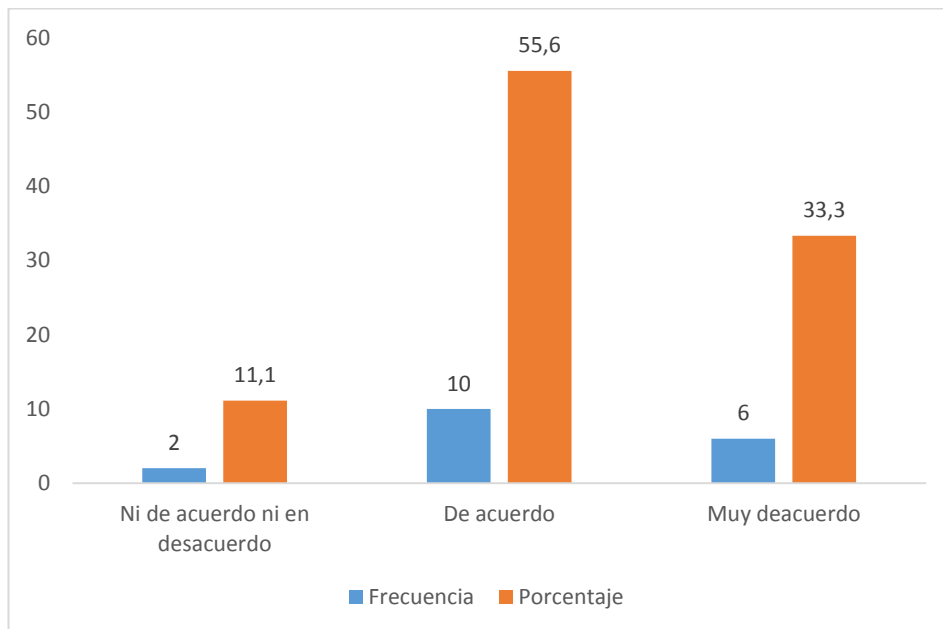
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los datos obtenidos se aprecia que el 61,1% de encuestados afirman que en esta institución nunca ha habido problemas en los pacientes por los cambios de turnos, ya que dicen que en los cambios de turnos siempre se informa las novedades y lo que está pendiente de cada uno de los pacientes, mientras que el 38,9% opinan que en esta institución los cambios de turno si representan problemas para los pacientes, ya que no siempre se informan todas las novedades de cada paciente o quizá por la carga de trabajo se olvidan de informar.

4.3.9 Entrega recepción de turno

Gráfico 31- Entrega recepción de turno



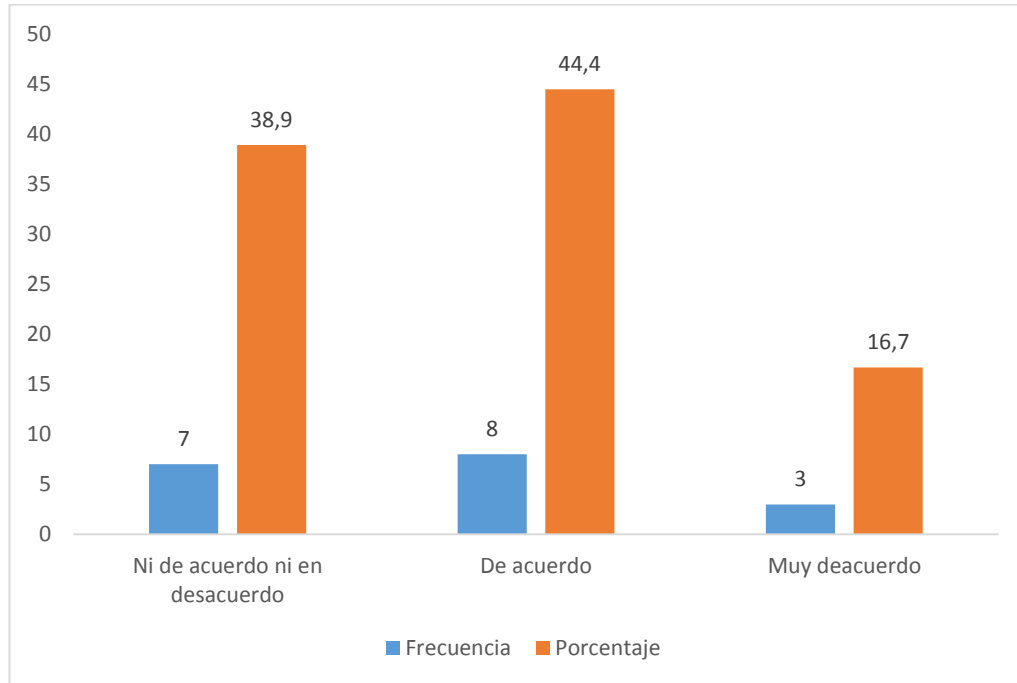
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a entrega y recepción de turno se observa que el 88,9% del personal de enfermería y auxiliares encuestados afirman que en esta institución siempre hay una entrega completa de información acerca del paciente durante los cambios de turno, ya que de esta forma se evitan problemas o eventos adversos que puede causar daño al paciente, mientras que el 11,1% no emiten un juicio de valor que permita conocer si la entrega de turnos en esta unidad de salud es completa y clara o al contrario, por lo que podría haber falta de información y podría causar problemas de salud graves para el paciente que se encuentra hospitalizado en esta casa de salud.

4.3.10 Medidas para la seguridad del paciente

Gráfico 32- Medidas para la seguridad del paciente



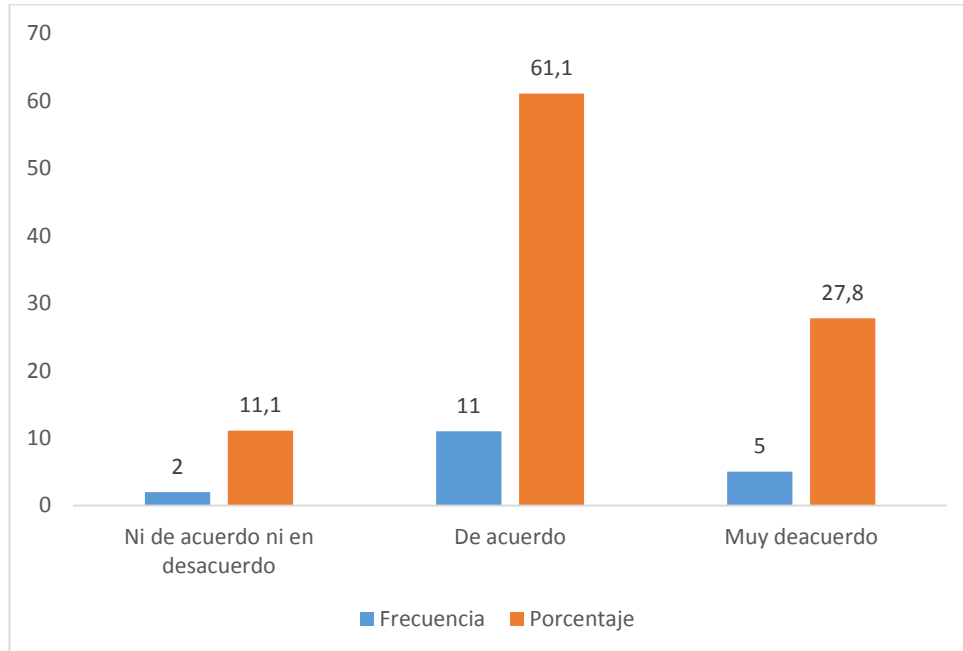
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se aprecia que el 61,1%, tanto el personal de enfermería como el personal auxiliar, dice que siempre la dirección del Hospital se muestra preocupada por la calidad de atención hacia los pacientes y por ende en una seguridad hacia el mismo y que por esta razón el Director del hospital envía a su personal a constantes capacitaciones, para de esta manera mantener al personal actualizado y así brindar una mejor atención al paciente y evitar posibles problemas que puedan ocurrir en esta unidad de salud; mientras que el 38,9% no tiene un juicio de valor claro o no sabe si la dirección de esta unidad de salud se muestra interesada en la seguridad del paciente.

4.3.11 Política institucional y seguridad del paciente

Gráfico 33- Política institucional y seguridad del paciente



Fuente: Encuesta AHRQ.

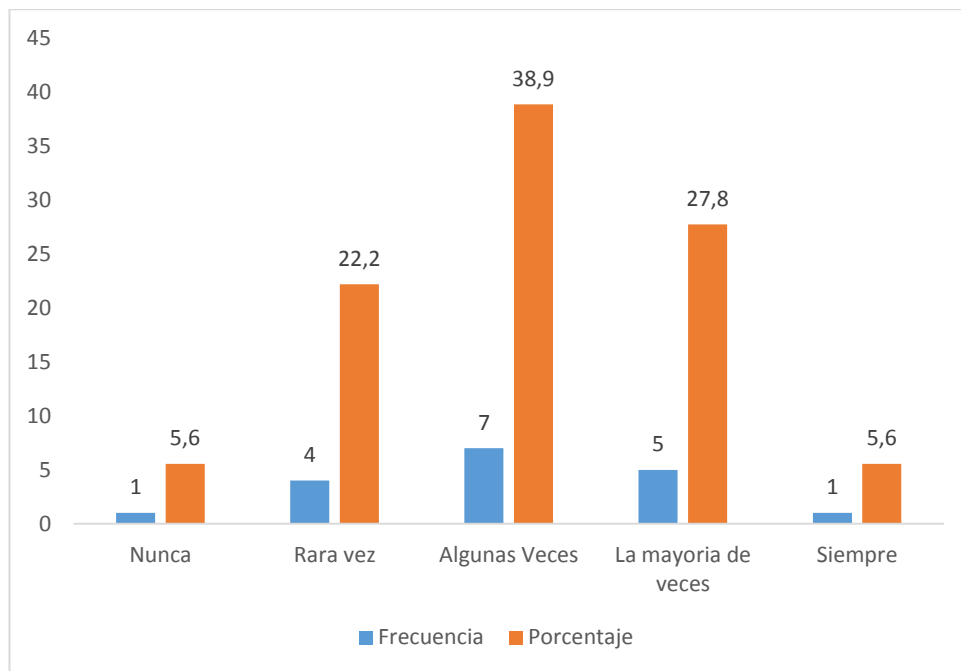
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos el 88,9%, los encuestados afirman que la dirección del Hospital siempre se muestra interesada por la seguridad de los pacientes aun sin haber incidentes adversos, ya que piensan que la atención al paciente siempre debe ser la misma y que no solo se debe cambiar la forma de atención porque ocurre algún problema con el paciente; mientras que el 11,1% no emite un juicio de valor ya que no están seguros si la dirección se interesa por la seguridad del paciente cuando haya o no haya incidentes adversos que pueden dañar la salud del paciente.

4.4 Sección D: Comunicación

4.4.1 Retroalimentación para el cambio

Gráfico 34- Retroalimentación para el cambio



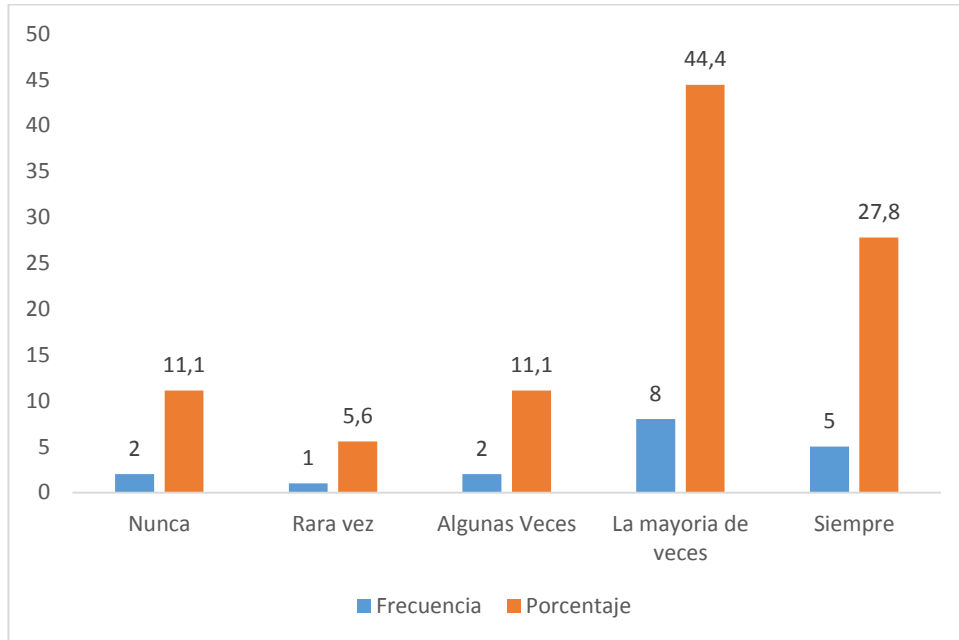
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la retroalimentación para el cambio el 33,4%, afirman que la Unidad Funcional de Gestión Clínica si informa sobre los cambios que han sido realizados acerca de los reportes de eventos ya que la unidad siempre se muestra interesada por la seguridad de los pacientes y el 66,7% dice que la gestión clínica nunca informa sobre los cambios que se realizan por lo que esto sería un motivo para que la seguridad del paciente se vea seriamente afectada.

4.4.2 Aceptación de opinión del personal

Gráfico 35- Aceptación de opinión del personal



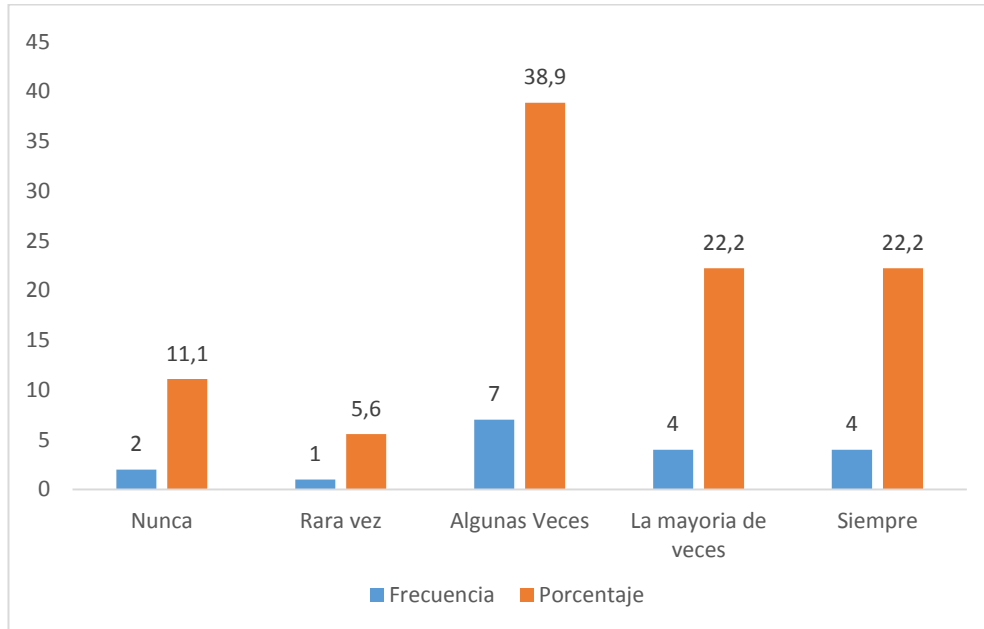
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se observa que el 72,2% del personal tanto de enfermería como auxiliares afirman que en esta unidad el personal si puede hablar libremente o expresar criterios cuando se ve que algo puede afectar o dañar el cuidado del paciente, ya sea cuando se trata de hablar con el personal médico o personal de enfermería, mientras que el 27,8% opinan que no pueden hablar libremente especialmente con el personal médico, ya que dicen que el medico es el que sabe lo que hace.

4.4.3 Notificación de errores

Gráfico 36- Notificación de errores



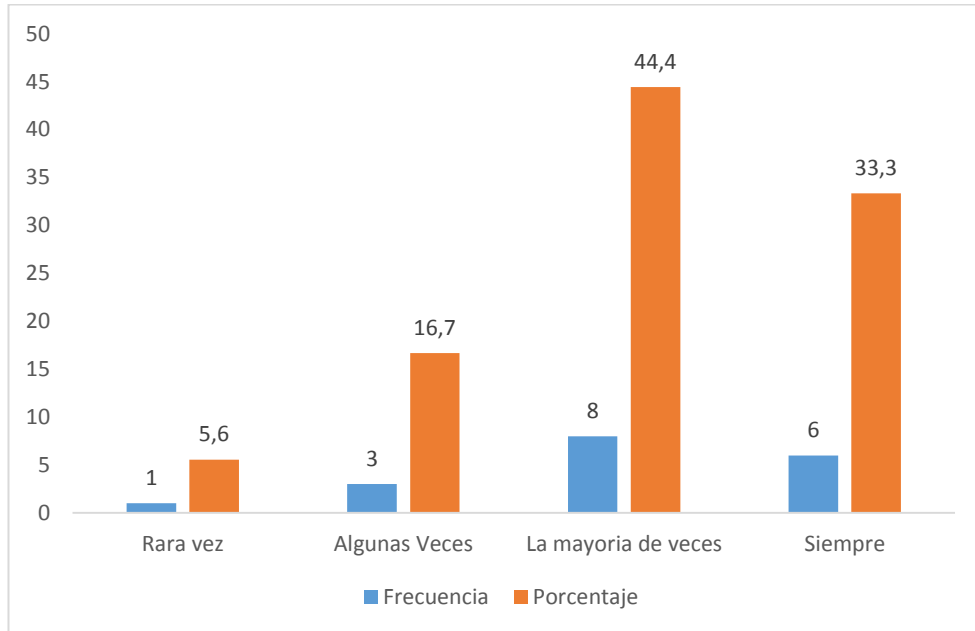
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la notificación de errores el 44,4% del personal encuestado afirma que en esta unidad de salud si se encuentran informados acerca de los errores que se han cometido para que no se vuelva a cometer con la finalidad de brindar una atención de calidad y proporcionar un ambiente seguro al paciente, mientras que el 55,6%, dicen que nunca les informan acerca de los errores que se han cometido dentro de la unidad y piensan que de esta manera no pueden mantener seguro al paciente ya que estos errores se podrían volver a cometer si no son informados.

4.4.4 Participación del personal en el análisis y toma de decisiones

Gráfico 37- Participación del personal en el análisis y toma de decisiones



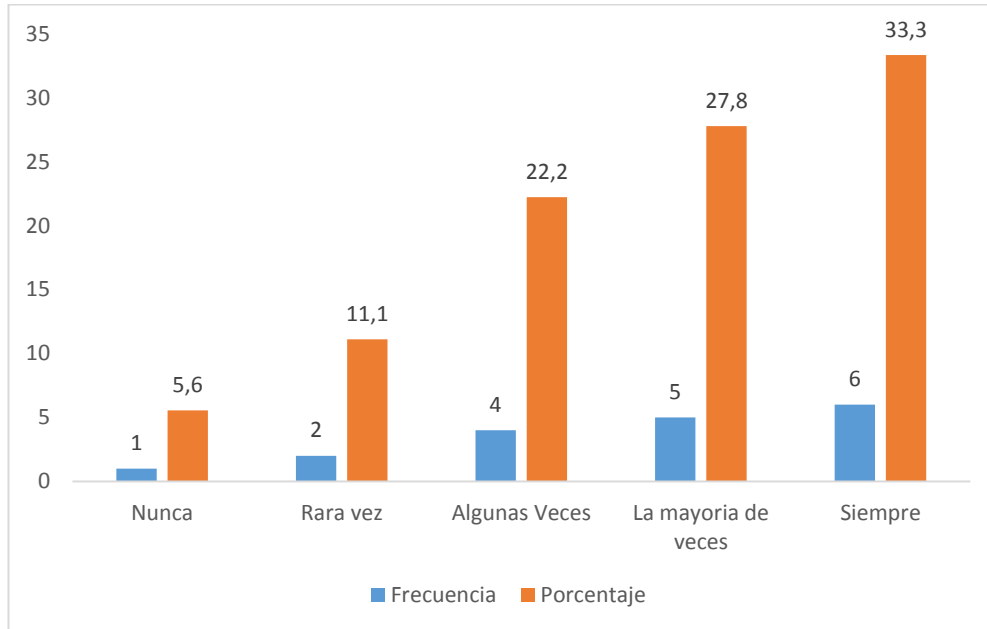
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con los resultados obtenidos se evidencia que el 77,7% del personal tanto de enfermería como auxiliares afirman que en esta unidad el personal si está libre de cuestionar o de opinar las decisiones hacia aquellos con mayor autoridad, ya que dicen que todos tienen derecho a preguntar o a dar opiniones acerca de algún tema ya que piensan que no solo los jefes son los que deben tomar decisiones dentro de una unidad de salud y que siempre debe haber equidad, mientras que el 22,3% sienten que no pueden hablar libremente o cuestionar las decisiones de las personas que tienen mayor autoridad.

4.4.5 Análisis de toma de decisiones

Gráfico 38- Análisis de toma de decisiones



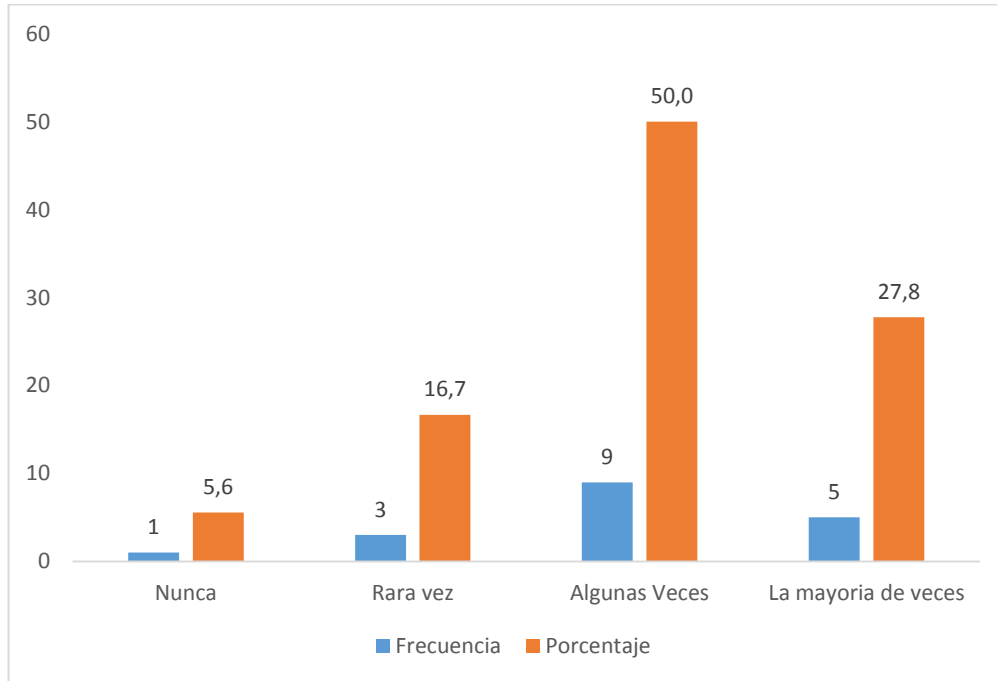
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto al análisis de toma de decisiones el 61,1% del personal tanto de enfermería como auxiliares opinan que en esta unidad si se discuten las formas de prevenir errores que dañan al paciente, para de esta manera no se vuelvan a cometer, mientras que el 38,9%, opina que en esta unidad nunca se discuten las formas de prevención de errores que garanticen la seguridad del paciente.

4.4.6 Aceptación de opinión del personal

Gráfico 39- Aceptación de opinión del personal



Fuente: Encuesta AHRQ.

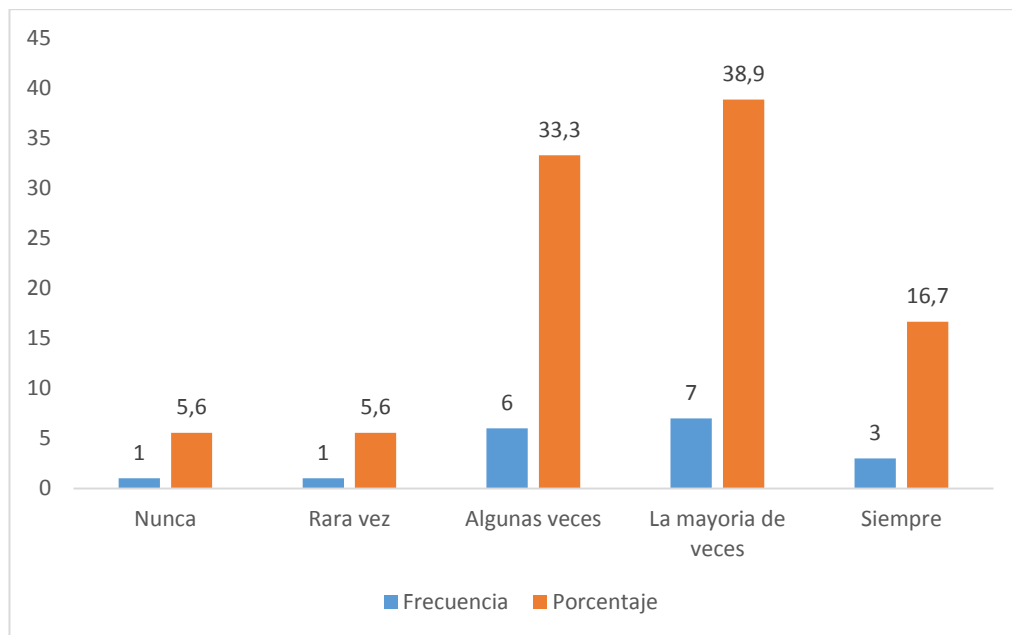
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la aceptación de opinión del personal se muestra que el 77,8% del personal opina que la mayoría de veces tienen la libertad de cuestionar cualquier cosa ya sea a su jefe especialmente cuando no les parece correcto, mientras que el 22,3%, está en desacuerdo ya que dice que en ocasiones esos casos los toman como personal y por eso es mejor quedarse callados.

4.5 Sección E: Frecuencia de eventos adversos/ errores reportados

4.5.1 Reporte de errores sin daño al paciente

Gráfico 40- Reporte de errores sin daño al paciente



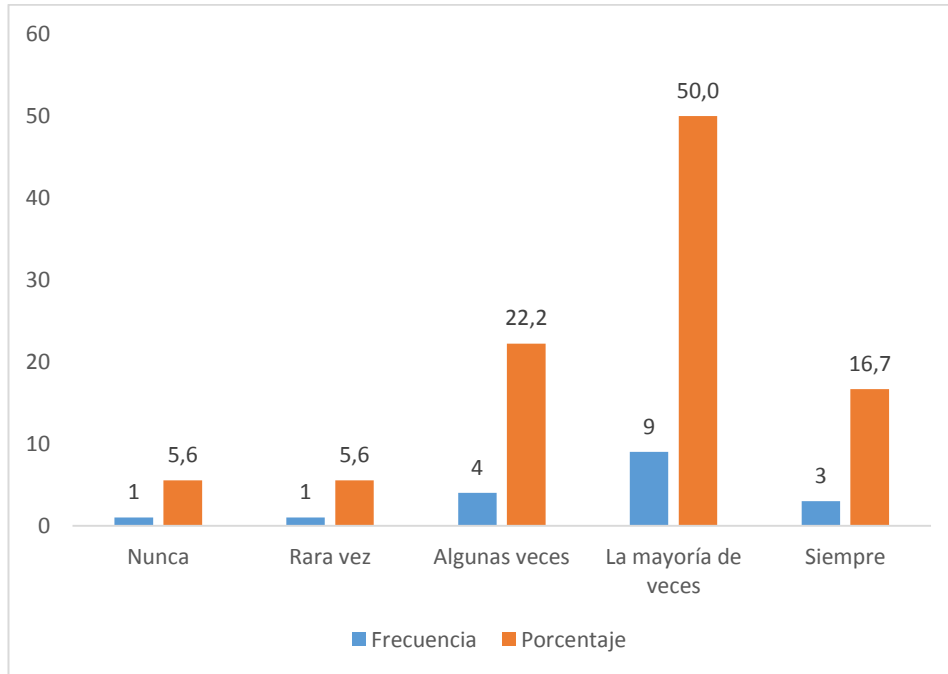
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los datos obtenidos se aprecia que el 55,6% del personal encuestado afirma que cuando se ha cometido un error, es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, esos errores se han reportado la mayoría de veces, mientras que el 44,5% dicen que los errores son reportados rara vez o casi nunca y esto es lo que puede afectar al paciente, ya que si un error no es corregido a tiempo este puede dañar o causar graves problemas de salud en el paciente.

4.5.2 Reporte de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente

Gráfico 41- Reporte de errores que no tienen el potencial de dañar al paciente



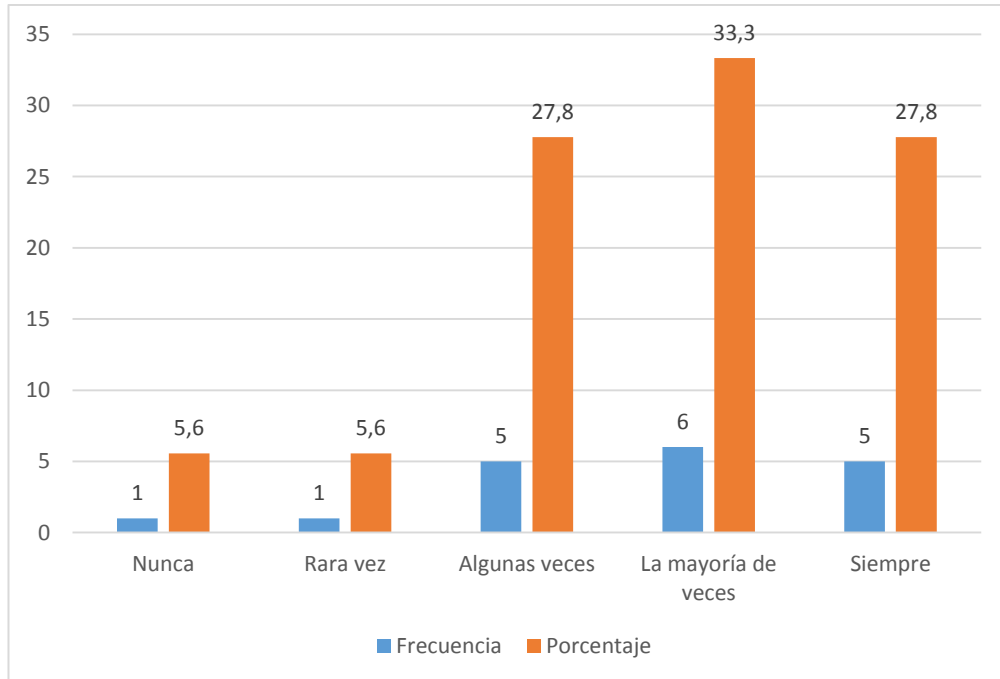
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, el 66,7% afirma que esos errores siempre se reportan, mientras que el 33,4% discrepa ya que opina que nunca han reportado estos errores.

4.5.3 Reporte de errores que pudiesen dañar al paciente pero no causaron daño

Gráfico 42- Reporte de errores que pudiesen dañar al paciente pero no causaron daño



Fuente: Encuesta AHRQ.

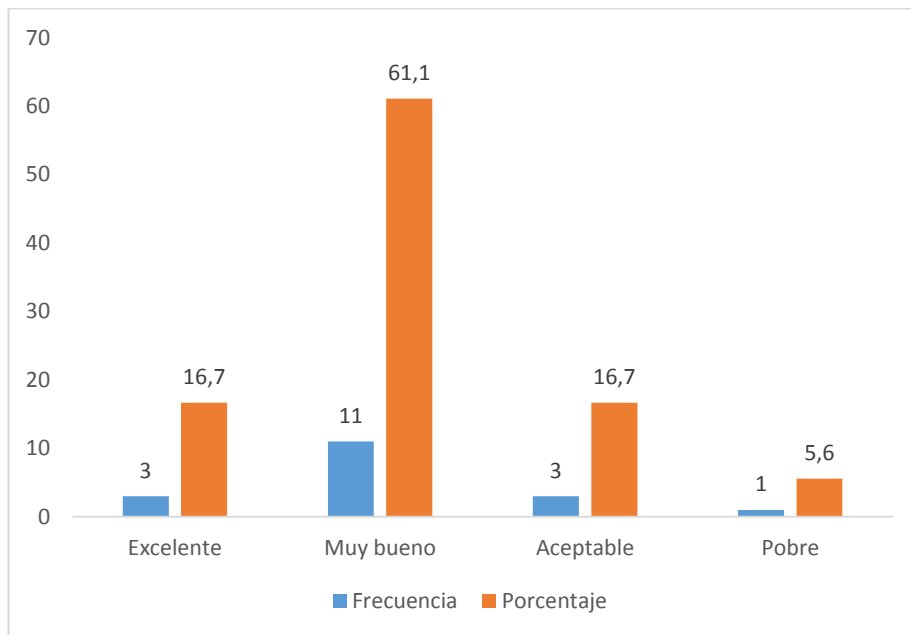
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a si se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace el 61,1% del personal encuestado afirma que siempre es reportado, mientras que el 39% discrepa al responder que nunca se realiza los reportes de estos errores.

4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente

4.6.1 Valoración del grado de seguridad del paciente

Gráfico 43- Valoración del grado de seguridad del paciente



Fuente: Encuesta AHRQ.

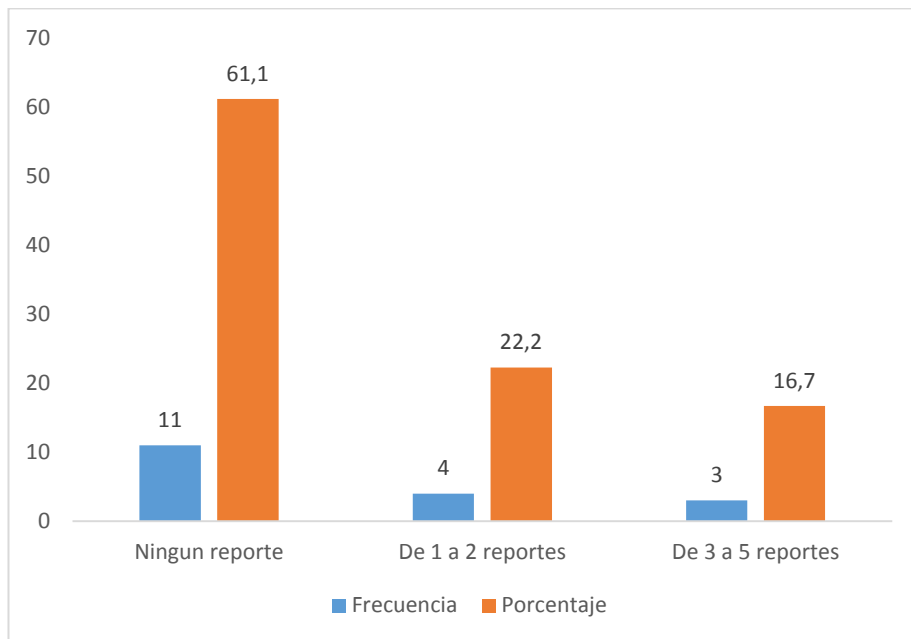
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se muestra que el 61,1% de los encuestados califican un grado de muy bueno a su unidad de salud con respecto al grado de seguridad del paciente, ya que ellos siempre se preocupan en la atención y satisfacción del paciente durante el tiempo de estadía en esta casa de salud, en un 16,7% se puede evidenciar que califican un grado de excelente y aceptable, ya que por la misma razón el personal está preocupándose en la seguridad del paciente y en un 5,6% dicen que el grado de seguridad del paciente en esta área de salud es pobre, ya que no todos se preocupan por la calidad y calidez de atención al paciente sino más bien en solo acabar el trabajo diario.

4.7 Sección G: Numero de eventos reportados /errores reportados

4.7.1 Eventos adversos reportados

Gráfico 44- Eventos adversos reportados



Fuente: Encuesta AHRQ.

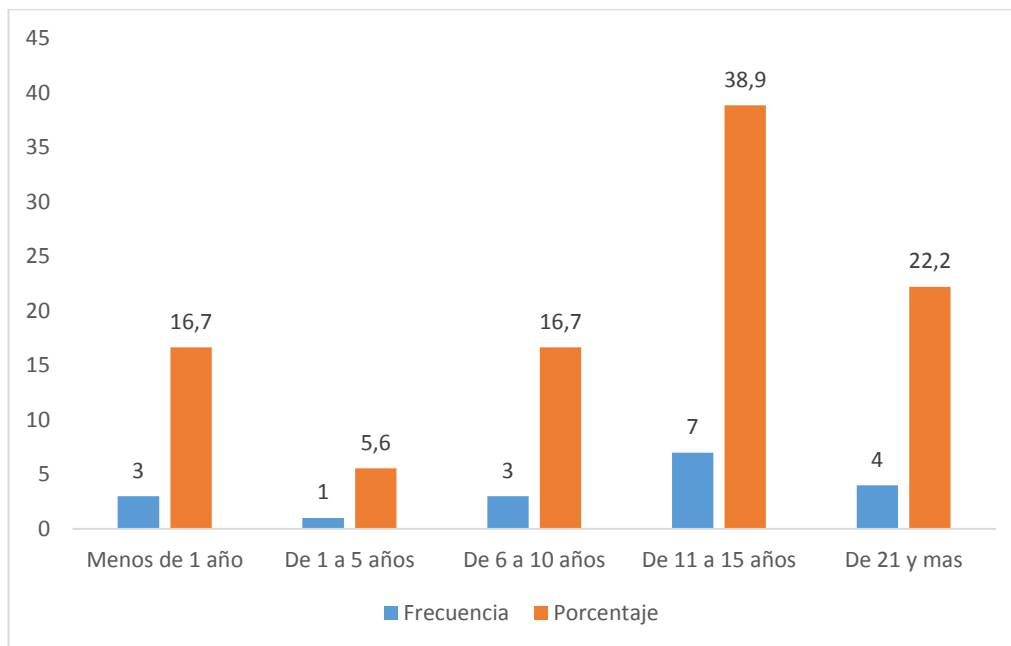
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a eventos adversos reportados el 61,1% del personal de enfermería tanto como el personal auxiliar consideran que en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar nunca se han enviado reportes, lo que quiere decir que no cuentan con un sistema de notificación mientras que el 22,2% dicen que si se han enviado reportes más o menos de 1-2 reportes y el 16,7% han enviado de 3- 5 reportes en los pasados 12 meses.

4.8 Sección H: Antecedentes

4.8.1 Desempeño laboral vigente

Gráfico 45- Desempeño laboral vigente



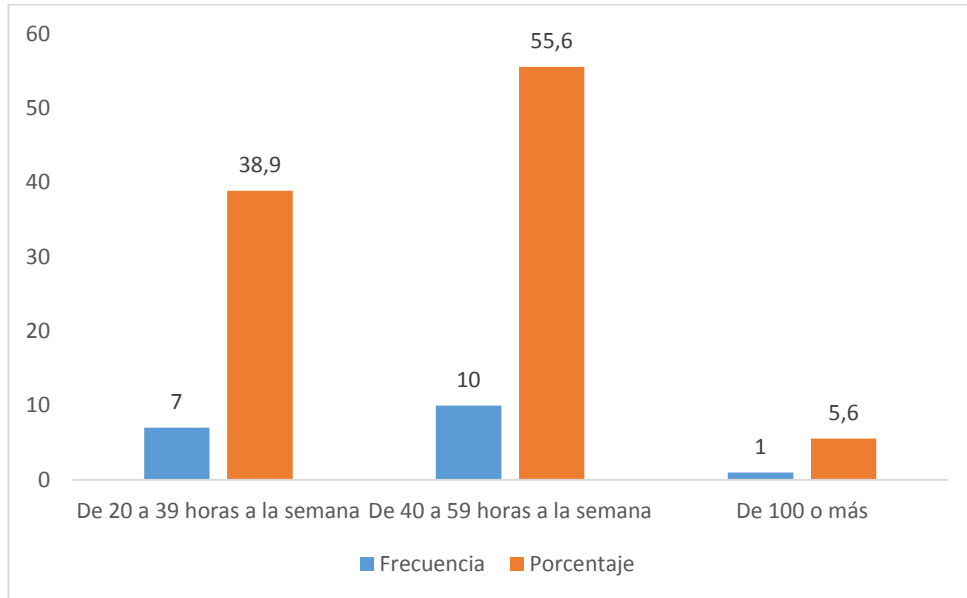
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se muestra que el 38,9% del personal lleva trabajando más de 11 años en esta unidad de salud, seguido del personal que lleva trabajando más de 21 años en un 22,2%, y en un 16,7% el personal que esta menos de un año y los que llevan más de 6 años y por último en un 5,6% están las personas que llevan trabajando de 1 a 5 años en el Hospital Carlos Del Pozo Melgar del cantón Muisne en la provincia de Esmeraldas.

4.8.2 Carga horaria laboral

Gráfico 46- Carga horaria laboral



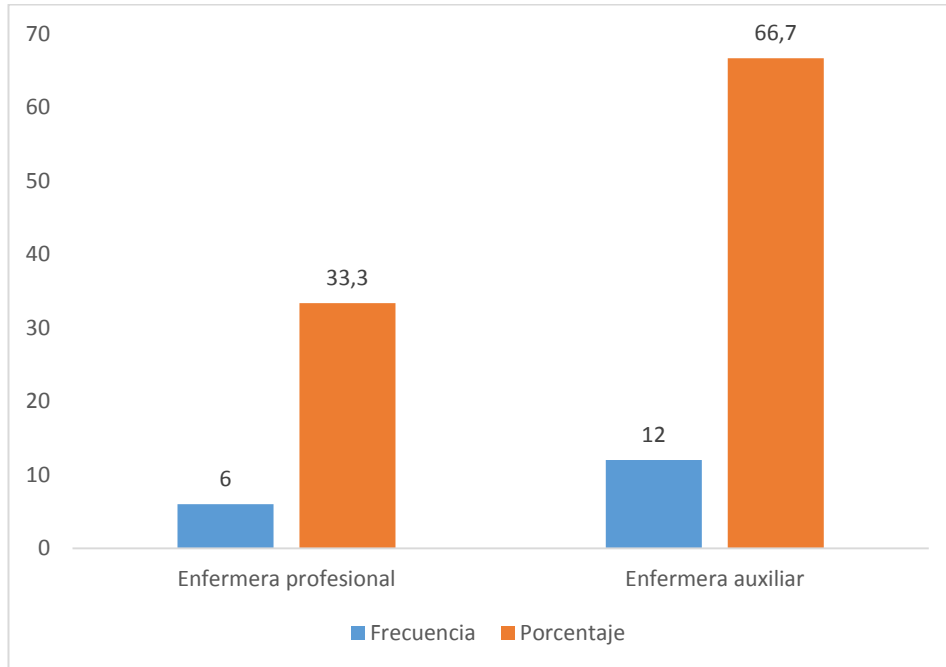
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la carga laboral el 55,6% del personal de enfermería tanto como el auxiliar trabajan de 40 a 59 horas a la semana lo cual nos da a notar que la exigencia es muy alta y que es por esta razón que en ocasiones el personal se ve cansado, seguido del 38,9% del personal que trabaja de 20 a 39 horas semanales esto debido a la ley de la lactancia materna en la mayor parte del personal, lo cual ha ocasionado que en algunas ocasiones el servicio se quede sin profesional y en un 5,6% está el personal que trabaja más de 100 horas semanales esto se debe a que en ciertas ocasiones deben realizar la promoción de salud los fines de semana.

4.8.3 Desempeño laboral

Gráfico 47- Desempeño laboral



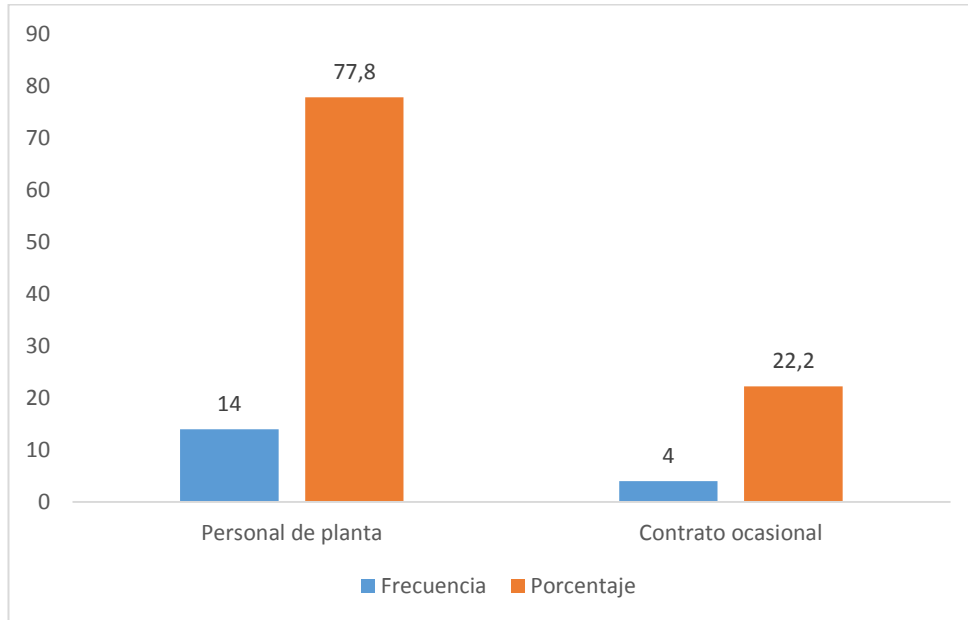
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto al desempeño laboral el 66,7% del personal es auxiliar de enfermería y el 33,3% es profesional, lo cual es muy preocupante ya que no existe ni la mitad de personal que debe haber en una unidad de salud, pudiéndose observar que en estas ocasiones la seguridad del paciente puede verse afectada.

4.8.4 Contratación laboral

Gráfico 48- Contratación laboral



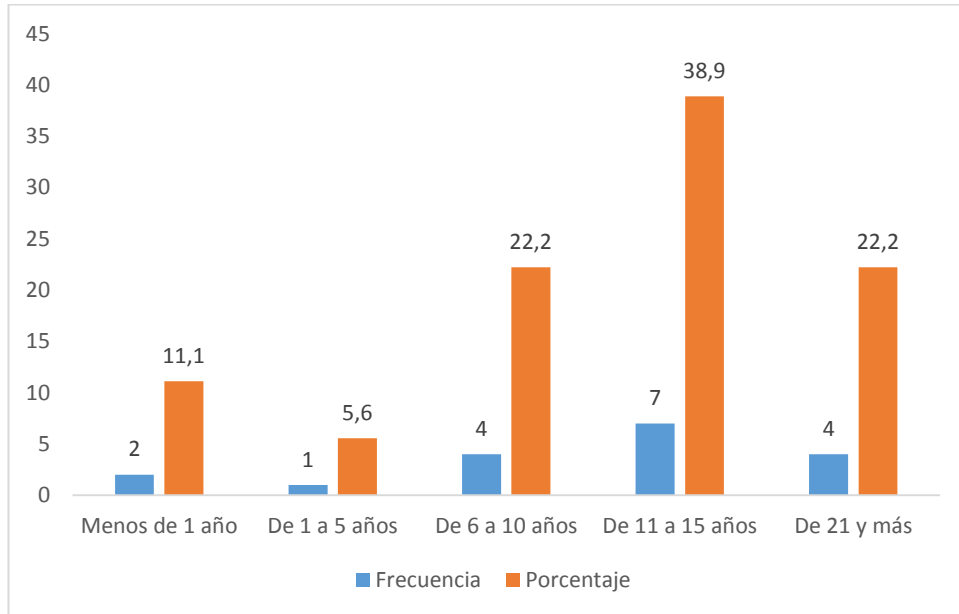
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto a la contratación laboral el 77,8% del personal tanto auxiliar como profesional de enfermería son personal de planta y el 22,2 tienen contrato ocasional.

4.8.5 Experiencia profesional

Gráfico 49- Experiencia profesional



Fuente: Encuesta AHRQ.

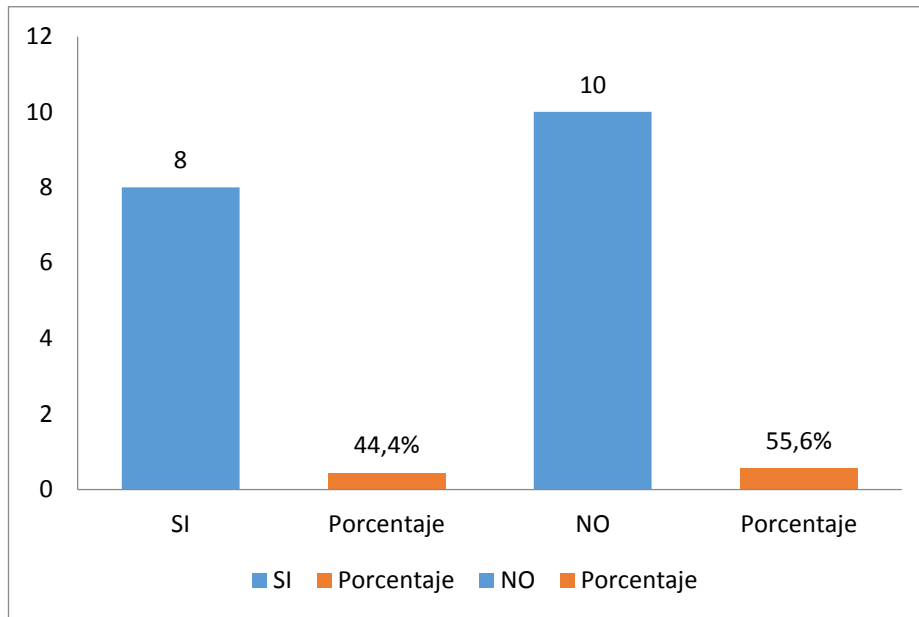
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se evidencia que el 38,9% del personal lleva trabajando en su actual profesión de 11 a 15 años, seguido del 22,2% los que llevan trabajando de 6 a 10 años y los de 21 y más, en un 11,1% los que están menos de un año y en un 5,6% las personas que están de 1 a 5 años en su actual profesión.

4.9 Resultados de conocimiento de seguridad del paciente y eventos adversos

4.9.1 Concepto de seguridad del paciente

Gráfico 50- Concepto de seguridad del paciente



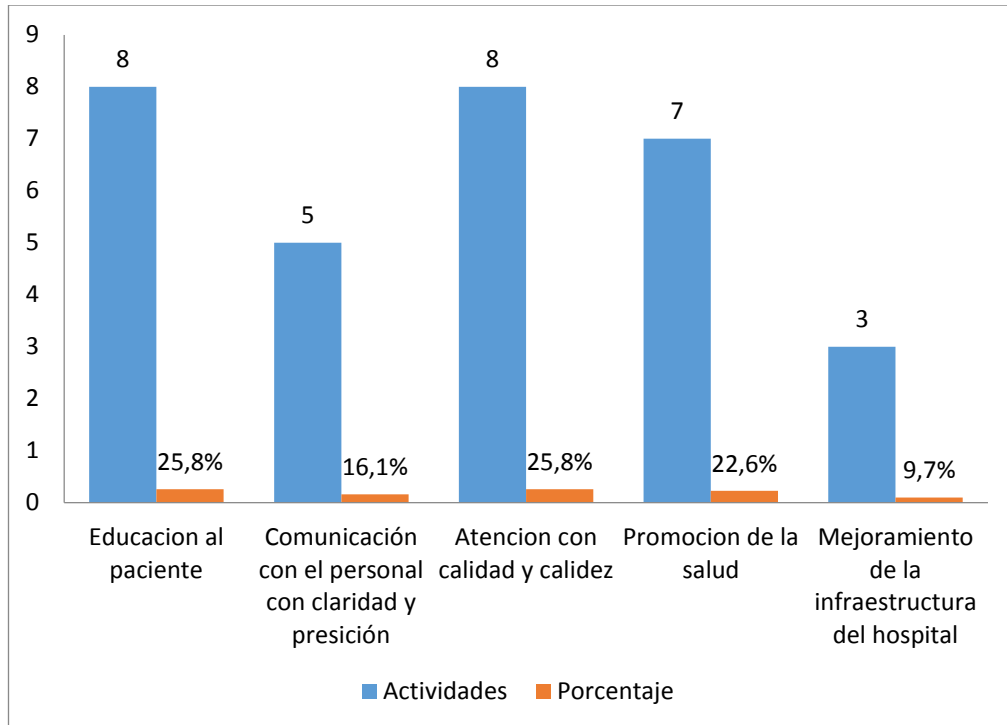
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto al concepto de seguridad del paciente el 44,4% de los encuestados del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, si conocen el concepto de seguridad del paciente y el 55,6% de los mismos no conocen el concepto de seguridad del paciente.

4.9.2 Actividades que la institución realiza por la Seguridad del Paciente

Gráfico 51- Actividades que la institución realiza por la Seguridad del Paciente



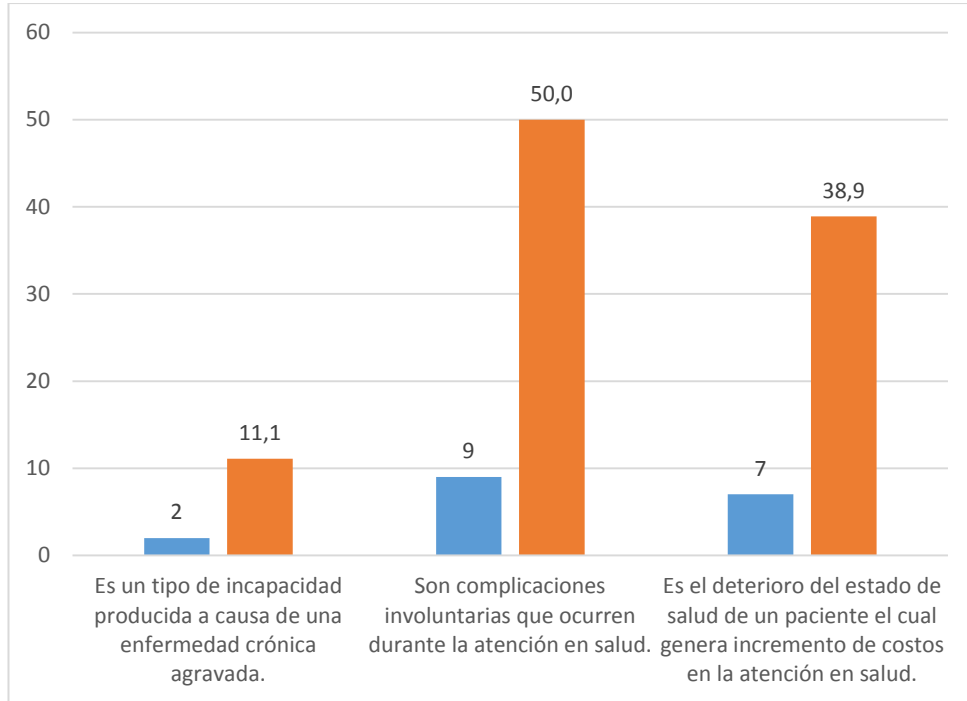
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a las actividades que la institución realiza por la seguridad del paciente se aprecia que la principal actividad que el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar está realizando es la atención con calidad y calidez al usuario y la educación en un 25,8%, seguida de la promoción de la salud con el 22,6%, la comunicación con el personal con claridad y precisión con el 16,1% y como actividad no tan principal se encuentra el mejoramiento de la infraestructura del hospital con un 9,7%.

4.9.3 Conocimiento sobre la definición de evento adverso

Gráfico 52- Conocimiento sobre la definición de evento adverso



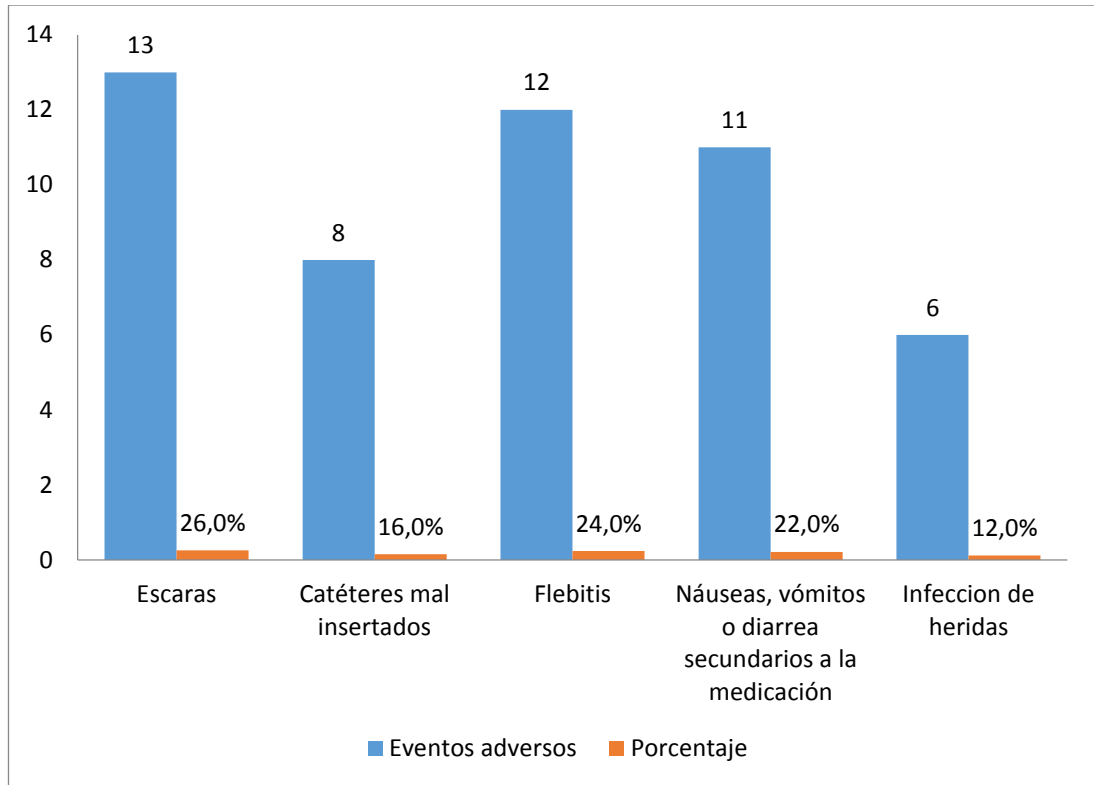
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: Con respecto al conocimiento sobre la definición de evento adverso el 50,0%% de los encuestados del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, si conocen el concepto de evento adverso y el otro 50,0% de los mismos no conocen que es un evento adverso.

4.9.4 Eventos adversos frecuentes en la institución.

Gráfico 53- Eventos adversos frecuentes en la institución.



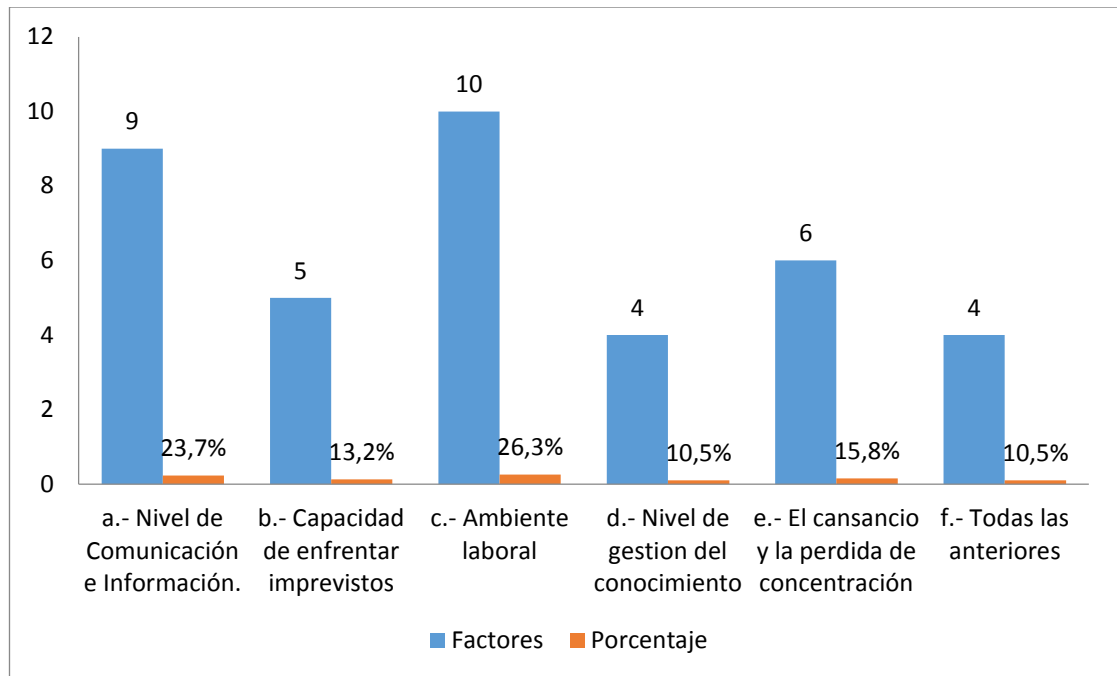
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a los eventos adversos frecuentes que se observan en el “Hospital Carlos del Pozo Melgar” el 26,0% de los encuestados opina que las escaras es el evento adverso más común dentro de la institución, seguido de la flebitis con el 24,0%. Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a la medicación son el 22,2% de los eventos adversos; los catéteres mal insertados un 16,0% y por último, como el menos común entre los eventos adversos se observa la infección de heridas con el 12,0%.

4.9.5 Factores que influyen en la seguridad del paciente

Gráfico 54- Factores que influyen en la seguridad del paciente



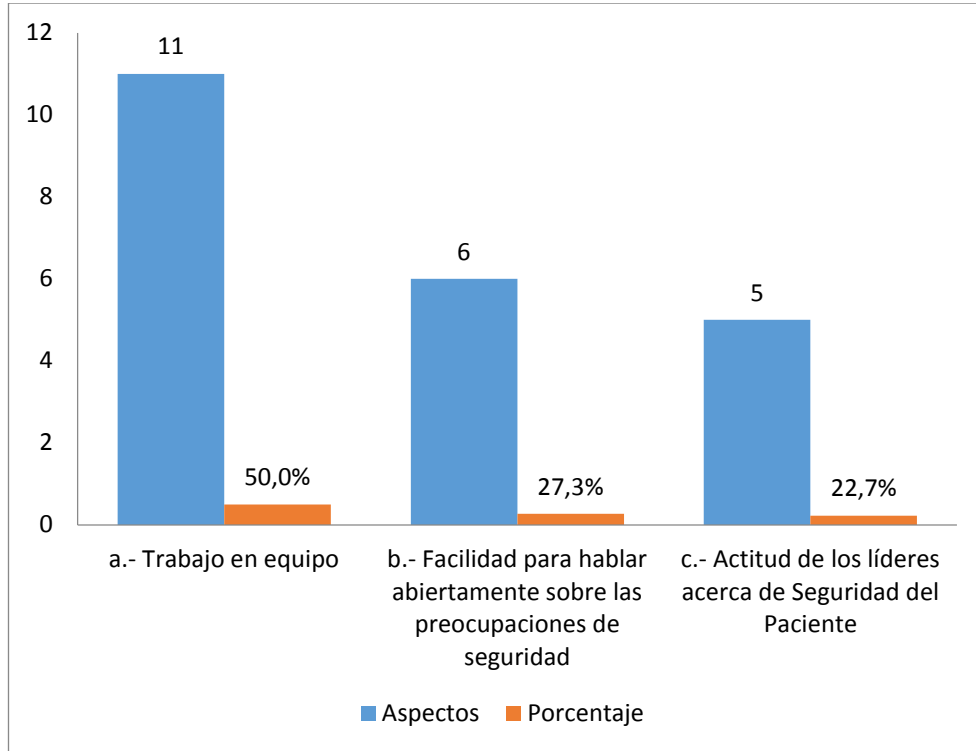
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a los factores que influyen en la seguridad del paciente el 26,3% de los encuestados opina que el ambiente laboral es el que más influye en la seguridad del paciente, seguido de este tenemos al nivel de comunicación con el 23,7%, el cansancio y la pérdida de concentración con un 15,8%, la capacidad de enfrentar imprevistos con un 13,2% y con el 10,5% tenemos al nivel de gestión del conocimiento y con la respuesta de todas las anteriores.

4.9.6 Aspectos importantes en la Cultura de Seguridad del paciente

Gráfico 55- Aspectos importantes en la Cultura de Seguridad del paciente



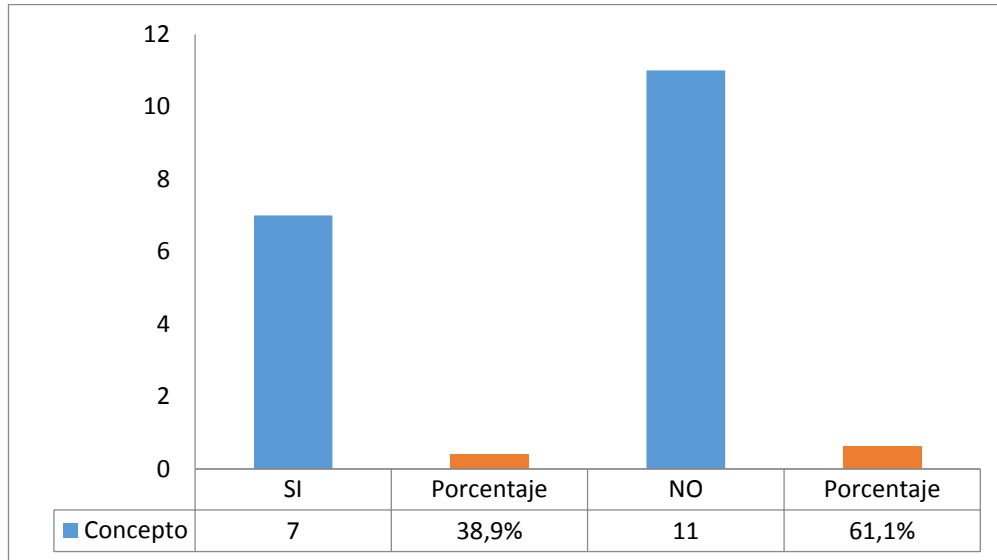
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: De los resultados obtenidos se evidencia que la mayor parte de los encuestados, es decir el 50,0% opina que el trabajo en equipo es el aspecto más importante dentro de la seguridad del paciente. El 27,3% opina que la facilidad para hablar abiertamente sobre las preocupaciones de seguridad es lo más importante y el 22,7% piensa que el aspecto más importante es la actitud de los líderes acerca de seguridad del paciente.

4.9.7 Conocimiento de la definición de Cultura de Seguridad del Paciente

Gráfico 56- Conocimiento de la definición de Cultura de Seguridad del Paciente



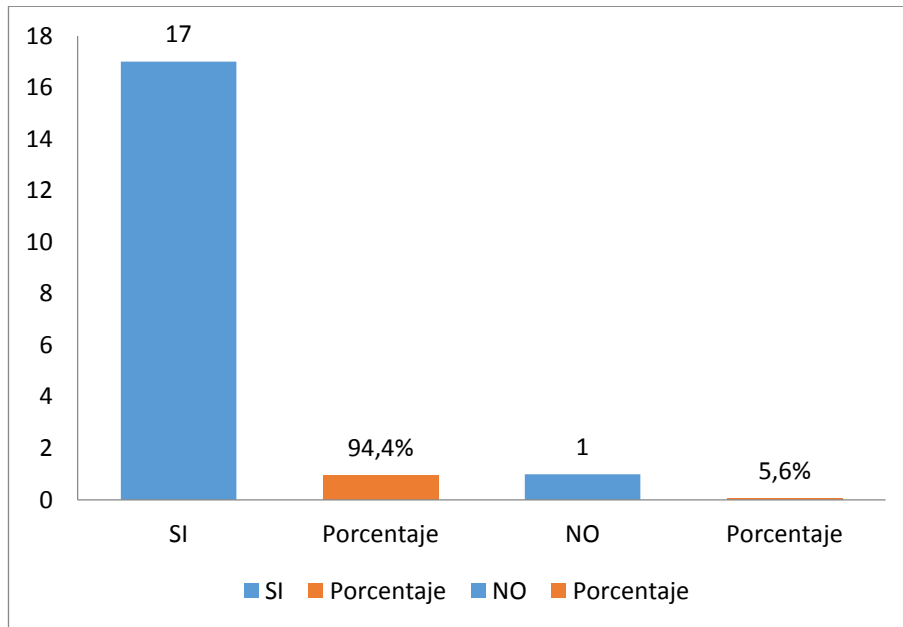
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto al conocimiento sobre la definición de Cultura de seguridad del Paciente el 61,1% de los encuestados si conoce su definición y el 38,9% no conoce.

4.9.8 Importancia de la capacitación en Cultura de Seguridad del Paciente

Gráfico 57- Importancia de la capacitación en Cultura de Seguridad del Paciente



Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: En cuanto a la importancia de la capacitación en Cultura de Seguridad del Paciente el 94,4% de los encuestados opina que si se deben realizar capacitaciones continuas al personal ya que es básico para tratar de disminuir los eventos adversos en el paciente y el 5,6% dice que no hay la necesidad de capacitaciones al personal.

4.10 Análisis por secciones

Tabla 2 Análisis Estadístico sección A: su área/unidad de trabajo

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
A1	2	5	4	0,767
A2	1	4	2,67	1,188
A3	2	5	4,22	0,808
A4	3	5	4,28	0,669
A5	3	5	4,39	0,608
A6	3	5	4,11	0,832
A7	3	5	4	0,594
A8	1	5	3,56	1,149
A9	3	5	4,17	0,857
A10	1	5	3,28	0,958
A11	2	5	4,22	0,808
A12	2	5	3,5	0,857
A13	1	5	3,5	0,958
A14	1	5	3,44	0,808
A15	1	5	3,72	0,857
A16	1	5	3,89	1,183
A17	3	5	4,17	0,618
A18	3	5	3,94	0,725

Análisis: La sección A investiga Área o Unidad de trabajo a través de 18 preguntas que evalúan las características de lugar de trabajo en relación con seguridad del paciente y eventos adversos, las respuestas han sido evaluadas en una escala de 1 a 5, el valor 1 fue para Muy en desacuerdo y la 5 para la respuesta Muy de acuerdo. El análisis estadístico de este grupo de preguntas revela una

media general de 3,84. La media mínima pertenece a la pregunta A2 (Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo), con una media de 2,67, la misma que presentó una desviación máxima con 1,188. La media máxima pertenece a la pregunta A5 (El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente) con una media de 4,39.

La desviación típica general para la sección A es de 0,83, la desviación mínima por preguntas de la sección A pertenece a la pregunta A7 (Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente), con 0,594. A pesar que la desviación estándar en relación a la media no es muy amplia (0,83) sigue manifestándose la deficiencia en el número de personas que trabajan en la institución por lo que podemos establecer que el personal para el trabajo en esta unidad de salud es insuficiente y la mayoría de los encuestados afirma que la deficiencia del personal les obliga a trabajar más de lo adecuado.

Tabla 3 Análisis estadístico sección B: Su líder de enfermería

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
B1	1	5	3,5	0,985
B2	1	5	3,61	1,145
B3	1	4	3,33	0,970
B4	1	5	3,78	0,943

Análisis: La sección B investiga al líder de enfermería mediante 4 preguntas que evalúan las características de la misma en relación a su desempeño laboral en pro de la seguridad de los pacientes, las respuestas han sido evaluadas en una escala de 1 a 5, el valor 1 fue para Muy en desacuerdo y la 5 para la respuesta Muy de acuerdo. El análisis estadístico de este grupo de preguntas revela una media general de 3,47. La media mínima de 3,33 perteneciente a la pregunta B3 (Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impide saltar pasos importantes en el proceso de atención). La media máxima por pregunta fue de 3,78 en la pregunta B4 (Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad que se repiten una y otra vez), siendo esta misma pregunta la que presentó la mínima desviación típica con 0,943.

La pregunta con máxima desviación típica fue de la pregunta B2 (Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes) con 1,14. La desviación típica general de la sección B es de 1,01. En esta sección probablemente influye la actitud positiva que el personal percibe de su líder, por el hecho de ser una institución pequeña en la que todos se reconocen y forman parte de un equipo que trabaja juntos desde hace varios años.

Tabla 4 Análisis estadístico sección C: su institución

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
C1	3	5	4,056	0,725
C2	1	5	3,833	1,098
C3	1	5	4,000	1,085
C4	3	5	3,944	0,639
C5	3	5	4,222	0,647
C6	1	5	3,722	1,179
C7	2	5	4,000	0,767
C8	3	5	3,778	0,732
C9	3	5	4,167	0,618
C10	2	5	3,778	0,878
C11	1	5	3,667	1,188

Análisis: La sección C investiga a la institución a través de 11 preguntas, las mismas que evalúan las características de la dirección de la institución en relación a la seguridad del paciente, las respuestas han sido evaluadas en una escala de 1 a 5, el valor 1 fue para Muy en desacuerdo y la 5 para la respuesta Muy de acuerdo. El análisis estadístico de esta sección refleja una media general de 3,93. La media mínima de 3,66 perteneciente a la pregunta C11 (Los cambios de turno en esta institución no representan problemas para los pacientes), la misma que presentó la desviación máxima de 1,18. La media máxima pertenece a la pregunta C5 (Se garantiza la entrega completa de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno) con 4,22.

La desviación típica general para la sección C es de 0,79, la desviación mínima pertenece a la pregunta C9 (La Dirección de la institución se muestra siempre interesada en la seguridad del paciente aun cuando no ocurre un incidente adverso), con 0,61. Por lo que podemos establecer que en esta sección que el personal no mantiene confidencialidad en información relacionada a la seguridad del paciente.

Tabla 5 Análisis Estadístico sección D: Comunicación

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
D1	1	5	3,06	0,998
D2	1	5	3,72	1,274
D3	1	5	3,39	1,243
D4	2	5	4,06	0,873
D5	1	5	3,72	1,227
D6	2	5	4,00	0,840

Análisis: La sección D investiga la comunicación entre el personal de la institución que favorece la seguridad del paciente a través de 6 preguntas, las respuestas han sido evaluadas en una escala de 1 a 5, el valor de 1 fue para Nunca y la 5 para la respuesta Siempre. El análisis estadístico de esta sección la media general que se obtuvo fue de 3,72. La media mínima fue de 3,06 perteneciente a la pregunta D1 (La Unidad Funcional de gestión clínica nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos). La pregunta con el resultado de la media máxima es la D4 (El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad) con 4,06.

La desviación típica general de la sección D fue de 1,05, la desviación mínima pertenece a la pregunta D6 (Piensa que el personal tiene libertad a la hora de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto) con 0,84. La desviación máxima pertenece a la pregunta D2 (El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente) con 1,27. Por lo que se puede concluir que el personal habla libremente, lo que es muy preocupante.

Tabla 6 Análisis Estadístico sección E: Frecuencia de eventos adversos/errores reportados

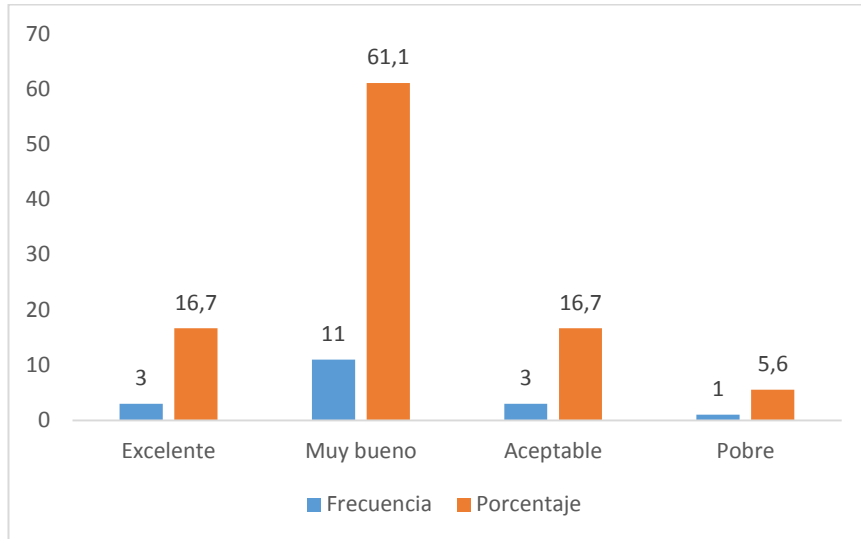
SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
E1	1	5	3,56	1,042
E2	1	5	3,67	1,029
E3	1	5	3,72	1,127

Análisis: La sección E indaga la frecuencia de eventos adversos a través de 3 preguntas que evalúan la frecuencia con la que se reporta estos eventos adversos, las respuestas han sido evaluadas en una escala de 1 a 5, el valor 1 fue para Nunca y la 5 para la respuesta Siempre. El análisis estadístico de esta sección revela una media general de 3,65. La media mínima pertenece a la pregunta E1 (Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado) con 3,56, la media máxima es de 3,72 perteneciente a la pregunta E3 (Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado), la misma que presentó la desviación máxima con 1,127

La desviación típica general para la sección E es de 1,066. La desviación mínima pertenece a la pregunta E2 (Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado) con 1,029. Por lo que se establece que el personal de esta institución no reporta los eventos adversos, a pesar de su gravedad cuando no hicieron daño al paciente.

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

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
F1	1	4	2,11	0,758



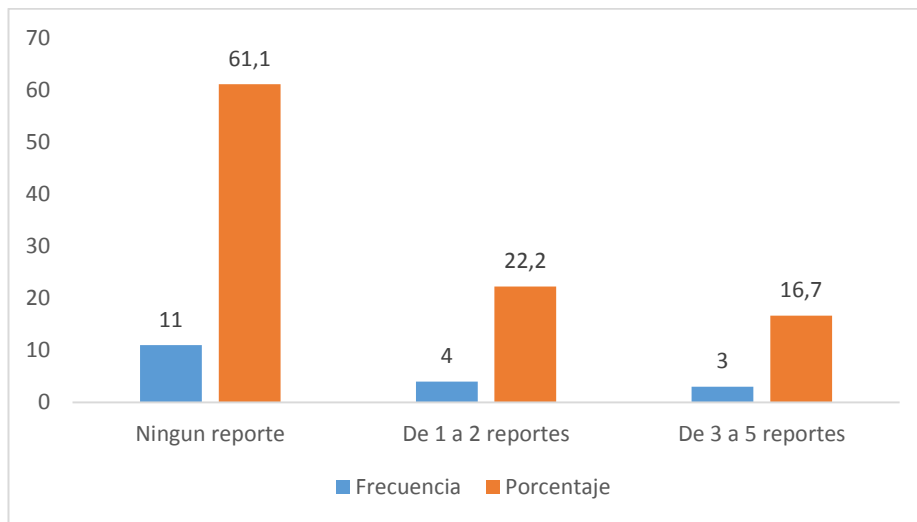
Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: La sección F investiga el Grado de Seguridad Del Paciente a través de una pregunta, la respuesta ha sido evaluada en una escala de 1 a 5, el valor de 1 fue para Excelente y la 5 para la respuesta Malo. El análisis califica a la unidad de salud como muy bueno con respecto a seguridad del paciente.

Tabla 8 Análisis estadístico sección G: Número de eventos adversos/errores reportados.

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
G1	1	3	1,56	0,784



Fuente: Encuesta AHRQ.

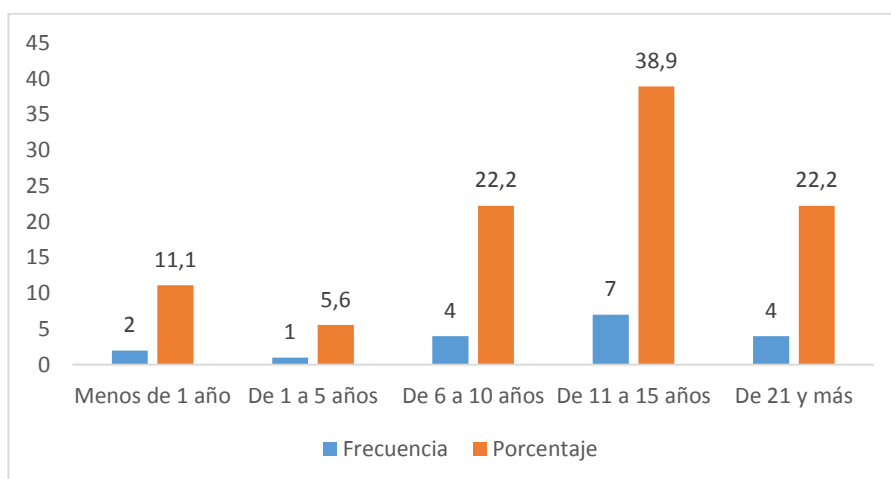
Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: La sección G investiga el Número de Eventos Adversos reportados en los pasados 12 meses, mediante una sola pregunta cuya respuesta ha sido evaluada en una escala de 1 a 6, el valor para 1 fue de Ningún reporte y la 6 para la respuesta 21 reportes o más. El análisis indica que el personal de enfermería nunca ha enviado reportes, es decir que en el Hospital Carlos del pozo Melgar no cuenta con un sistema de notificación de eventos adverso.

Tabla 9 Análisis estadístico sección H: Antecedentes

SECCIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV.TIP.
H1	1	6	3,67	1,680
H2	1	6	3,33	1,680
H3	2	6	2,78	0,943
H4	1	2	1,67	0,485
H5	1	3	1,44	0,856
H6	1	1	1,00	0,000
H7	1	6	3,78	1,555

Experiencia profesional: (H7)



Fuente: Encuesta AHRQ.

Elaborado por: Investigadoras.

Análisis: La sección H indaga los antecedentes del personal encuestado que trabaja en la institución, a través de 7 preguntas que evalúan el tiempo, número de horas que trabajan y su cargo, las respuestas han sido evaluadas con escalas diferentes, por lo tanto en lo que respecta a la experiencia profesional se evidencia que los mayores porcentajes corresponden al grupo de 11 a 15 años de trabajo, pero también un grupo numeroso que corresponden al 16,7% trabajan menos de cinco años.

4.11 Discusión

Este estudio contribuye con información sobre cultura de seguridad del paciente, entre el personal de enfermería que trabaja en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar. Entendiendo la cultura de seguridad del paciente como la suma de conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo de enfermería que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud.

Los resultados obtenidos permitieron identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de seguridad del paciente, en los que se incluye el reporte de incidentes adversos, actitudes dentro del trabajo en equipo, comunicación, área de trabajo, entre otros que se encuentran relacionados con el desarrollo de cultura de seguridad. Esta investigación caracterizó la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, en donde se identificaron algunos aspectos problemáticos que se detallan a continuación:

En el análisis producto de la sección A que investiga el área o unidad de trabajo, sobresale la insuficiencia de personal para trabajar en esta institución, resultado que es evidente en otros estudios y que se traduce en aumento de la carga laboral que impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad; como refiere el estudio “Culture of Safety: results of organization-wide Survey in 15 California hospitals”.

A su vez los resultados de la sección B que investiga las funciones de líder de enfermería revela de manera positiva en esta institución que el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, lo mismo refiere El Ministerio de Sanidad de Consumo Español y la Universidad de Murcia; esto se debe a que probablemente influye el hecho de ser una institución pequeña en la cual forman parte de un equipo que trabajan juntos desde hace varios años.

Por otra parte el análisis de los datos de la sección C que investiga a la institución en aspectos como continuidad de la atención, comunicación, ambiente laboral, entre otros muestra en el personal de enfermería preocupación por el ambiente laboral y las medidas que toma la dirección en esta institución en cuanto a la seguridad del paciente. Un estudio que midió la cultura de seguridad del paciente en 5 hospitales británicos realizado por Vincent C., “Adverse Event in British Hospitals: preliminary retrospective record review”; coincide con nuestra preocupación al afirmar que cuando la seguridad del paciente es una prioridad débil hay más errores, que cuando la gestión de las prácticas de seguridad es importante en el hospital como organización. Por lo que la comunicación y la entrega completa de información garantizan la continuidad de la atención.

El análisis de la sección D que investiga la comunicación en relación a eventos adversos muestra que el personal no mantiene confidencialidad en información relacionada a la seguridad del paciente, lo que preocupa ya que el análisis de situaciones de conflicto debería realizarse en reuniones de trabajo dirigidas para tal objetivo y basadas en documentación y registros.

En la sección E que investiga frecuencia de Eventos Adversos/errores reportados evidencia que el personal de enfermería no reporta eventos adversos, inclusive aquellos de gravedad cuando no hicieron daño al paciente. Lamentablemente al no ser reportados hay una alta posibilidad de que este evento adverso se repita. “Los sistemas de salud deben pasar de la “culpa y la vergüenza” cultura que impide el reconocimiento del error y por tanto, obstaculiza cualquier posibilidad de aprender de éstos, a una en la que se tenga fácil acceso a la información que apoye el aprendizaje de la experiencia con el fin de promover los sistemas de prevención de errores, esto lo ratifica Meyer G, en su estudio “Setting a Research Agenda For medical Errors and Patient Safety”, realizado en el 2001.

Un estudio realizado en la ciudad de México señala que uno de los componentes con gran trascendencia desde el punto de vista de la seguridad de los pacientes es el informe de incidentes durante el proceso de la atención médica. En

este sentido todavía existe resistencia para realizarlo, aduciéndose diferentes razones como el exceso de trabajo, el temor al castigo o a la pérdida de credibilidad y prestigio. Los resultados que se obtuvieron fue que el 46% de los encuestados no han informado eventos. Y en nuestra investigación se evidencio que el 61,1% señala que nunca reporto eventos adversos.

En tanto la sección F que investiga el grado de Seguridad del Paciente, el personal de enfermería califica como muy buena. Al igual que en el estudio del Hospital Padre Hurtado, realizado en Chile en el año 2009, en donde también se destaca que la percepción de seguridad en el área de trabajo es excelente y muy buena, y ninguno de los encuestados evalúa como “malo”. Pero es importante mencionar que, a pesar de los resultados obtenidos el grado de seguridad del paciente en nuestra institución de estudio, lamentablemente no puede ser monitoreada porque los procesos relacionados con seguridad del paciente son incipientes.

La sección G investiga el número de Eventos Adversos reportados en los pasados 12 meses. Nos preocupa que el personal de enfermería nunca ha enviado reportes, con lo que confirmamos que en esta institución de salud la Cultura de Seguridad del Paciente está en un proceso inicial.

El análisis de la sección H que investiga acerca los antecedentes del personal encuestado, mostró un patrón en el cual los mayores porcentajes corresponden al grupo de 11 a 15 años de trabajo, pero también un grupo significativo del 16,7% trabajan menos de cinco años lo que también direcciona que la experiencia y conocimientos en cultura de seguridad del paciente son heterogéneos.

4.12 Conclusiones

En esta investigación la caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, en el Hospital general del cantón Muisne, provincia de Esmeraldas, permitió evidenciar valores, conocimientos y actitudes que fueron evaluadas mediante el instrumento Survey On Patient Safety Culture Versión Española, lo que generó un diagnóstico sobre cultura de seguridad del paciente que podemos resumir en:

- 1.- El personal que trabaja en esta unidad de salud es insuficiente y la mayoría de los encuestados afirmó que la deficiencia del personal les obliga a trabajar más tiempo y con una mayor carga laboral.
- 2.- La actitud positiva que el personal percibe de su líder, probablemente está influenciada por el hecho de ser una institución pequeña. Pero en relación a la seguridad del paciente al no haber protocolos ni sistemas de notificación establecidos no es posible valorar el liderazgo en esta área.
- 3.- El personal está preocupado por el ambiente laboral y las medidas que toma la dirección en esta institución, ya que la seguridad del paciente no es una prioridad.
- 4.- El personal no mantiene confidencialidad en información relacionada a la seguridad del paciente, lo que preocupa porque el análisis de situaciones de conflicto debería realizarse en reuniones de trabajo dirigidas para tal objetivo y basándose en documentación y registros.
- 5.- El personal afirma que el grado de Seguridad Del Paciente en esta unidad de salud es muy bueno, sin embargo no existe estándares, formularios, procesos establecidos en relación a Cultura de Seguridad del Paciente.
- 6.- El personal de enfermería nunca ha enviado reportes de eventos adversos, es decir que en el Hospital Carlos del Pozo Melgar no dispone de un sistema de notificación.

7.- En cuánto al tiempo que el personal de enfermería trabaja en esta institución, hay un grupo considerable que trabaja menos de cinco años, lo que también ocasiona que la experiencia y conocimientos en Cultura de Seguridad Del Paciente son heterogéneos.

8.- Siendo la Cultura de Seguridad del Paciente un proceso incipiente en esta institución el personal no identifica conceptos de evento adverso, seguridad del paciente. También es preocupante que los eventos adversos más frecuentes son escaras, flebitis, náuseas, vómitos y diarrea secundarios a la medicación, catéteres mal insertados e infección de heridas. Problemas relacionados directamente con la calidad del cuidado.

4.13 Recomendaciones

Existen muchos aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en el corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de ésta conseguir que la Cultura de Seguridad del Paciente sea realmente asumida por todo el personal que trabaja en la institución.

Para la Universidad:

- La Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, deben asumir el liderazgo en su área de influencia en la capacitación y monitoreo de cultura de seguridad del paciente no solo en sus estudiantes, internos rotativos sino en las unidades de salud de nivel primario, secundario y terciario, para desarrollar programas que involucren capacitación e investigación en Seguridad del Paciente.
- Promover la investigación en cultura de seguridad del paciente garantiza la calidad del cuidado de enfermería. La formación es el espacio idóneo en el

que la escuela de enfermería puede desarrollar cambios significativos para mejorar el nivel de salud mediante la prevención de eventos adversos.

Para la Escuela:

- Los profesionales de enfermería que laboran en esta institución académica deben estar capacitados en investigación de Cultura de Seguridad del Paciente, para asumir responsabilidades en el proceso de formación.
- Promover la participación de estudiantes y maestros en proyectos sobre Seguridad del Paciente, el diagnóstico de la realidad de las instituciones de salud favorece implementar programas a funcionales que garanticen la calidad de atención en salud.

Para el Hospital:

- Fomentar una Cultura de Seguridad del Paciente centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la cultura de la culpa y el reproche.
- El Hospital debe diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para de esta manera controlar el número de eventos adversos que se puedan producir en esta casa de salud y evitar que vuelvan a ser cometidos.
- En relación a prevención de los eventos adversos, es evidente y prioritaria la necesidad de disponer de personal de enfermería con conocimientos, valores y habilidades en la aplicación de evidencia científica, comunicación para mejorar la calidad asistencial y disminuir los factores que puedan contribuir al desarrollo de eventos adversos.

CAPITULO V
PROPUESTA
CURSO VIRTUAL DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1 Introducción

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. Comprender las características y la magnitud del problema en hospitales y centros de atención primaria es el primer paso hacia la mejora de la seguridad del paciente.

Con este curso se pretende crear una Cultura de Seguridad en el personal de enfermería de cada uno de los hospitales que intervienen en esta investigación, así como también, concientizar para realizar prácticas seguras que contribuyan a una mejor calidad asistencial.

Este proyecto consta de cinco módulos. En el Módulo I de este proyecto se mostrará bases teóricas con respecto a seguridad del paciente y cultura de seguridad. Para el Módulo II se esbozan evento adverso, tipos de eventos adversos y la cultura de eventos adversos. En el Módulo III se muestra los Factores que influyen en la seguridad del paciente, Alcances de la cultura de seguridad del paciente, y el clima de seguridad.

El módulo IV trata del planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud, trabajo en equipo y comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente. Para finalizar, en el Módulo IV se desarrolla liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad, Calidad de atención por el personal de enfermería, y horas laborales que influyen en la seguridad del paciente.

5.2 Justificación

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

El proceso para la creación de actividades virtuales en un entorno educativo comprende diferentes momentos tales como: la idea, la planeación, el diseño, la construcción, aplicación y valoración de las mismas.

La educación virtual, tiene especificidades que debe considerarse al momento de proponer un modelo de enseñanza en ésta modalidad. En este curso virtual, el plan que propondremos, intentará ser un modelo que pueda ser utilizado en los diferentes hospitales que están dentro de la investigación en cultura de seguridad del paciente.

Presentaremos algunos módulos que hablan de seguridad del paciente y eventos adversos, los cuales contienen cuestionarios de cinco preguntas. Finalmente, les exhibiremos los resultados de la evaluación realizada, a partir de la cual será posible obtener un certificado con la nota alcanzada.

5.3 Objetivos

5.3.1 General

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

5.3.2 Específicos

- Promover el conocimiento sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente
- Fomentar la investigación con respecto a cultura de seguridad del paciente en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar.
- Implementar en el Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar el Curso Virtual de “Seguridad del Paciente” en los planes de educación continua, dirigidos al personal de enfermería para mejorar la calidad de atención.

5.4 Metodología

Se trata de un curso tutorizado, basado en la Cultura de Seguridad del Paciente, para el cual el usuario deberá instalar el programa 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.

Además al final de cada módulo se ha realizado un banco de preguntas de opción múltiple, completar, subrayar, verdadero y falso las cuales son evaluadas sobre 10 puntos, al término de esta evaluación el sistema emitirá un certificado con la calificación respectiva.

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

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. Por último 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.

5.5 Módulos del Estudio

MODULO I

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

Bases teóricas

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

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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

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

La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden. Conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más

sofisticadas estos riesgos, como es previsible, aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un efecto adverso (EA). Es decir, un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

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

Cultura de seguridad del paciente

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

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

¿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).

EVALUACIÓN MÓDULO I

Seleccione la respuesta correcta

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

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

2. **¿Qué es seguridad del paciente?**

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

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

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

4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?

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

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

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

MÓDULO II

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

Evento Adverso

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

Es un acto que genera daño, después de que éste ingrese a una institución de salud, los mismos que en un 60% de los casos son prevenibles y evitables, el término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunden muy fácilmente con el de complicación. Por

esto es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al resultado y que una complicación no siempre es un evento adverso por lo que debemos diferenciar uno del otro.

Los eventos adversos constituyen uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento afectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009)

Tipos de eventos adversos

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

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

Cultura del reporte de eventos adversos

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

A través del proceso administrativo se puede desarrollar proyectos sociales de salud y planes de mejoramiento sobre como reportar los eventos adversos e incidentes adversos. La razón más grande que tiene el personal al no reportar un

evento adverso es el llamado de atención, el reporte en su hoja de vida, la desconfianza con los mismos colegas de la institución, entre otras cosas.

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

EVALUACIÓN 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.

MÓDULO III

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

Factores que influyen en la seguridad del paciente

- Factores de paciente: Incluyen aquéllos aspectos que son específicos de cada paciente, o pacientes involucrados en el evento adverso. A menudo,

al igual que los factores individuales, se agrupan con factores sociales y culturales.

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

Alcances de la cultura de seguridad del paciente

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

Clima de seguridad para el paciente

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

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

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

Factores ambientales externos: humedad, energía eléctrica, agua, aire, desechos, radiaciones, infraestructuras, polvo, luz solar.

Factores ambientales internos: infraestructura, temperatura, ventilación, iluminación, aire, agua, humedad, ruido, silencio.

Otros factores

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

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

- ✓ 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.

EVALUACION 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-Subrraye cuál de estos factores ambientales internos NO ES CORRECTO

❖ Infraestructura.

❖ Temperatura.

❖ Empatía

❖ Ventilación.

❖ Iluminación

MODULO IV

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

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

Los principios orientadores de la política

- Enfoque de atención centrado en el usuario: Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de seguridad: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

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

Política institucional de seguridad del paciente

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

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

Lineamientos claros de cómo implementarla

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

Trabajo en equipo

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

Principios: complementariedad, coordinación, comunicación, confianza, compromiso

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

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

Comunicación efectiva para garantizar la seguridad del paciente

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

EVALUACIÓN 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.

MÓDULO V

- Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad.
- La enfermera líder de conocer sobre.

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

Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad

A diferencia del médico, cuya función principal es uno de diagnóstico y tratamiento, el papel de la enfermera puede ser pensado en términos de cuidado, curación y tratar al paciente de forma íntima como él o ella pasa por el proceso de mejorar su salud. Esto hace necesariamente que la enfermera responsable de lo físico, mental, emocional y bienestar a veces espiritual del paciente.

Para cumplir eficazmente su misión, sin embargo, la enfermera debe no sólo actuar como un administrador de atención, sino también como un líder en general bienestar. Esta es la filosofía de uno de los principales teóricos de enfermería, hermana Calista Roy. Según Roy, el papel de la enfermera es funcionar como un facilitador de la capacidad natural del propio paciente para adaptarse a lesiones y enfermedades. Este modelo dinámico de enfermeras en lo que es esencialmente una capacidad de liderazgo, trayendo sus conocimientos, conocimientos, técnicas y compasión para guiar al paciente hacia la buena salud.

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

La gestión del cuidado es intransferible ya que requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, jurídicos y científico-técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería, la

gestión sólo será delegable a otra enfermera/o" (Categorización de servicios de enfermería, 2009).

La enfermera líder de conocer sobre:

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

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

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

demostrar el interés por el otro, es también interpretar lo escuchado, evaluarlo y responder a la información transmitida.

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

Otra de las capacidades que consideramos primordial al ejercer el rol de líder en la gestión de los cuidados en enfermería es la capacidad de tomar decisiones. Es así que para tomar una decisión se requiere percibir diversas opciones, significa decidir o elegir entre varias alternativas, aunque éstas sean las más elementales o primarias; sí o no, actúo o no actúo, dejo las cosas como están o hago un cambio.

"La toma de decisiones es un proceso reflexivo e intelectual conformado por unas secuencias que pueden ser analizadas, perfeccionadas e integradas, con objeto de conseguir una mayor precisión y exactitud en la solución de los problemas y en el inicio de acciones", incluye identificar un problema, buscar soluciones y seleccionar la alternativa que mejor permita alcanzar el objetivo de quien toma la decisión (Potter P, Fundamentos de Enfermería, 2002).

Calidad de atención por el personal de enfermería

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

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

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

La calidad de la atención a la salud requiere cada día una mayor exigencia por parte de los profesionales de la salud. Una vez alcanzada una cobertura relativamente razonable, se transita hacia la preocupación por otorgar servicios con una calidad mínima indispensable. La calidad debe ser mejorada continuamente para garantizar que el paciente reciba los mayores beneficios posibles con los menores riesgos, logrando a la vez eficiencia.

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

Estructura: entre estos factores se encuentran:

- La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.
- La elevación de su nivel de autoridad formal en las Direcciones de las diferentes unidades de atención.
- Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.
- Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, es decir, cuando la razón enfermera-paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, pueden encontrarse consecuencias a nivel de la calidad de atención en los diferentes servicios de salud. Esto ha llevado a buscar la relación que existe entre la cantidad de enfermeras vs la cantidad de pacientes y cómo esta relación ha afectado directamente la calidad de los cuidados prestados.

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

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

Respecto a este tema (razón enfermera-paciente) son muchas las investigaciones realizadas que relacionan este índice con los indicadores hospitalarios de calidad (mortalidad, mayor estancia hospitalaria dada por

complicaciones como: infecciones nosocomiales, escaras, caídas y desplazamiento de tubos, sondas y catetes, entre otras).

EVALUACIÓN 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. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2008). Estudio APEAS. Madrid, España: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
2. Varela Espiñeira, S. (2013). Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario. Universidad Coruña, 38-40.
3. Seguridad clínica de los pacientes. (Octubre de 2007). Monografías urgencias, Volumen 1 (Número 3), 1.
4. Definición.DE. (2008). Recuperado el 22 de 09 de 2014, de Definición.DE: <http://definicion.de/conocimiento/>
5. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad Del Paciente en la República de Colombia. Bogotá.
6. Anonimo. (s.f.). NORMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCION RESPECTO DE: REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS . 2.
7. Aragon Jorge, C. J. (2012). El tiempo de trabajo y la jornada laboral en España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid: Comisiones Obreras.
8. Aranaz, J. (2006). Estudio nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
9. Aranaz, J. M. (2005). Estudio Nacional sobre eventos adversos ligados a la hospitalizacion. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
10. Arena Gutierrez, W. A., Garzón Salamanca, J., Gonzales Vega, L., & Mateus, E. (2010). Cultura de seguridad del Paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá. BOGOTÁ.
11. Arenas Gutierrez, W. A., & Garzon Salamanca, J. (2010). Cultura de Seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III en Bogotá. Bogotá.
12. Argentina, M. d.-R. (2007). Seguridad de los Pacientes. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de Argentina.
13. Bólis, M. (2002). Legislación y equidad en salud. rev. Panam Salud Pública, 444-448.

14. Camargo , T., & Queiroz, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*, 336-336.
15. Cañón, H. M. (2007). La práctica de enfermería basada en la evidencia.
16. Cometto , M. C., Gómez, P. F., Zárate Grajales, R., De Bortoli Cassiani, S. H., Falconí Morales, C., & Marcon Dal Sasso, G. T. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud.
17. Cometto, M. C., Gómez, P. F., Marcon Dal Sasso , G. T., Zárate Grajales, R. A., De Bartoli Cassiani, S. E., & Falconí Morales, C. (2011). *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*. (O. P. Salud, Ed.) Washington, D. C.
18. Cometto, M. C., Gómez, P. F., Marcon Dal Sasso , G. T., Zárate Grajales, R. A., De Bartoli Cassiani, S. E., & Falconí Morales, C. (2011). *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*. (O. P. Salud, Ed.) Washington, D. C.
19. Cometto, M. C., Gómez, P. F., Marcon Dal Sasso , G. T., Zárate Grajales, R. A., De Bartoli Cassiani, S. E., & Falconí Morales, C. (2011). *Enfermería Y Seguridad de los Pacientes*. (O. P. Salud, Ed.) Washington, D. C.
20. Copyright. (2008). paciente. <http://definicion.de/paciente/#ixzz2fHxwbIjf> .
21. Delgado Bernal, M., & Márquez Villarreal, H. (s.f.). La seguridad del paciente: eje total de la calidad de atención. *La calidad de atención de la salud en México*, 1.
22. Donabedian. (1980). *La Calidad de la atención médica*. Mexico: La prensa médica mexicana.
23. Ecuador, C. d. (2008). Art. 275.
24. Escobar Perez, B., Lobo López, M., & Sala Turrens Jose. (julio-diciembre 2009). Calidad Asistencial, Seguridad del paciente e ineficiencia. *Revista del Instituto Internacional de Costos*, 271.
25. Espinal García, M. T., Yopez Gil, L. M., & García Gómez, L. F. (2010). *Seguridad del paciente: aspectos básicos y conceptos generales*. Medellin.

26. Esther. (07 de 10 de 2009). TIEMPOS MODERNOS. Recuperado el 22 de 09 de 2014, de TIEMPOS MODERNOS: <http://www.tiemposmodernos.eu/ret-concepto-proceso-de-comunicacion/>
27. Giménez Júlvez, T. (2013). Análisis de la cultura de seguridad en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón.
28. Giménez Júlvez, T. (2013). Análisis de la cultura de seguridad en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. 55-73.
29. Gómez Ramírez, O. (2011). Cultura de Seguridad del Paciente por el Personal de enfermería. Scielo, 1.
30. Gracia, B. D. (17 de 01 de 2007). Liderazgo en Enfermería. Recuperado el 22 de 09 de 2014, de Liderazgo en Enfermería: <http://betsy3961.wordpress.com/2007/01/19/liderazgo-en-enfermeria/>
31. 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.
32. Hurtado, H. P. (s.f.). ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Unidad de Gestión de Riesgo Clínico .
33. León Román, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista cubana de Enfermería.
34. Manrique, B. T. (2009). FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Creative Commons BY-NC-SA 3.0.
35. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. (s.f.). PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE . COLOMBIA.
36. Ministerio de protección social. (2008). Objetivo de la política pública de seguridad del paciente. En d. Republica, Lineamientos para la política pública (págs. 13,14). Bogota-Colombia: Redes de prestación de servicios de Salud.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de junio de 2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad Del Paciente en la República de Colombia. Bogotá.

39. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (mayo de 2009). Incidentes y Eventos Adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo del enfermo crítico. 25.
40. OMS. (2009). Curso virtual de introducción a la Investigación en. España.
41. Organización Mundial de la Salud. (2005-2006). Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.
42. Organización Mundial de la Salud. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Francia.
43. Organización Mundial de la Salud. (2010). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente latinoamericano. Ginebra, Suiza: OMS.
44. Organización Mundial de la Salud. (2010). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud.
45. Organización Mundial De La Salud. (2014). 10 Datos Sobre Seguridad Del Paciente. Organización Mundial De La Salud.
46. Pineda, e. B. (2011). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente. Bucaramanga.
47. Plan nacional del buen vivir. (2009-2013). El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador.
48. Plan Nacional del Buen Vivir. (2009-2013). El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador.
49. Reyes Revuelta, J. F. (s.f.). Taxonomía en seguridad del paciente. En Postulados reflexiones y teorizaciones (pág. 14). Malaga.
50. Salud, A. d. (2008). Estudio APEAS. Madrid, España: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
51. Salud, O. M. (2013). 10 datos sobre seguridad del paciente. OMS.
52. Sánchez, M. C. (2011). Enfermería del Trabajo y sus competencias. Revista Digital de Enfermería del Trabajo, 14.
53. Santa Cruz, H. y. (Noviembre- Diciembre de 2010). Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 518.
54. Social, M. d. (2006). Cultura De Seguridad Del Paciente En Enfermería. En M. d. Social (Ed.). Bogota, Bogota, Colombia.

55. Tapia, M. B. (2011). Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña. UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, Quito.
56. Torres Manrique, B. (s.f.). Derecho de los Pacientes a la Seguridad.
57. Tribunal, C. (2006). Ley Organica de Salud. Quito.
58. Ugarte, C., & Vera, A. (2010). Calidad en Atención Primaria de Salud:. Valdivia-Chile.
59. Varela, Y. A. (2014). Seguridad del paciente y gestión del riesgo.
60. Varela, Y. A. (2014). Seguridad del paciente y gestión del riesgo. Madrid.

LINKOGRAFÍA:

1. (s.f.). Obtenido de www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fpid%3DS0717-95532011000300009%26script%3Dsci_arttext&ei=TZyTU7aOEKnJ8AG21oGYDg&usg=AFQjCNGObm3qulgK-zD8aT_VkXOya3Oe4g&bvm=bv.68445247,d
2. (s.f.). Obtenido de <http://www.slideshare.net/CarmenEstevez1/seguridad-del-paciente-15001606>
3. (s.f.). Obtenido de <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>
4. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_a_peas.pdf
5. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/derecho-de-los-pacientes-a-la-seguridad-en-las/materiales/temas-pdf/Tema%201%20Fundamentos.pdf>
6. <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/cultura.html>
7. http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
8. <http://www.msal.gov.ar/pngcam/seguridad.htm>
9. <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

PACIENTE: El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. (Copyright, 2008)

SEGURIDAD: Ausencia de peligro

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.

CULTURA DE SEGURIDAD: Corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado.

ACCIÓN DE MEJORÍA: la acción tomada en circunstancias alteradas para la mejoría o para la compensación de cualquier daño después de un incidente.

DAÑO: los daños a la estructura o función del cuerpo o cualquier otro efecto subyacente, el daño incluye la enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

DAÑO ASOCIADO CON EL CUIDADO DE LA SALUD: los daños que surjan en relación con los planes o acciones tomadas durante la atención de salud, sin relación con enfermedades o lesiones de base.

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.

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.

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. Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos.

EVENTO: algo que sucede o que involucra a un paciente.

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.

El término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácilmente con el de complicación. Es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, fallecimiento, prolongación de la asistencia hospitalaria o incremento de recursos asistenciales. Pueden clasificarse en evitables e inevitables, siendo los evitables los que más interesan al poder prevenirse. El calificativo de EA evitable o prevenible, indica el hecho de que no hubiera ocurrido de haberse producido alguna actuación. El de EA inevitable o no prevenible se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dados.

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.

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.

FALLA DEL SISTEMA: falla, mal funcionamiento o deficiencia orgánica en los métodos o procesos operacionales o en la infraestructura de la organización.

INCIDENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: evento o circunstancia que ocasiona o puede ocasionar daños innecesarios al paciente.

PELIGRO: circunstancia, agente o acción que pudiera causar daño.

REACCIÓN ADVERSA: los daños ocasionados por una acción inesperada justificada, en la que se siguió el procedimiento correcto para el contexto en que ocurrió el evento.

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".

LA RESILIENCIA: se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño.

CALIDAD: Es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

LA MEDIA: o promedio es una medida de tendencia central que según la Real Academia Española (2001), resulta al efectuar una serie determinada de operaciones con un conjunto de números y que, en determinadas condiciones, puede representar por sí solo a todo el conjunto

DESVIACIÓN TÍPICA: o desviación estándar (denotada con el símbolo σ o s , dependiendo de la procedencia del conjunto de datos) es una medida de dispersión para variables de razón (variables cuantitativas o cantidades racionales) y de intervalo. Se define como la raíz cuadrada de la varianza de la variable.

La desviación estándar (DS/DE), también llamada desviación típica, es una medida de dispersión usada en estadística que nos dice cuánto tienden a alejarse los valores concretos del promedio en una distribución. De hecho, específicamente, el cuadrado de la desviación estándar es "el promedio del

cuadrado de la distancia de cada punto respecto del promedio". Se suele representar por una S o con la letra sigma, σ .

La desviación estándar de un conjunto de datos es una medida de cuánto se desvían los datos de su media. Esta medida es más estable que el recorrido y toma en consideración el valor de cada dato.

MÁXIMO Y MÍNIMO: En estadística, el máximo de la muestra y muestra mínima, también llamada la observación más grande, y la observación más pequeña, son los valores de los elementos de mayor y menor de una muestra. Son resúmenes estadísticos básicos, utilizados en la estadística descriptiva. El mínimo y el máximo son las primeras y últimas estadísticas de orden.

Anexo 2 Encuesta



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

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

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

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

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

Sección A: Su Área/ Unidad de Trabajo

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

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

1	Urgencias	
2	Clínicas Médicas	
3	Clínicas Quirúrgicas	
4	Investigación & Epidemiología	
5	Administrativa – Financiera	
6	Apoyo Gerencial	

7	Apoyo diagnóstico	
8	Apoyo terapéutica	
9	Apoyo al usuario	

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

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

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

Piense en su unidad /área de trabajo	Muy en desacuerdo.	En desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	De Acuerdo	Muy de Acuerdo.
	1	2	3	4	5
7. Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente.					
8. El personal siente que sus errores no son motivos para ser usados en su contra					
9. El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos.					
10. Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios.					
11. Cuando su área/unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.					
12. Cuando se informa de un evento adverso, se denuncia el problema más no a las personas.					
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.					
14. Se evita trabajar en "situación de urgencia" intentando hacer mucho muy rápidamente					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					

16. No es primordial para los empleados que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida.					
17. Hay buena seguridad de los pacientes en esta unidad.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					

Sección B: Su líder de enfermería.

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

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

2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
--	--	--	--	--	--

3. Mi jefe sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención.					
4. Mi jefe toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.					

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

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

5. Se garantiza la entrega completa de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.					
--	--	--	--	--	--

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

11. Los cambios de turnos en esta institución no representan problemas para los pacientes.					
--	--	--	--	--	--

Sección D: Comunicación

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

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

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

Sección E: Frecuencia de Eventos adversos/ errores reportados.

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

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

Sección F: Grado de Seguridad de paciente

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

1	Excelente	
2	Muy Bueno	
3	Aceptable	
4	Pobre	
5	Malo	

Sección G Número de Eventos adversos/ errores reportados

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

1	Ningún reporte	
2	De 1 a 2 reportes	
3	De 3 a 5 reportes	

4	De 6 a 10 reportes	
5	De 11 a 20 reportes	
6	21 reportes o más	

Sección H: Antecedentes

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

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

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

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

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

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

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

1	Enfermera profesional	
2	Enfermera auxiliary	

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

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

1	Personal de planta	
2	Personal cooperado	
3	Contrato ocasional	

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

Marque UNA SOLA OPCIÓN.

1	Si	
2	No	

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

1	Menos de 1 año	
2	De 1 a 5 años	

3	De 6 a 10 años	
4	De 11 a 15 años	
5	De 16 a 20 años	
6	De 21 años y más	

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



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



Este cuestionario tiene como propósito recoger la opinión del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en esta unidad de salud, misma que servirá de base para la obtención de nuestro título de Licenciatura en Enfermería.

CARGO/PROFESION:

CUESTIONARIO

1.- Señale la respuesta correcta:

¿Conoce el concepto de Seguridad del Paciente?

- c. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- d. 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.

2.- De las siguientes actividades ¿Cuáles son las que su institución realiza por la Seguridad del Paciente

- Educación al paciente
- Comunicación entre el personal con claridad y precisión
- Atención con calidad y calidez
- Promoción de la salud
- Mejoramiento de la infraestructura del hospital

3.- Señale lo correcto:

¿Qué es un evento adverso?

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

4.- De la siguiente lista, señale los Eventos Adversos (EA) más frecuentes en la institución:

- Escaras
- Catéteres mal insertados
- Flebitis
- Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a la medicación
- Infección de heridas

Frecuentes:

5.- ¿Qué factores influyen en la Seguridad del Paciente?

- a.- Nivel de Comunicación e Información.
- b.- Capacidad de enfrentar imprevistos
- c.- Ambiente laboral
- d.- Nivel de gestión del conocimiento
- e.- El cansancio y la pérdida de concentración
- f.- Todas las anteriores
- g.- Ninguna de las anteriores

6.- ¿Cuáles de los siguientes, cree Ud. Es el aspecto más importante de la Cultura de Seguridad del Paciente?

a.- Trabajo en Equipo

b.- Facilidad para hablar abiertamente sobre las preocupaciones de seguridad.

c. Actitud de los líderes acerca de Seguridad del Paciente

7.- Señale la respuesta correcta:

Concepto de Cultura de Seguridad del Paciente

b. 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.

8.- ¿Cree Ud. que la capacitación continua de los profesionales de Enfermería de esta unidad de salud es básica para tratar de disminuir los eventos adversos?

a.- SI

b.- NO

Anexo 3
REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN EL HOSPITAL “CARLOS
DEL POZO MELGAR”





**SOCIALIZACIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
AL PERSONAL PROFESIONAL Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL “CARLOS DEL POZO MELGAR”**

