

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



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

**TEMA:**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA**  
**DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL**  
**DE BAEZA– PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.**

**Autor:**

FarinangoFarinango Mayra Tatiana  
Yacelga Herrera Katty Renata

**Directora de Tesis:**

Lcda. Mercedes Cruz. MSc.

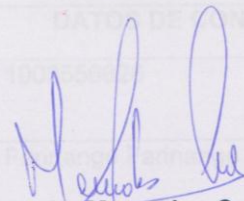
**IBARRA-ECUADOR**

**2014**

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Magister Mercedes Cruz, en calidad de directora de Tesis, Certifico, que el presente trabajo de tesis titulado "PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL DE BAEZA-PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.", previo a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería, fue realizado bajo mi tutoría y siguiendo los lineamientos establecidos por la Facultad Ciencias de la Salud, por Farinango Farinango Mayra Tatiana y Yacelga Herrera Katty Renata, autoras del mismo, reúne los requisitos necesarios y méritos suficientes para poder ser presentado y evaluado por parte del jurado que se designe.

Ibarra, 15 de Julio del 2014.

  
Lcda. Mercedes Cruz MSc.

**DIRECTORA DE TESIS**

**C.1100150053-5**



**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:	DE	040169720 6	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Yacelga Herrera Katty Renata	
DIRECCIÓN:		Calle Los Girasoles y Orquídeas	
EMAIL:		Ktty_renata1109@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0997456799

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1003556626	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Farinango Farinango Mayra Tatiana	
DIRECCIÓN:		San Antonio-Tanguarín	
EMAIL:		farinangomayra@yahoo.es	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0968576635

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

	ESTATAL DE BAEZA- PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.
AUTOR (ES):	Farinango Farinango Mayra Tatiana
FECHA: AAAAMMDD	2014-10-20
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciados en Enfermería.
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Mercedes Cruz

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


Yo, Farinango Farinango Mayra Tatiana, con cédula de identidad Nro. 100355662-6, y yo Yacelga Herrera Katty Renata con cédula de identidad Nro. 040169720-6, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

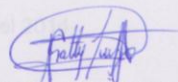
Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular del derecho patrimonial, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Universidad Técnica del Norte, a los 14 días del mes de Octubre del 2014

### Los autores:

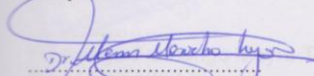


Farinango Farinango Mayra Tatiana



Yacelga Herrera Katty Renata

### Aceptación:



Ing. Betty Chávez  
JEFE DE BIBLIOTECA

DEDICATORIA



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

Yo, Farinango Farinango Mayra Tatiana, con cédula de identidad Nro. 100355662-6 y yo Yacelga Herrera Katty Renata, con cédula de identidad Nro. 040169720-6, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: "PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL DE BAEZA- PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciados de enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

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

**Los autores:**

.....  
Farinango Farinango Mayra Tatiana  
C.I.: 100355662-6

.....  
Yacelga Herrera Katty Renata  
C.I.: 040169720-6

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por darme el don de la vida, por permitir haber llegado hasta este punto tan importante de mi carrera, por haberme dado a mi familia. A mis padres que siempre me han dado su apoyo, que a pesar de los problemas y las circunstancias me han sabido guiar por el camino del bien. A mi familia por estar junto a mi en los buenos y malos momentos, gracias a todos ellos he logrado cumplir un objetivo más en la vida.

**Katty Yacelga**

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres por ser las personas que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

**Mayra Farinango**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco ante todo a Dios que siempre me ha dado la fuerza para seguir adelante con este sueño y meta que me he propuesto, dándome fuerzas cuando más las necesitaba, y por bendecirme en cada paso que daba, y por poner en mi camino a mi familia y a las personas que siempre me han apoyado a lo largo de mi carrera.

Agradezco a mis padres (Eduardo Yacelga e Irma Herrera) y a mi familia en general, que siempre me han dado su apoyo incondicionalmente y me han sabido guiar con el buen camino, gracias por todo su amor y cariño.

A mi tutora por toda la colaboración brindada en todo el trayecto de elaboración de este trabajo de tesis, por su paciencia y comprensión.

**Katty Yacelga**

Agradezco a toda mi familia que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada uno aportó con un granito de arena; y es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedico todo el esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregué a esta tesis.

A ti Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora .Por mi vida que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

**Mayra Farinango**

# ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO.....	VII
SUMMARY .....	XV
CAPÍTULO I.....	20
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	20
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	5
1.4 OBJETIVO GENERAL .....	7
1.4.1 <i>Objetivos Específicos</i> .....	7
1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	8
CAPÍTULO II.....	9
2.- MARCO TEÓRICO .....	9
2.1 ANTECEDENTES .....	9
2.1.1 <i>Cultura de seguridad del Paciente en enfermería</i> .....	11
2.1.3 <i>Trabajo en equipo</i> .....	16
2.1.4 <i>Ventajas del Equipo de Trabajo</i> .....	17
2.1.5 <i>Conocimiento y Seguridad del paciente como una responsabilidad en el acto del cuidado.</i> .....	19
2.1.6 <i>Notificación de errores y eventos adversos</i> .....	21
2.1.7 <i>Caracterización del Hospital de Baeza:</i> .....	23
2.1.8 <i>Historia del Hospital de Baeza:</i> .....	24
2.1.9 <i>Visión</i> .....	26
2.1.10 <i>Misión</i> .....	26
2.3 <i>Derechos Del Paciente</i> .....	29
2.4 MARCO ÉTICO:.....	32
2.6 <i>Principios Éticos Generales</i> .....	33
CAPITULO III.....	34
3. METODOLOGÍA .....	34
3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO .....	34
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	34



3.2.1 Población de Estudio.....	34
3.2.2 Unidades de Observación: .....	35
<b>3.3 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3.1 Criterios de Inclusión.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3.2 Criterios de exclusión.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4.1 Revisión documental.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4.2 Instrumentos .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4.3 Encuesta.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5 PROCEDIMIENTO. ....</b>	<b>36</b>
<b>3.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....</b>	<b>37</b>
<b>3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....</b>	<b>37</b>
<b>3.8 VARIABLES .....</b>	<b>38</b>
<b>3.8.1 Variables Independiente .....</b>	<b>38</b>
<b>3.8.2 Variables Dependientes .....</b>	<b>38</b>
2.6.1 Matriz de Relación de Variables .....	39
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>42</b>
<b>4. PRESENTACION DE RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 SECCIÓN A: SU ÁREA/UNIDAD DE TRABAJO.....</b>	<b>43</b>
4.1.1 Trabajo en Equipo .....	43
4.1.2 Disponibilidad del Personal .....	44
4.1.3 Disposición del Personal frente a la Carga de Laboral.....	45
4.1.4 Trato entre el personal.....	46
4.1.5 Acciones sobre Seguridad del Paciente.....	47
4.1.6 Asignación temporal de Personal. ....	48
4.1.7 Percepción sobre la implicación del error profesional. ....	49
4.1.8 Toma de decisiones para fomentar el cambio. ....	50
4.1.9 Percepción sobre la causalidad del error. ....	51
4.1.10 Trabajo Colaborativo en la Unidad. ....	52
4.1.11 Capacidad y respuesta en situaciones de urgencia.....	53
4.1.12 Carga laboral y Seguridad del Paciente .....	54
4.1.13 Percepción sobre las disposiciones administrativas.....	55
4.1.14 Seguridad del paciente.....	56
4.1.15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores. ....	57

<b>4.2 SECCIÓN B: SU LÍDER DE ENFERMERÍA.</b>	<b>58</b>
4.2.1 Estímulos al personal.	58
4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias.	59
4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión.	60
4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas.	61
<b>4.3 SECCIÓN C: SU INSTITUCIÓN</b>	<b>62</b>
4.3.1 Ambiente laboral para seguridad del paciente.	62
4.3.2 Medidas para la Seguridad del paciente.	63
4.3.3 Cooperación interinstitucional	64
4.3.4 Ambiente laboral institucional	65
4.3.5 Coordinación institucional.	66
4.3.6 Comunicación de la Información.	67
<b>4.4 SECCIÓN D: COMUNICACIÓN.</b>	<b>68</b>
4.4.1 Retroalimentación para el cambio.	68
4.4.2 Aceptación de opinión del Personal	69
4.4.3 Análisis de toma de decisiones.	70
<b>4.5 SECCIÓN E: FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS</b>	<b>71</b>
4.5.1 Reporte de errores.	71
<b>4.6 SECCIÓN F: GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.</b>	<b>72</b>
4.6.1 Valoración de seguridad del paciente	72
<b>4.7 SECCIÓN G: ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA</b>	<b>73</b>
4.7.1 Accesibilidad geográfica	73
<b>4.8 SECCIÓN H: NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS/ERRORES REPORTADOS</b>	<b>74</b>
4.8.1 Numero de errores reportados.	74
<b>4.9 SECCIÓN I: ANTECEDENTES.</b>	<b>75</b>
4.9.1 Tiempo Laboral	75
4.9.2 Carga Horaria Laboral.	76
4.9.3 Contratación Laboral	77
4.9.4 Relación del Cuidado	78
4.9.5 Experiencia Profesional	79
<b>4.10 CONCLUSIONES</b>	<b>80</b>
<b>4.11 RECOMENDACIONES.</b>	<b>82</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>84</b>

5 PROPUESTA.....	84
5.1 INTRODUCCIÓN.....	84
5.2 JUSTIFICACIÓN.....	86
5.3 OBJETIVOS DEL CURSO.....	88
5.3.1 <i>Objetivo General</i> .....	88
5.6 MÓDULOS DE ESTUDIO.....	90
5.6.1 <i>Módulo I</i> .....	90
5.6.1.1 <b>Breve historia</b> .....	90
5.6.1.2 <b>Seguridad del paciente</b> .....	90
5.6.1.3 <b>Cultura de seguridad del paciente</b> .....	91
5.6.1.4 <i>¿Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad?</i> .....	91
5.6.1.5 <b>Cuestionario. Modulo I</b> .....	92
5.7 MÓDULO II.....	94
5.7.1 <b>Que es un evento adverso</b> .....	94
5.7.2 <b>Tipos de eventos adversos</b> .....	95
5.7.3 <b>Cultura del reporte de eventos adversos</b> .....	95
5.7.4 <i>Preguntas Módulo II</i> .....	97
5.6 MÓDULO III.....	99
5.6.1 <b>Factores que influyen en la seguridad del paciente</b> .....	99
5.6.2 <b>Alcances de la cultura de seguridad del paciente</b> .....	101
5.6.3 <b>Clima de seguridad para el paciente</b> .....	101
5.6.4 <b>Cuestionario Modulo III</b> .....	104
5.7 MÓDULO IV.....	106
5.7.1 <b>Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad</b> .....	106
5.7.2 <b>La enfermera líder de conocer sobre:</b> .....	107
5.7.3 <b>Calidad de atención por el personal de enfermería</b> .....	110
5.7.4 <b>Horas laborables por el personal de enfermería que influyen en la seguridad del paciente</b> .....	114
5.8MODULO IV.....	118
5.8.1 <i>Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud</i> .....	118
5.8.2 <b>Política institucional de seguridad del paciente</b> .....	120
5.8.4 <b>Principios</b> .....	121
BIBLIOGRAFÍA.....	124

**TALENTO HUMANO.....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**  
**RECURSOS MATERIALES .....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**  
**RECURSOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS .....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**  
**PRESUPUESTO: .....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: TRABAJO EN EQUIPO.....	43
GRAFICO 2: DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL .....	44
GRAFICO 3: DISPOSICIÓN DEL PERSONAL FRENTE A LA CARGA DE LABORAL.....	45
GRAFICO 4: TRATO ENTRE EL PERSONAL .....	46
GRAFICO 5: ACCIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	47
GRAFICO 6: ASIGNACIÓN TEMPORAL DE PERSONAL. ....	48
GRAFICO 7: PERCEPCIÓN SOBRE LA IMPLICACIÓN DEL ERROR PROFESIONAL. ....	49
GRAFICO 8: TOMA DE DECISIONES PARA FOMENTAR EL CAMBIO. ....	50
GRAFICO 9: PERCEPCIÓN SOBRE LA CAUSALIDAD DEL ERROR. ....	51
GRAFICO 10: TRABAJO COLABORATIVO EN LA UNIDAD. ....	52
GRAFICO 15: PROCEDIMIENTOS Y SISTEMAS PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES. ....	57
GRAFICO 16: ESTÍMULOS AL PERSONAL. ....	58
GRAFICO 17: DISPOSICIÓN PARA ACEPTAR SUGERENCIAS. ....	59
GRAFICO 18: TOLERANCIA AL TRABAJO BAJO PRESIÓN.....	60
GRAFICO 19: TOMA DE DECISIONES FRENTE A PROBLEMAS.....	61
GRAFICO 20: AMBIENTE LABORAL PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE. ....	62
GRAFICO 21: MEDIDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	63
GRAFICO 22: COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL.....	64
GRAFICO 23: AMBIENTE LABORAL INSTITUCIONAL .....	65
GRAFICO 24: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL. ....	66
GRAFICO 25: COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN. ....	67
GRAFICO 26: RETROALIMENTACIÓN PARA EL CAMBIO. ....	68
GRAFICO 27: ACEPTACIÓN DE OPINIÓN DEL PERSONAL .....	69
GRAFICO 28: ANÁLISIS DE TOMA DE DECISIONES.....	70
GRAFICO 29: REPORTE DE ERRORES. ....	71
GRAFICO 30: VALORACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	72
GRAFICO 31: ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA .....	73
GRAFICO 32: NUMERO DE ERRORES REPORTADOS .....	74
GRAFICO 33: TIEMPO LABORAL.....	75
GRAFICO 34: CARGA HORARIA LABORAL.....	76
GRAFICO 35: CONTRATACIÓN LABORAL.....	77
GRAFICO 36: RELACIÓN DEL CUIDADO .....	78
GRAFICO 37: EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	79

# PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL DE BAEZA– PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.

**Autor: Farinango Farinango Mayra Tatiana,  
Yacelga Herrera Katty Renata  
Directora de tesis: Ms. Mercedes Cruz**

## RESUMEN

La seguridad del paciente supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud. En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado, hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como “una profesión con raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado” Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados.”

Este es un estudio observacional descriptivo-exploratorio de corte transversal que engloba la recopilación de datos descriptivos y desarrolla un proceso social que analiza las creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente, teniendo como objetivo evaluar la percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente en el Hospital Estatal de Baeza, con la aplicación de la encuesta “Hospital Survey on Patient Culture”, versión en español “Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente-QUIC”, para el análisis e interpretación de datos se utilizó el programa SSPS.

El análisis de la información nos permitió establecer la percepción que tiene los profesionales de salud en el Hospital Estatal de Baeza permitiéndonos evaluar su conocimiento acerca de este tema identificando estrategias para minimizar eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

**Palabras claves:** Seguridad del paciente, Calidad, Cultura de Seguridad del Paciente.

# PERCEPTION OF NURSING STAFF ON CULTURE OF PATIENT SAFETY IN BAEZA STATE HOSPITAL NAPO PROVINCE 2013-2014

*Author: Farinango Farinango Mayra Tatiana,  
Yacelga Herrera Katty Renata.*

**Thesis Director: Msg. Mercedes Cruz**

## SUMMARY

Patient safety suppose a set of standards, procedures, tools and methods based on scientific evidence designed to minimize the risk of damage on aggregate and adverse events in health care. In nursing practice this concept is implicit in the act of caring, it refers to the basics of the profession understood as "a profession with humanist roots, genuinely concerned about the people who rely on their care". Nursing has always shown ability and commitment to patient safety since Florence Nightingale, the precursor of this science, said that "the laws of the disease maybe modified by comparing treatments with results..."

This is a descriptive-exploratory cross-sectional observational study that includes the collection of descriptive data and develops a social process which analyzes the beliefs and attitudes that the nursing staff has about the culture of patient safety aiming to evaluate the perception of nurses on patient safety culture in Baeza State Hospital, with the implementation of the survey "Hospital Survey on Patient Culture", Spanish version "Encuesta Hospitalaria sobre Seguridad del Paciente- QUIC" for the analysis and interpretation of data SSPS software was used.

The data analysis allowed us to establish the perception of health professionals in Baeza Statal Hospital allowing us to test their know ledge on this topic by identify in strategies to minimize adverse events and streng then implementation of the safety culture in the institution.

Keywords: Patient, Quality, Patient Safety Culture Safety.

**TEMA:**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA  
DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL ESTATAL DE  
BAEZA- PROVINCIA DEL NAPO 2013-2014.**



## INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002, en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. (Salud. O. P., 2002)

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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables. (Confiable., 2009)

Por lo tanto, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, respondiendo a esta problemática, ha propuesto lineamientos que se exponen a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (Salud. O. M., Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. , 2009)

Singer et al. y Hellings et al .mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos.(Hellings J, 2007)

En otro referente teórico "Estado del arte del seguimiento a eventos adversos" se evidencian que los eventos adversos no son reportados y se menciona que "el 33% de los encuestados relatan que cuando existe una equivocación y ésta no afecta al paciente éste no es reportado".(D., 2006)

En otro estudio se reporta que los profesionales de la salud, siendo las personas más importantes en el proceso, no reportan oportunamente, por miedo a las acciones punitivas en su contra.(Nieva VF, 2003)

Con esta investigación pretendemos describir la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en el Hospital Estatal de Baeza ubicado en la provincia del Napo.

## **CAPÍTULO I**

### **1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Problema de investigación**

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud.

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.

Cuando en 1999 se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) "To err is human", el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y

responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países.

Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria.

Los estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, señalan que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital, y que el 23.9% provocan daño grave al paciente, incluyendo la defunción (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Este asunto se documentó a partir del año 2000 con la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año ocurren entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica. Es por esto que la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura.



## **1.2 Formulación del problema**

***¿Cuál es la percepción del personal de Enfermería, sobre cultura de la seguridad del paciente en el Hospital de Baeza de la Provincia de Napo?***

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002 (Salud A. M., 2002) en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente.

En el desarrollo de la carrera de enfermería se ha observado que los pacientes no logran tolerar ciertos factores o incomodidades y manifiestan que la atención que se brinda es deficiente. Sumado a esto, la alta demanda de personas en los servicios de la unidad, hace que la tensión sea mayor tanto para el personal de salud que atiende en la unidad como para los usuarios que hacen uso de estos servicios.

Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se cometen errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se

generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.

El propósito de este estudio es promover una cultura de seguridad del paciente que permita mejorar la calidad en la atención de salud del Hospital Estatal de Baeza



### **1.3 Justificación**

La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.

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.

Con esta investigación lo que pretendemos es contribuir a mejorar e incrementar el conocimiento del tema en nuestro entorno de trabajo, establecer una línea de base de la cultura de seguridad en un hospital público que nos permitirá evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

Es así como se evidencia la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso de crítica acerca de la “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio de tipo sumativo documental y evidenciar necesidades y vacíos de investigación en este tema que sin duda está relacionado con el ejercicio profesional ético y competente.

Con ello permitiendo que dicho personal de salud se comprometa a brindar el mayor beneficio al paciente implementando las barreras de seguridad necesarias para enfrentar la ocurrencia de eventos que pongan en peligro la integridad del usuario y su familia.

Esta investigación beneficia directamente al paciente, al personal de enfermería permitiendo mejorar la calidad de atención de salud evitando la ocurrencia de eventos adversos y prolongación de la estancia del usuario en el servicio; así como beneficia indirectamente al núcleo familiar quienes están confiando en el personal capacitado que está en contacto con el paciente.

## **1.4 Objetivo General**

Determinar la precepción del personal de enfermería, sobre cultura y seguridad del paciente en el Hospital Estatal de Baeza-provincia de Napo.

### **1.4.1 Objetivos 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 características predominantes que posee la organización, gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente en el Hospital Estatal de Baeza.
- Identificar actitudes y comportamientos favorables del personal 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 y aplicación del curso virtual auto-administrado sobre Cultura de Seguridad del Paciente al personal de enfermería en el Hospital Estatal de Baeza.

## 1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cómo el tiempo de trabajo, la jornada laboral y el área de desempeño del personal de Enfermería, influye sobre la percepción en seguridad del paciente?
- ¿Qué características predominantes posee la organización, y gestión y comunicación interna de la unidad de salud para garantizar la seguridad del paciente?
- ¿Cuáles serán las actitudes y comportamientos favorables del personal 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?

## **CAPÍTULO II**

### **2.- MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

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

Según la OMS 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, seguridad del entorno y la gestión del riesgo. (Salud. O. M., Calidad de la atención: seguridad del paciente, 2009)

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

Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta y basada en la confianza mutua, gestión del

riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado”.(RC., 2006)

Por lo tanto este estudio revela a que los profesionales de la salud deben estar orientados a mejorar la seguridad del paciente, preparados de forma científica y técnicamente, con sensibilidad humana para poder enfrentar grandes desafíos para tratar a los usuarios con éxito y de forma segura, involucrándolo en forma directa como elemento esencial en el desarrollo de la cultura de calidad en los servicios de salud.

La 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 minimizar sus consecuencias.

### **2.1.1 Cultura de seguridad del Paciente en enfermería**

Personal de enfermería: Según el concepto de la Asociación Española de enfermería, son los funcionarios que laboran en o para una organización que proporciona cuidados de enfermería en instituciones u organismos basados en conocimientos científicos. Para este estudio este término incluye a los profesionales y auxiliares o técnicos de enfermería que laboran en las instituciones de salud. (Cardiología., 2010)

Según la Ley 266 de 1996 (12) la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. (Balsanelli A, 2006)

Cultura de seguridad suele definirse como "el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad"(Installations., 2008)

«Errar es Humano, ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene justificación»

La “cultura de seguridad del paciente”, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas.

La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad.(Halligan M, 2011)

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad.(Acevedo G, 2008)

Según la OMS 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, seguridad del entorno y la gestión del riesgo.(Barrera



Becerra, del Rio Urenda, Dotor Gracia, Santana Lopez, & Suarez Aleman, 2011-2014)

### **2.1.2 Estrés y Sobrecarga Laboral**

El **Estrés** se define como "la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas". El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. (SE., 2015)

El personal de enfermería es un grupo que ha sido identificado como de alto riesgo de desarrollar estados de estrés relacionado con las condiciones laborales y con las características del trabajo que desempeñan ya que se requieren constantes demandas físicas y emocionales al enfrentar pacientes críticos, el dolor, la angustia e incertidumbre de sus familiares y frecuentemente la muerte; además, debido a la doble carga que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. (Camargo & Queiroz, 2014).

Maslach y Jackson (1981), quienes realizaron los primeros estudios de caracterización del estado de estrés, integrado por actitudes y

sentimientos negativos hacia las personas con que se trabaja (despersonalización o deshumanización), hacia el propio rol profesional (logros personales) y una intensa vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (agotamiento emocional).

- Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.
- Despersonalización o deshumanización, consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado.
- Logros personales son tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencias profesional y baja autoestima personal.

La **Sobrecarga Laboral** de enfermería se conceptualiza como el “limitante del alcance y la calidad de trabajo, dilatando la realización del proceso terapéutico, causando problemas en la identificación de los pacientes, monitorización en los cambios del estado de salud, detección oportuna de complicaciones y registros de estas”; las cuales van a contribuir a la aparición de eventos adversos.

Uno de los modelos más utilizados en salud pública en el análisis de los efectos de la organización del trabajo sobre la salud es el modelo de

Robert Karasek (Karasek, R. 1979) sobre Tensión Laboral, tomando para el estudio de Sobrecarga Laboral los siguientes aspectos:

- Exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo.
- Excesiva demandas con relación a las competencias y habilidades del trabajador.
- Creencia sobre la cantidad total de trabajo.

Este modelo predice que la situación más negativa para la salud de los trabajadores es la de alta tensión, con demandas psicológicas que exceden su control sobre el trabajo. Los trabajos más saludables serían los de baja tensión, con bajas demandas y alto control. (colaboradores., 2007)

El personal de enfermería tiene un alto riesgo de experimentar una excesiva *sobrecarga laboral*, según Stordeur, D'Hoore y Vandenberghe (2001) ordenaron los estresores que tenían una incidencia significativa sobre el personal de enfermería en función de su severidad.

Greenglass, Burke y Fiksenbaum (2001) señalaron que la reestructuración y la reducción de personal tienen un impacto considerable sobre el personal de enfermería, de modo que, con menos personal cualificado para el cuidado de los pacientes, *la sobrecarga*

*laboral* se ve dramáticamente incrementada. Según el resultado de sus estudios, demostraron que la sobrecarga percibida por el personal de enfermería ocasionaba un incremento significativo de los niveles del agotamiento emocional. (. 36 Richardsen, 2006)

### **2.1.3 Trabajo en equipo**

Briceño, Lucia; 2007, señala que toda organización es fundamentalmente un equipo constituido por sus miembros. Desde el nacimiento de ésta, el acuerdo básico que establecen sus integrantes es el de trabajar en conjunto; o sea, el de formar un Equipo de Trabajo

Según Luis Riquelme Fritz, “el Trabajo en Equipo es un conjunto de personas que cooperan para lograr un solo resultado general”. Así mismo, no significa solamente trabajar juntos, sino también mediante técnicas y estrategias que utiliza un grupo determinado de personas lograr conseguir los objetivos trazados.(Ministerio de protección social, 2008)

El diccionario Webster (Merrill E. Douglas, Donna N. Douglas, 1997) define e un equipo como “un grupo que trabaja en común”, más profundamente es “un conjunto de personas que deben confiar en la colaboración colectiva para que cada miembro experimente el mayor éxito y logre más ampliamente sus objetivos”.

En un hospital de alta complejidad con una realidad cambiante y un gran volumen de actividad, el trabajo en equipo favorece la organización, la innovación, la satisfacción, la calidad y la excelencia en la atención del usuario.

El cuidado del paciente se hace cada vez más complejo y requiere la colaboración eficaz entre los profesionales.

La colaboración y comunicación significa trabajar juntos. se toma en el sentido de compartir información, coordinar el trabajo, y tomar decisiones en conjunto acerca de aspectos de la atención del paciente.

#### **2.1.4 Ventajas del Equipo de Trabajo**

Las ventajas del Trabajo en Equipo, se resume en las siguientes razones:

- Los equipos aumentan la productividad. Las actividades que se realizan en equipo son menos costosas que las que se desarrollan de manera individual o por la simple distribución de tareas muy específicas.
- Los equipos mejoran la comunicación. Cuando se realizan tareas en un equipo determinado, hay mayor interacción entre los participantes y se comparte información. Estas son mejores

herramientas para la distribución de tareas que se van complementando.

- Los equipos realizan trabajos que los grupos corrientes no pueden hacer. Cuando las personas se reúnen por afinidad de tareas, es decir, en grupo, no alcanzan a lograr los resultados que se pueden obtener cuando estas metas son trabajadas por personas con diferentes conocimientos y habilidades, que se integran y complementan.
- Los equipos aprovechan mejor los recursos. Esto se da porque los recursos, siempre tan escasos, se comparten y se usan de una forma más inteligente.
- Los equipos son más creativos y eficientes para resolver los problemas. Cada persona tiene una dimensión del problema a resolver diferente a los demás y también tiene una forma única de resolverlos, al interactuar, pueden combinar soluciones y lograr mejores resultados.(Briceño, Trabajo en Equipo colaborativo, 2011)

### **2.1.5 Conocimiento y Seguridad del paciente como una responsabilidad en el acto del cuidado.**

El desarrollo vertiginoso del sistema de Salud Pública demanda de recursos humanos cada vez mejores, preparados científico y técnicamente, con sensibilidad humana y altruismo para que puedan enfrentar los grandes desafíos del desarrollo actual. Para poder tratar cada día, a las personas con éxito, y de forma segura.

Por tanto la labor del enfermero o enfermera debe estar orientada a mejorar la seguridad del paciente teniendo por objetivo, encontrar soluciones que permitan mejorar la calidad y seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los mismos.

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

Se entiende por seguridad del paciente el "Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo

largo de enfermedades y procedimientos."(Ortega C, Estrategias para su aplicación.)

El ejercicio de la Enfermería como disciplina profesional no solamente comprende el ámbito del cuidado (auto cuidado del paciente, su familia, la comunidad, las personas del equipo de salud y el medio ambiente) sino que incluye las actividades de investigación, docencia y gestión de los recursos de salud de gran relevancia en los últimos tiempos en el ejercicio profesional, todo lo cual implica un juicio de valor, un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades. Establecer un plan de cuidados de Enfermería adecuado a las necesidades individuales de cada paciente, familia y comunidad.(MSc., 2006)

La misión de los enfermeros es lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Se debe realizar un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, mediante un clima organizacional propicio que siga las estrategias y programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública.(55.18. O. P., 2002)



El profesional de la salud necesita más que ningún otro, tener identidad profesional es decir, necesita ser profundo en su quehacer. Un Enfermero o Enfermera, sin una visión de su profesión como disciplina científica y que actúe en particular como un objeto programado o que se muestre profesionalmente frustrado, no está a la altura de su tiempo, ni del desarrollo vertiginoso de esta ciencia siendo fundamental la preparación para el bien de la humanidad y respondiendo a su encargo social al brindar cuidados de enfermería transculturales desde el conocimiento y cultura de seguridad del paciente.(Balsanelli A, 2006)

#### **2.1.6 Notificación de errores y eventos adversos**

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad”, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos.

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos.

La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para

mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición.

Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes:

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.

Dragseth et al. argumentaban otra razón, que era la falta de uniformidad o de acuerdo en las definiciones a la hora de clasificar un evento adverso y la falta de liderazgo en la prevención de los errores de medicación.

## **2.1.7 Caracterización del Hospital de Baeza:**

### **Información general:**

El Hospital Estatal de Baeza está ubicado en la ciudad de Baeza cabecera cantonal del cantón Quijos, es la jefatura de área 2 que administra 10 unidades de salud, 5 Subcentros y 5 Puestos de Salud en las diferentes parroquias de los dos cantones.

El hospital de Baeza es una unidad de salud que brinda atención de Primer y Segundo nivel, está dotada de una capacidad de 16 camas, el hospital de Baeza tiene una superficie de 1500 m<sup>2</sup> de construcción en hormigón armado, con techo de estructura metálica.

En el Hospital de Baeza se atienden las especialidades de: Cirugía General, Pediatría, Gineco – Obstetricia, Medicina General y Traumatología. La población asignada es de 12.500 habitantes distribuidos en los cantones Quijos y El Chaco. Sin embargo tiene una población de referencia de aproximadamente unos 50.000 habitantes que llegan de todo el nor.- oriente ecuatoriano e inclusive el departamento de Putumayo en Colombia.

### **2.1.8 Historia del Hospital de Baeza:**

El Valle del Río Quijos es una zona que va desde los 1500 metros de altitud en la región del salado cantón El Chaco, hasta los 4000 metros en el sector de la Virgen en El cantón Quijos. Todo el valle tiene una extensión aproximada de 5400 km<sup>2</sup> y es una zona flanqueada por tres volcanes: El Antisana, el Cayambe y el Reventador, este último en proces eruptivo desde hace 3 años.

Los desastres que se han producido en la época actual nos hablan de que esta es una zona con fallas geológicas que pueden generar sismos de 6 a 8 grados Richter, los deslaves permanentes especialmente hacia las carreteras han ocasionado grandes accidentes en masa, en el año 2002 se presentó una temporada invernal que provocó múltiples derrumbes, uno de ellos mató alrededor de cuarenta personas.

Las instalaciones petroleras están constituidas por tres ductos, dos transportan petróleo y uno gas y gasolinas, en los últimos años se han experimentado diferentes tipos de derrames de petróleo que han contaminado los campos y las aguas de ríos y lagunas.

En el año 2003 experimentamos la erupción del volcán Reventador, evento que perdura hasta la fecha habiendo ocasionado daños por la

ceniza en todo el Nororiente Ecuatoriano y en el callejón interandino especialmente las Provincias de Pichincha e Imbabura.

En cuanto al hospital la estructura de hormigón armado es antisísmica con una cubierta muy liviana en estructura de hierro, por lo tanto creemos que resistirá ante sismos de 7 a 8 grados Richter, el mayor problema está en los asentamientos, ya que la mayor parte de estos suelos son cenagosos y con alto nivel freático, en los últimos diecisiete años se han observado leves alteraciones en la superficie del piso del hospital a lo largo de los corredores de consulta externa y hospitalización.

Otro evento que puede llegar a colapsar el hospital podría ser la caída abundante de ceniza en los techos del hospital o la contaminación con gases volcánicos que obliguen a evacuar el hospital, este último evento ya ocurrió de manera leve en la última erupción del volcán Reventador pues la presencia de gases con olor a azufre contaminaron la sala de hospitalización ocasionando molestias respiratorias a los pacientes que se hallaban hospitalizados.

Las instalaciones eléctricas han sido colocadas por encima del cielo falso y consideramos menester un constante mantenimiento de las mismas para evitar incendios, la otra eventualidad que podría ocurrir es un taponamiento de las alcantarillas que podrían dar lugar a una inundación y contaminación de todo el hospital.

### **2.1.9 Visión**

Queremos una Área de Salud 2 en Napo, con un mejoramiento continuo de sus recursos humanos y de su capacidad técnica, apoyada con tecnología adecuada a su nivel y que le permita proporcionar una atención integral, oportuna con calidad y calidez, y con personal de especialidad y de apoyo estables, con el propósito de mantener un mejoramiento en la calidad de vida de la población, integrando a la comunidad para ampliar la cobertura, permitir el acceso libre a toda la población a sus servicios y afrontar eventos de emergencia y desastres eficazmente.

### **2.1.10 Misión**

El área de salud 2 de Napo, es una institución que brinda atención para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante la participación de todos los actores sociales, para alcanzar cubrir a todos sus pobladores, con fácil acceso a sus servicios, los mismos que ofertaran atención integral, oportuna con niveles de excelencia en calidad técnica y humana, apoyados con tecnología adecuada, con una capacidad suficiente, para afrontar situaciones emergentes o desastres.

## 2.2 Marco Referencial

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud. 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.

Cuando en 1999 se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) "To err is human", el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países.

La seguridad del paciente es un programa creado por la Organización Mundial de la salud, en el cual determinan cuales son los factores por el

cual se puede ver comprometida la salud del paciente luego de ser atendido en un centro hospitalario.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se inició en octubre del año 2004 implementado por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en ese momento. , Jongwook Lee. Logrando desde entonces establecer una gran importancia a nivel mundial.

En la Constitución del Ecuador la seguridad del paciente se garantiza en dos artículos principalmente:

**Art. 32.-** “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.(Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, 2008)



En Ecuador se pretende crear una política de seguridad del paciente, liderada por el ministerio de salud pública, cuyo objetivo será la prevención de situaciones que afecten la seguridad del paciente y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para lograr calidad y calidez en las instituciones del sector salud.

### **2.3 Derechos Del Paciente**

**Art. 2.-** Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

**Art. 3.-** Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

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

**Art. 5.-** Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al

pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a lo que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

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

**Art 145.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.** La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Además será inhabilitada para el ejercicio de su profesión por un tiempo igual a la mitad de la condena.

**Art 151.- Lesiones.** La persona que lesione a otra será sancionada de acuerdo con las siguientes reglas:

1. Si producto de las lesiones se produce en la víctima un daño, enfermedad o incapacidad de cuatro a ocho días, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.

2. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de nueve a treinta días, será sancionada con pena privativa de libertad de dos meses a un año.

3. Si produce a la víctima un daño, incapacidad o enfermedad de treinta y uno a noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

4. Si produce a la víctima una grave enfermedad o una disminución de sus facultades físicas o mentales, o una incapacidad o enfermedad, que no siendo permanente, supere los noventa días, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

5. Si produce a la víctima enajenación mental, pérdida de un sentido o de la facultad del habla, inutilidad para el trabajo, incapacidad permanente, pérdida o inutilización de algún órgano o alguna grave enfermedad transmisible e incurable, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.

**Art 215.- Propagación de enfermedad de alta letalidad.** La persona que cause un daño irreparable, irreversible o permanente a la salud de otra persona, al utilizar elementos biológicos o agroquímicos, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años.

## 2.4 Marco Ético:

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Nuremberg, fue promulgado en 1947

La Declaración de Helsinki, formulada por la Asociación Médica Mundial en 1964, es el documento internacional fundamental en el campo de la ética de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales. La Declaración, revisada varias veces, más recientemente en el año 2000 (Apéndice 2), es una formulación integral sobre ética de la investigación en seres humanos.

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

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

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

## **2.6 Principios Éticos Generales**

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

- a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y
  
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio y Diseño**

Este proyecto de investigación es observacional descriptivo-exploratorio, de corte transversal, engloba la recopilación de datos descriptivos, y desarrolla un proceso social que analiza las creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el Hospital Estatal de la ciudad de Baeza, provincia de Napo ubicado en las calles Rio Coca 05 y 5 De Marzo además permite detallar la influencia que tiene cada uno de los atributos en la atención de enfermería para la seguridad del paciente.

#### **3.2 Población y muestra**

##### **3.2.1 Población de Estudio**

La población de estudio está constituida por 10 profesionales de enfermería y 10 auxiliares de enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital Estatal de Baeza, excepto los servicios que no brindan cuidado directo

### **3.2.2 Unidades de Observación:**

Personal de Enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería) del Hospital que cumple los criterios de inclusión.

### **3.3 Criterio de inclusión y exclusión:**

#### **3.3.1 Criterios de Inclusión**

Todos los profesionales y auxiliares de enfermería en servicio activo dentro de la institución en los servicios que brindan cuidado asistencial directo en el Hospital Estatal de Baeza.

#### **3.3.2 Criterios de exclusión**

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

### **3.4 técnicas e instrumentos.**

#### **3.4.1 Revisión documental**

Registros hospitalarios, para lo que se contará con una lista de chequeo de la información requerida de acuerdo a las variables en estudio.

### **3.4.2 Instrumentos**

- Registros hospitalarios (Historia Clínica)
- Cuestionario (ENCUESTA) adaptado AHRQ traducido en versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture.
- Diario de campo

### **3.4.3 Encuesta**

Se utilizó la encuesta “Hospital Survey on Patient Safety Culture” instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados, la cual se divide en varias secciones:

Sección A: Su servicio / unidad.

Sección C: Comunicación en su servicio/Unidad.

Sección D: Información complementaria.

Aplicación de la Guía de Observación.

Lista de verificación de Historia Clínica.

## **3.5 Procedimiento.**

**Paso 1:** revisión y recolección de la información

**Paso 2:** En la unidad se pidió al jefe de enfermería autorización para aplicar la encuesta al personal de enfermería. Al obtener dicha autorización continuamos a la aplicación de la encuesta.



**Paso 3:** El instrumento se aplicó al personal de enfermería (profesionales y auxiliares de enfermería) del área de hospitalización, emergencia y quirófano en el Hospital Estatal de Baeza.

El proceso de recolección de información y tabulación duró al menos un mes, debido a dificultades que expreso el personal cuanto a una carga laboral muy elevada.

**Paso 4:** Se analizaron los datos teniendo en cuenta las frecuencias de respuestas para cada una de las variables y dimensiones de cultura a través de una matriz; los resultados se expresan en porcentajes.

### **3.6 Análisis e Interpretación de Datos**

Para el análisis e interpretación se utilizó el paquete estadístico (SSPS) programa de software gratis del dominio público desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Para la representación estadística mediante el paquete Excel.

### **3.7 Validez y confiabilidad**

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se aplicó con la versión española del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, cuestionario AHRQ traducido y validado para poder ser utilizado por todos los sistemas de salud de habla española, permitiendo con esta estructura comparaciones internacionales, cuya fiabilidad se estableció

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

### **3.8 Variables**

#### **3.8.1 Variables Independiente**

- **Cultura de Seguridad del paciente**
  - Área de trabajo
  - Tiempo de trabajo
  - Proceso de comunicación
  - Frecuencia de los sucesos notificados

#### **3.8.2 Variables Dependientes**

- **Percepción de Personal de Enfermería**
  - Percepción sobre la unidad
  - Rol de la gestión de la unidad
  - Valoración del grado de seguridad del paciente
  - Proceso para notificar

## 2.6.1 Matriz de Relación de Variables

**Tabla 1 MATRIZ DE RELACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definiciones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Área de trabajo	área donde el profesional de enfermería tiene la oportunidad de establecer un contacto directo con las personas que requieren cuidado en sus experiencias de enfermedad. (Salud. O. M., Calidad de la atención: seguridad del paciente, 2009)	Emergencia Quirófano / centro obstétrico medicina interna cirugía ginecología pediatría/ neonatología	1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
Tiempo de trabajo	Todo período de tiempo dedicado a realizar actividades que contribuyen a proteger la salud y la seguridad de los pacientes.(Bernal, Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela, 2007)	Horas laborales 8 horas 12 horas	8 horas 12 horas
Percepción sobre la unidad	La Percepción, es identificar las necesidades, cualidades o gustos de nuestros compañeros de trabajo.(Camargo & Queiroz, 2014)	Grado de satisfacción laboral	1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

Rol de la gestión de la unidad	Define el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que operando coherentemente establecen la forma de conducir, dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios económicos, dentro de los nuevos escenarios cambiantes.(Salud. O. M., Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. , 2009)	Organización de la unidad	1.Muyen desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo
		Tipos de supervisión	Buena Regular Mala
		Cumplimiento de protocolos	Si No A veces
Proceso de comunicación	“El proceso por medio del cual el individuo transmite estímulos para modificar el comportamiento de otros” (Houland). Esto quiere decir que el proceso de comunicar implica relación o entendimiento entre personas. (Barrera Becerra, del Rio Urenda, Dotor Gracia, Santana Lopez, & Suarez Aleman, 2011-2014)	Relación entre profesionales	Buena regular mala
Frecuencia de los sucesos notificados	Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en	frecuencia de notificados de sucesos	Nunca Rara vez Algunas veces

	el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.(Thomas AN.)		La mayoría de tiempo siempre
Valoración del grado de seguridad del paciente	Es recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente.(Bernal, Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela, 2007)	Cultura del cuidado de enfermería	A excelente B muy bueno C aceptable D pobre E malo
Procedimientos para notificar	Es análisis de los eventos podemos detectar los factores humanos, organizativos u otros que contribuyeron a su aparición, de manera de poder intervenir sobre ellos y reducir el riesgo.(Gaitán & et al, 2008)	Formularios de notificación	1.Muy en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Muy de acuerdo

## **CAPÍTULO IV**

### **4. PRESENTACION DE RESULTADOS**

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital Estatal de Baeza de la provincia del Napo acerca de la percepción de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente.

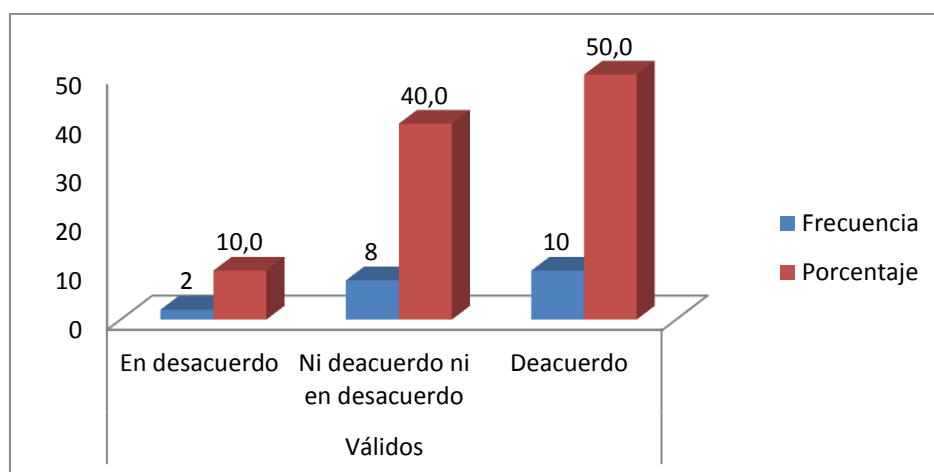
Teniendo como objetivo determinar la percepción del personal de enfermería, del Hospital Estatal de Baeza en el tema de cultura de seguridad del paciente para procesar los datos y realizar análisis de los resultados se refiere a una estadística descriptiva en donde se determino la variable, frecuencia y porcentaje de lo que se investigo, a la vez tiene como propuesta implementar un curso virtual de Cultura de Seguridad del Paciente.

Los resultados fueron alcanzados a través de la aplicación del instrumento de investigación teniendo en cuenta los conceptos e importancia de la seguridad del paciente, este estudio realizado a un total de 10 profesionales y 10 auxiliares de enfermería del hospital estatal de Baeza, provincia del Napo, haciendo énfasis en la percepción de la cultura de seguridad del paciente, se identificaron algunos aspectos favorables y otros problemáticos.

## 4.1 Sección A: Su área/unidad de trabajo

### 4.1.1 Trabajo en Equipo

**GRAFICO 1:** Trabajo en Equipo



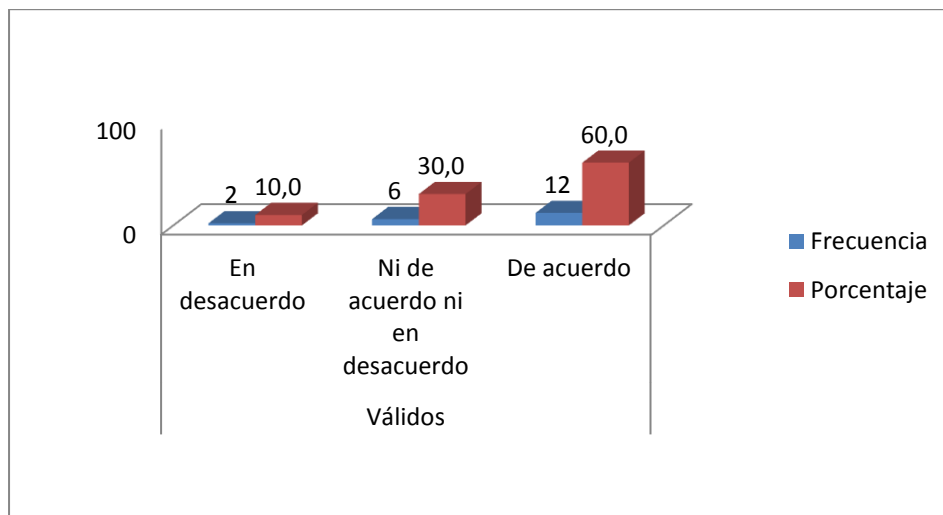
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Investigadores.

**Análisis y discusión:** Los resultados permiten apreciar que, en un porcentaje que corresponde al 50% el personal de enfermería afirma que en la unidad se trabaja en equipo, apoyándose mutuamente mientras que el otro 50% manifiesta lo contrario, La satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería puede contribuir para la identificación de problemas en los servicios de salud, la planificación de posibles soluciones y consecuentes mejorías en el ambiente de trabajo y en la calidad de los servicios prestados.(Stetler CB), lo que significa que toda actividad humana requiere del apoyo mutuo, aporte y colaboración de todos los miembros del equipo, lo que permite el logro de objetivos comunes para beneficio de la calidad de atención del paciente.

## 4.1.2 Disponibilidad del Personal

GRAFICO 2: Disponibilidad del Personal



Fuente: Encuesta

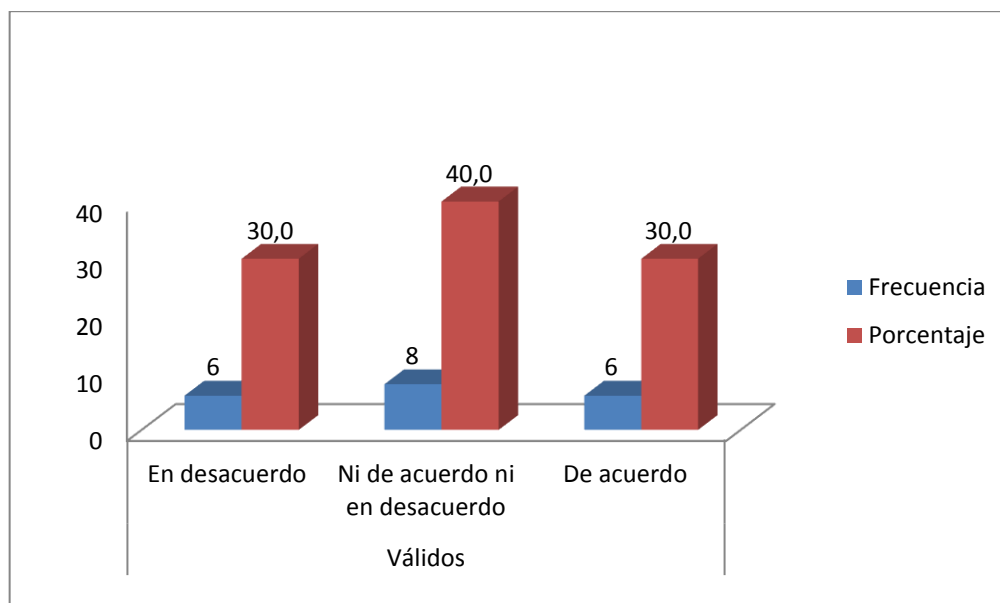
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados permiten apreciar que el personal de enfermería en un porcentaje del 60% que existe suficiente personal para realizar el trabajo pendiente en la unidad. Diversos trabajos han puesto de manifiesto que una proporción de profesionales de enfermería adecuada en relación al tipo de pacientes ingresados en la unidad, va a tener un efecto positivo consiguiéndose una disminución en la aparición de eventos adversos en los pacientes, en el tiempo de estancia hospitalaria.(Aiken LH, 2002), lo que significa que la falta de personal de enfermería en la unidad puede afectar a la seguridad del paciente, impidiendo prestar un óptimo servicio a la comunidad, con esto aumentando la carga laboral y limitando la prestación de cuidado directo.



### 4.1.3 Disposición del Personal frente a la Carga de Laboral

GRAFICO 3: Disposición del Personal frente a la Carga de Laboral



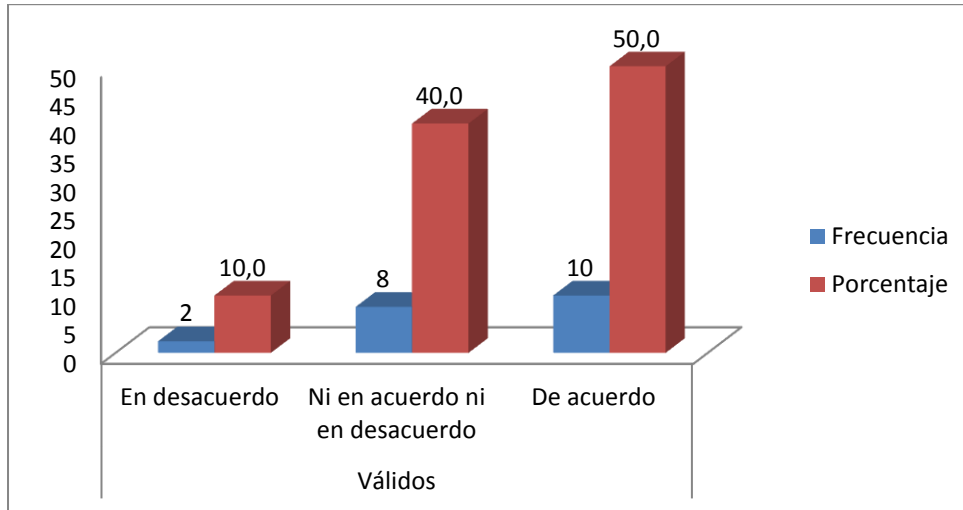
Fuente: Encuesta

Elaborado por: investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados permiten apreciar que el personal manifiesta en un 70% que el trabajo pendiente no se lo cumple en su totalidad ya que no existe un apoyo mutuo entre el personal de enfermería. Los equipos aumentan la productividad. Las actividades que se realizan en equipo son menos costosas que las que se desarrollan de manera individual o por la simple distribución de tareas muy específicas. (Briceño, Trabajo en Equipo colaborativo, 2007), significa que el trabajo en equipo motiva y promueve una buena comunicación en la calidad de atención, la cual mejorara significativamente, y se evitara la ocurrencia de eventos adversos en los usuarios que se encuentran en nuestra unidad.

#### 4.1.4 Trato entre el personal.

GRAFICO 4: Trato entre el Personal



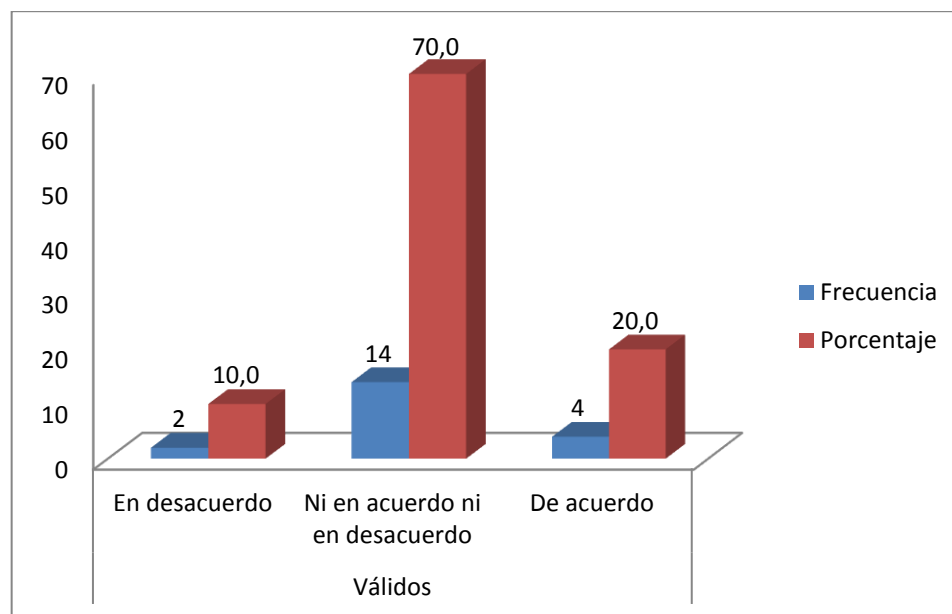
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados un 50% del personal mencionan que en esta unidad se trata con respeto, mientras que el 50% restante afirman lo contrario. Trabajar en un ambiente donde existe una abundancia de respeto mutuo entre los compañeros de trabajo, prepara el camino para el éxito y productividad. De hecho, es importante que para fomentar el conjunto de habilidades de cada trabajador..(K.Smith, 2007), esto indica que el respeto y la comunicación son importantes para brindar un cuidado satisfactorio al paciente, evitando un ambiente incomodo en el área de trabajo.

#### 4.1.5 Acciones sobre Seguridad del Paciente

GRAFICO 5: Acciones sobre Seguridad del Paciente



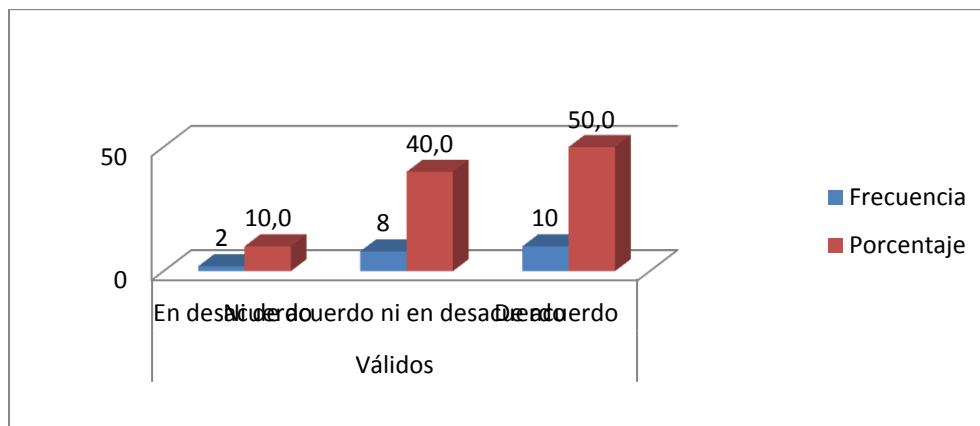
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** En los resultados se evidencia que, el personal de enfermería en un 80% que en la unidad no se trabaja activamente para mejorar la seguridad del paciente. El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención.(Uribe M, 2010), el cual refiere que personal cuando no trabaja de forma eficaz, puede existir la ocurrencia de eventos adversos, esto ocurre por la falta de comunicación, organización y trabajo en equipo, afectando de una o de otra manera la seguridad del paciente.

#### 4.1.6 Asignación temporal de Personal.

GRAFICO 6: Asignación temporal de Personal.



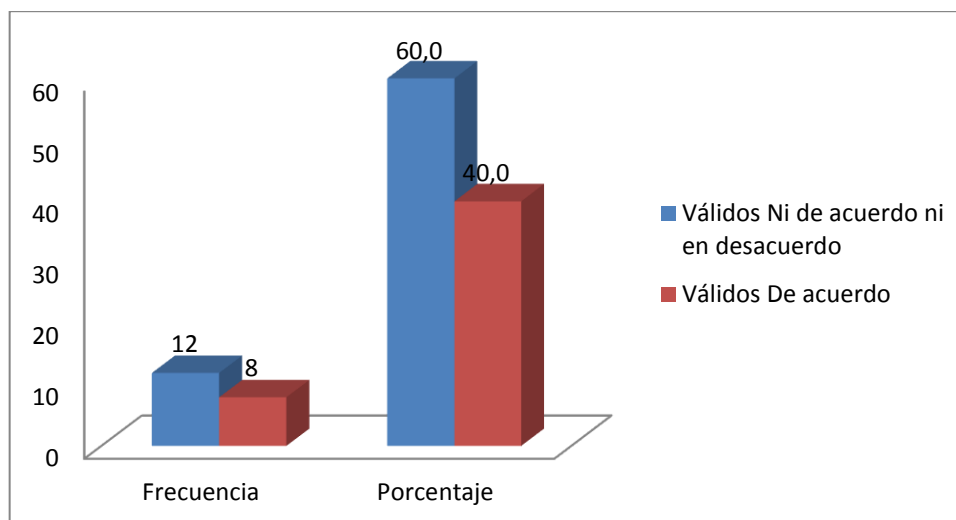
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados demuestran que en un 50% indica que en la unidad se usa más personal temporal, para el cuidado del paciente, mientras que en el 50% restante mencionan lo contrario. La calidad de la atención técnica de enfermería se refiere a la percepción del paciente acerca de la atención que recibe por personal de enfermería actualizado y competente en el desempeño de sus funciones, que proporcione atención individualizada, una valoración oportuna que esté atenta a cualquier cambio que se presente, que responda siempre a la llamada del paciente cuando éste lo necesite, que alivie el dolor y proporcione el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles. (Oerrmman MH, 2000), Lo que significa que para promover una atención de calidez y calidad se necesita a personal capacitado con experiencia para brindar seguridad a nuestros pacientes.

#### 4.1.7 Percepción sobre la implicación del error profesional.

GRAFICO 7: Percepción sobre la implicación del error profesional.



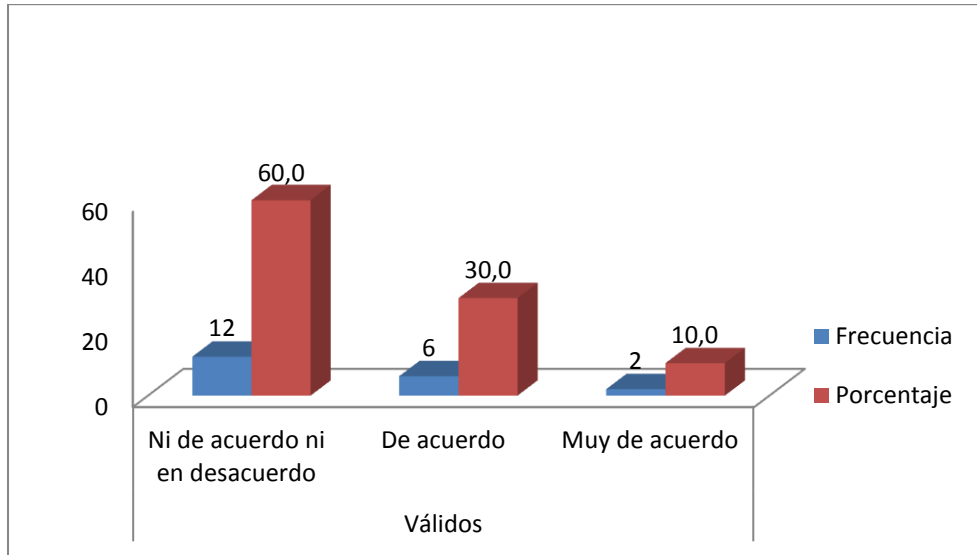
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos demuestran en un 60% que los errores cometidos no deberían ser motivos para ser usados en su contra. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (Bernal, Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela, 2007), lo que significa que la notificación de errores son una llamada de atención, no identifica culpables, evita que el personal sienta una carga adicional, injustificada e irreversible, sin que exista desconfianza con sus propios colegas de la institución.

#### 4.1.8 Toma de decisiones para fomentar el cambio.

GRAFICO 8: Toma de decisiones para fomentar el cambio.



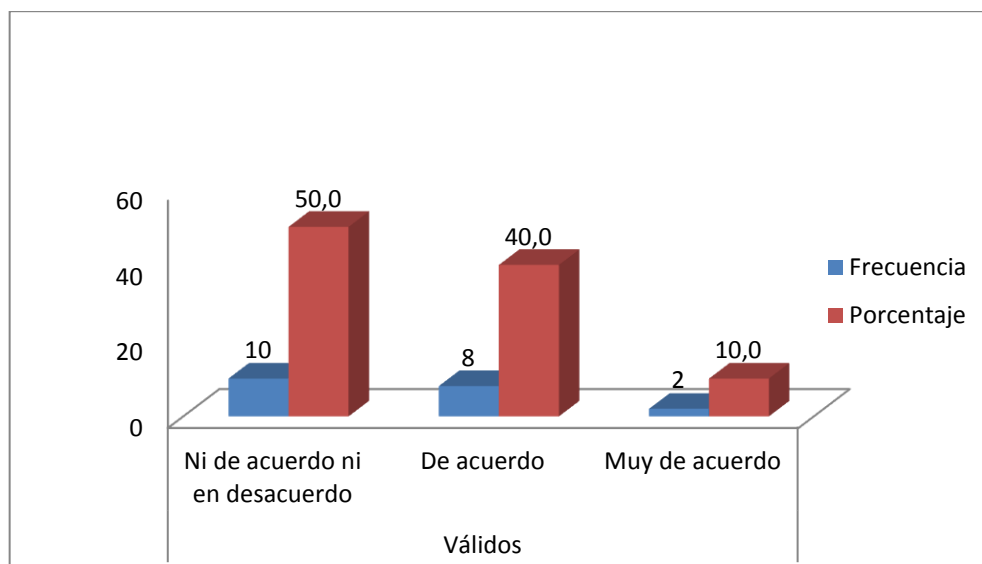
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados de la investigación nos permite evidenciar que el 60% del personal de enfermería indica que el análisis de los errores cometidos no tiene ningún efecto para mejoramiento de la seguridad del paciente. A partir del análisis de los eventos podemos detectar los factores humanos, organizativos u otros que contribuyeron a su aparición, de manera de poder intervenir sobre ellos y reducir el riesgo. Este análisis se puede realizar por métodos más o menos estructurados (por ejemplo, análisis causa raíz), lo que significa que el análisis de los errores lleva a un cambio positivo en la unidad, llevando a cabo planes y acciones de mejoramiento para con ello evitar que se repita el mismo error en la unidad.

#### 4.1.9 Percepción sobre la causalidad del error.

GRAFICO 9: Percepción sobre la causalidad del error.



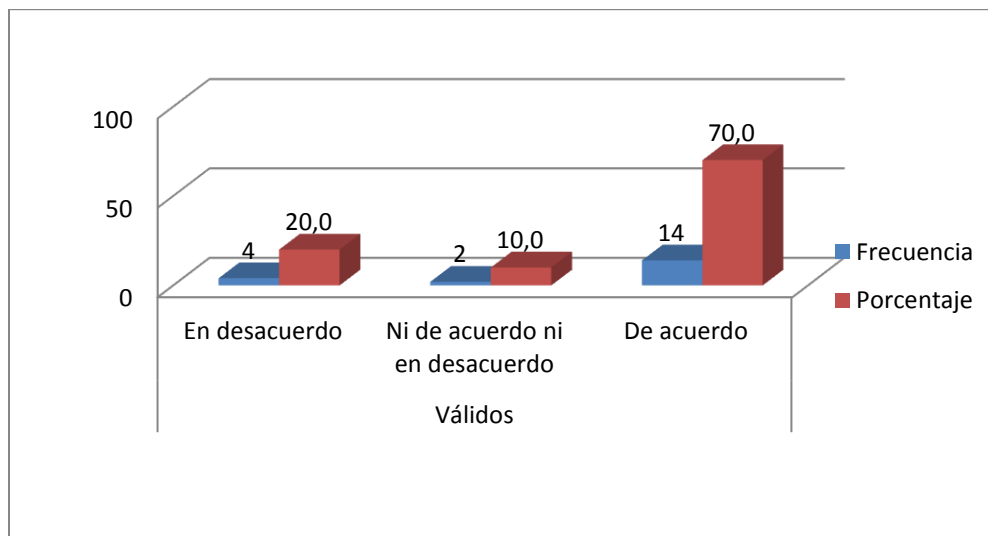
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** Los datos obtenidos evidencia que el 50% del personal indica que en la unidad por casualidad que no ocurre errores más serios en la unidad, mientras que el 50% restante aseguran lo contrario. Los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud. La OMS, esto refiere que el personal encargado debe buscar reducir al mínimo el daño que puede sufrir lo pacientes a través de una buena comunicación entre el personal y los pacientes que se encuentran en la unidad.

#### 4.1.10 Trabajo Colaborativo en la Unidad.

GRAFICO 10: Trabajo Colaborativo en la Unidad.



Fuente: Encuesta

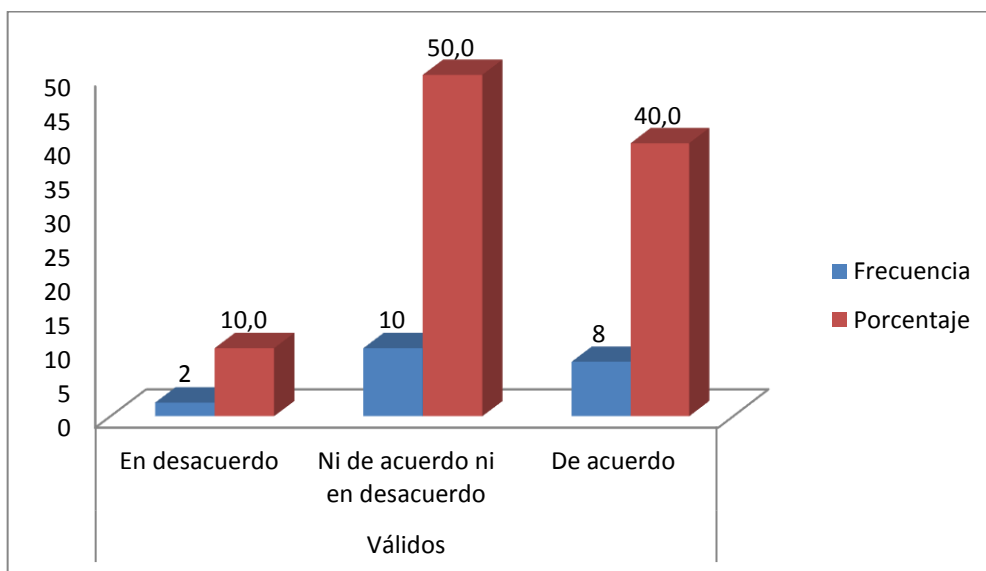
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los datos obtenidos refieren que en un porcentaje del 70% el personal afirma que al momento que la unidad se encuentra realmente ocupada existe la ayuda y apoyo de otras unidades, considerando que los equipos realizan trabajos, que los grupos corrientes no pueden hacer, cuando las personas se reúnen por afinidad de tareas, es decir, en grupo, no alcanzan a lograr los resultados que se pueden obtener cuando estas metas son trabajadas por personas con diferentes conocimientos y habilidades, que se integran y complementan.(Hurtado, 2010), esto significa que el apoyo entre las unidades, puede haber mejor atención, evaluando e interpretando la información transmitida, ayudando así al bienestar de la salud de los pacientes y de su familia, dando una atención oportuna.



#### 4.1.11 Capacidad y respuesta en situaciones de urgencia.

GRAFICO 11: Capacidad y respuesta en situaciones de urgencia.



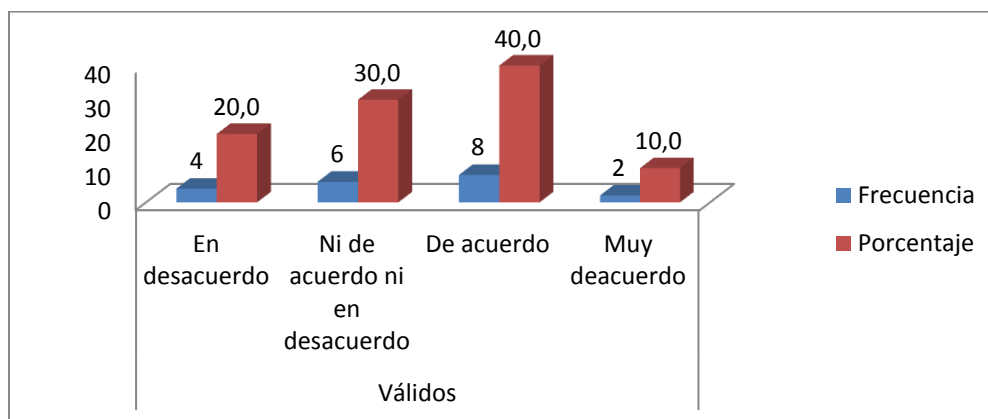
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** El personal de enfermería asegura que, en un 60%, no evita trabajar en situaciones de emergencia. Uno de los factores que inciden en esta actividad, es la escasez del recurso humano de enfermería, por lo que se incrementa la carga de trabajo del personal presente.(M. M. , 2004), Lo que significa que cuando existen situaciones de emergencia el personal se ve sometido a una situación de estrés impidiendo brindar un cuidado óptimo y personalizado a los usuarios de la unidad, lo que incide directamente en la calidad de atención.

#### 4.1.12 Carga laboral y Seguridad del Paciente

GRAFICO 12: Carga laboral y Seguridad del Paciente



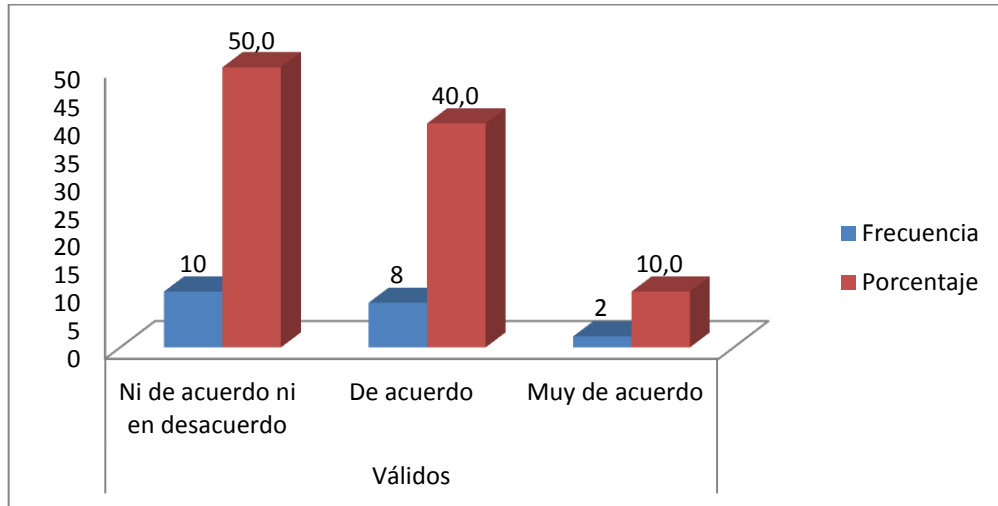
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencia en un porcentaje del 50% que el personal de enfermería piensa que la seguridad del paciente no se compromete cuando existe mayor carga laboral, mientras que el 50% restante del personal afirman lo contrario. La carga laboral podría ser un factor importante en la ocurrencia de incidentes en la unidad. Al tenerse una menor vigilancia sobre algunos pacientes, y disminuir la supervisión del personal técnico, pudiesen aumentar las transgresiones a las normas y en consecuencia la frecuencia de incidentes, incluyendo las infecciones intrahospitalarias. (Aiken LH, 2002), lo que significa que la carga laboral excesiva puede afectar la seguridad de los pacientes ya que el personal siente que se encuentra sometido a mayor estrés y tensión emocional, impidiendo brindar una atención de calidad.

#### 4.1.13 Percepción sobre las disposiciones administrativas.

GRAFICO 13: Percepción sobre las disposiciones administrativas.



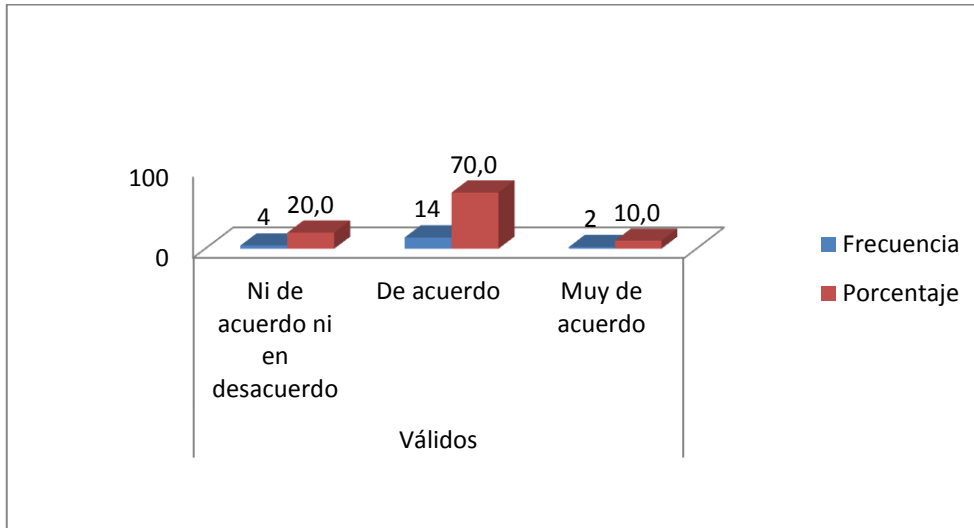
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** Los resultados evidencian que en un 50% del personal asegura que es primordial que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida, mientras que el 50% del personal aseguran lo contrario. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición, esto refiere que con la notificación de errores cometidos se promueve a cambios para que se evite en lo mínimo la provocación no intencional de un evento adverso y con ello mejorar la seguridad del paciente.

#### 4.1.14 Seguridad del paciente

GRAFICO 14: Seguridad del paciente



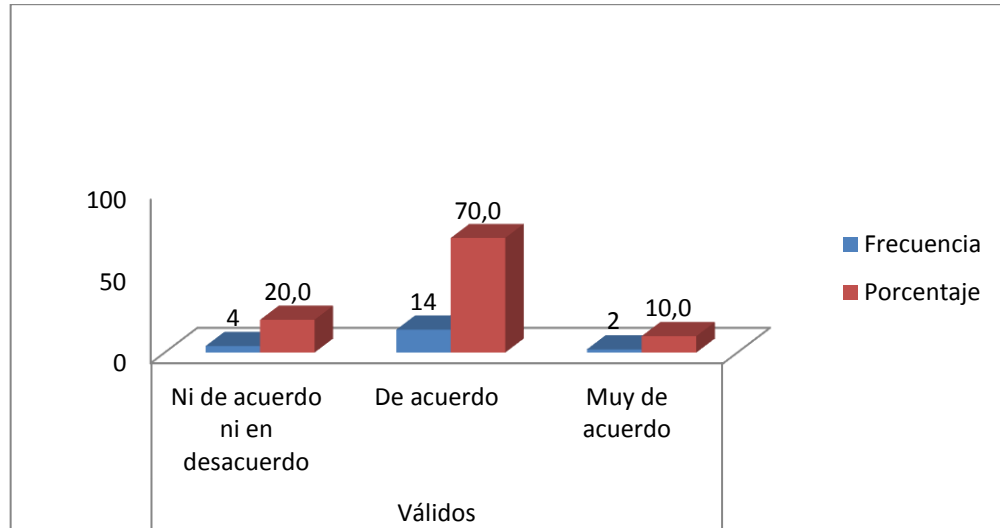
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados indican que el 80% del personal afirman que en esta unidad brinda buena seguridad al paciente, los profesionales de la salud están llamados a hacerse parte, a nivel personal e institucional, de las iniciativas que buscan estudiar y disminuir el impacto negativo de esta problemática en los sistemas de Salud.(Salud. O. M., Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. , 2009), por lo significa que todo el personal busca brindar una atención de calidez y calidad al usuario y a la vez permitiendo una pronta recuperación.

#### 4.1.15 Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.

GRAFICO 15: Procedimientos y sistemas para la prevención de errores.



Fuente: Encuesta

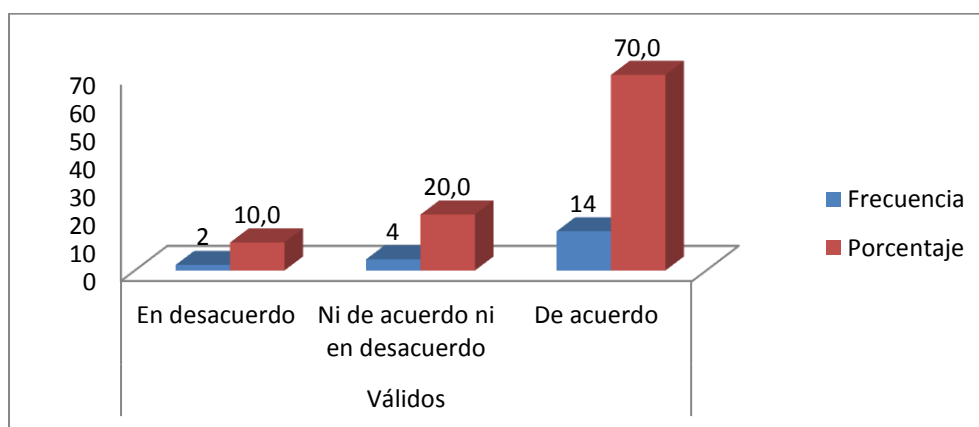
Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos demuestran que el 80% del personal que labora en esta unidad está de acuerdo que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir. Gestionar la calidad en salud requiere de aplicar principios fundamentales como son: prácticas centradas en el paciente, mejora continua con implicación y liderazgo del equipo directivo y participación de todo el equipo de trabajo; identificación de procesos claves y superar las barreras existentes.(Bernal, Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela, 2007), esto nos indica que los procedimientos que se realicen se los emplean con el fin de prevenir errores tanto en el cuidado del paciente como en cualquier otro procedimiento a realizarse.

## 4.2 Sección B: Su líder de enfermería.

### 4.2.1 Estímulos al personal.

GRAFICO 16: Estímulos al personal.



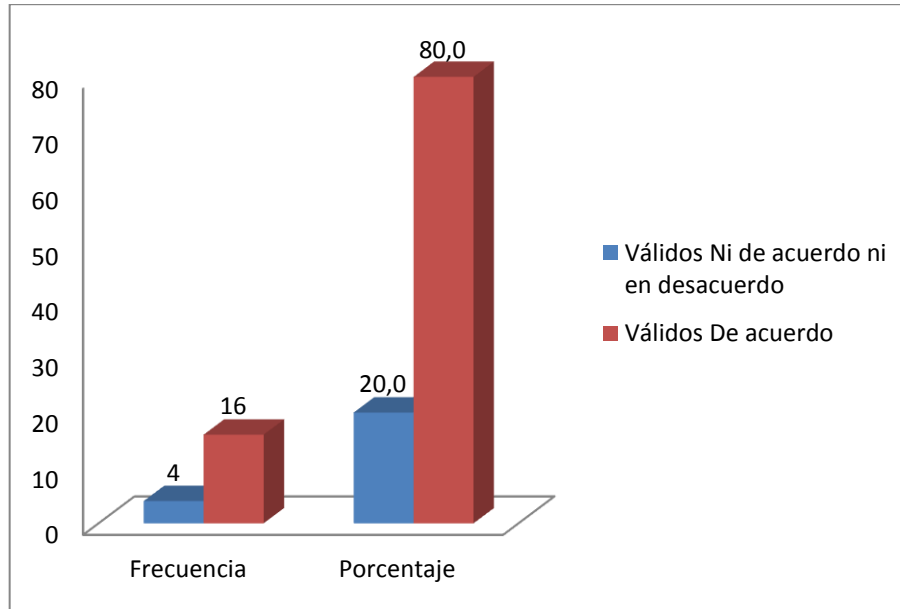
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos demuestran que en un 70% del personal menciona que en esta unidad la mayoría del personal que labora ha recibido comentarios favorables por el trabajo que realiza y por los procedimientos y técnicas que ha aplicado para un mejor cuidado al paciente. Un líder es un comunicador por excelencia, el deberá transmitir la visión a sus seguidores y estimularlos para que venzan las dificultades que se presenten. Por esta razón, debe dominar las técnicas de comunicación verbal y escrita; así como utilizar variadas formas de expresión. (Camargo & Queiroz, 2014), esto nos indica que recibir comentarios favorables motiva al personal a trabajar en equipo para brindar un mejor cuidado al paciente, disminuyendo la ocurrencia de eventos adversos.

#### 4.2.2 Disposición para aceptar sugerencias.

GRAFICO 17: Disposición para aceptar sugerencias.



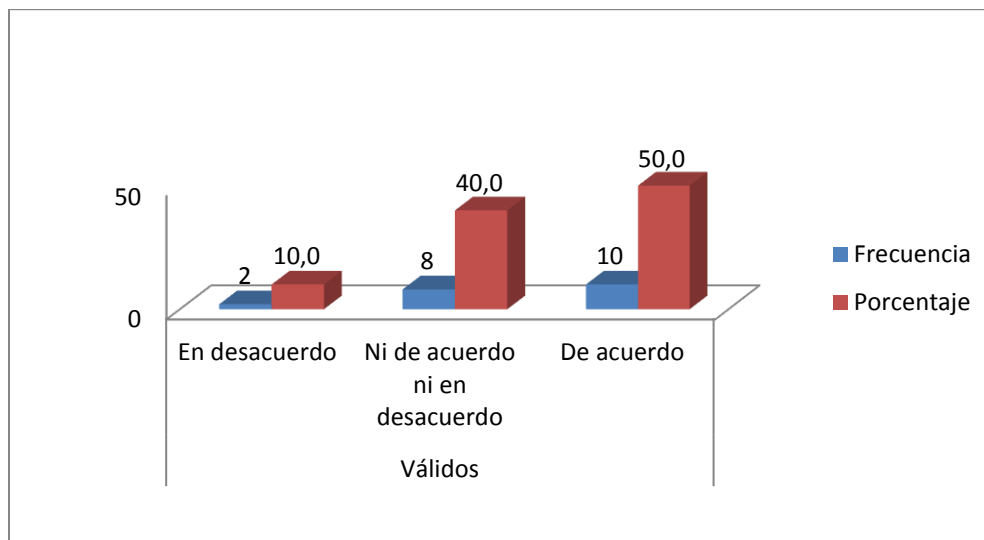
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos muestran que el 80% del personal asegura que su jefe acepta sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes, el liderazgo consultivo tiende a valorar la opinión de los trabajadores, y si además comunica una visión colectiva, y comparte valores comunes.(Balsanelli A, 2006), esto nos indica que un jefe acepta sugerencias y las aplica para implementar cambio en beneficio de la unidad, el personal, y para la seguridad del paciente.

### 4.2.3 Tolerancia al trabajo bajo presión.

GRAFICO 18: Tolerancia al trabajo bajo presión.



Fuente: Encuesta

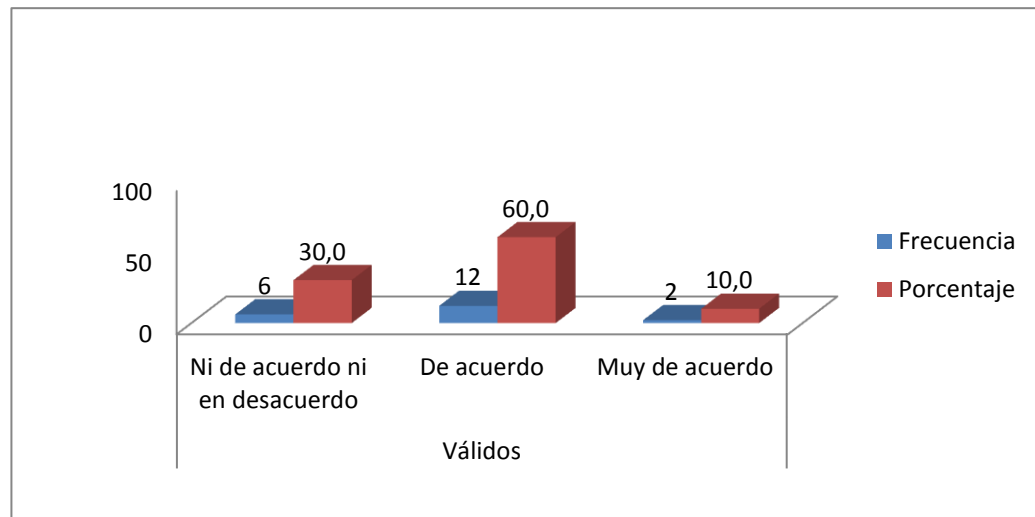
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian en un 50% que en esta unidad se demuestra que el líder sabe manejar situaciones bajo presión que impiden saltar pasos importantes en el proceso de atención, mientras que el 50% restante asegura lo contrario, la profesión de enfermería se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, y un desempeño eficiente y efectivo, de ahí que diversos autores han señalado que esta profesión conlleva a una gran responsabilidad y por ende a presiones, conflictos y cambios continuos. (Bowman G, 2008), esto refiere que el personal muchas veces se ve sometido a situaciones de presión por lo que se ve obligado a pasar por alto ciertas técnicas y protocolos que aseguren una buena atención.



#### 4.2.4 Toma de decisiones frente a problemas.

GRAFICO 19: Toma de decisiones frente a problemas.



Fuente: Encuesta

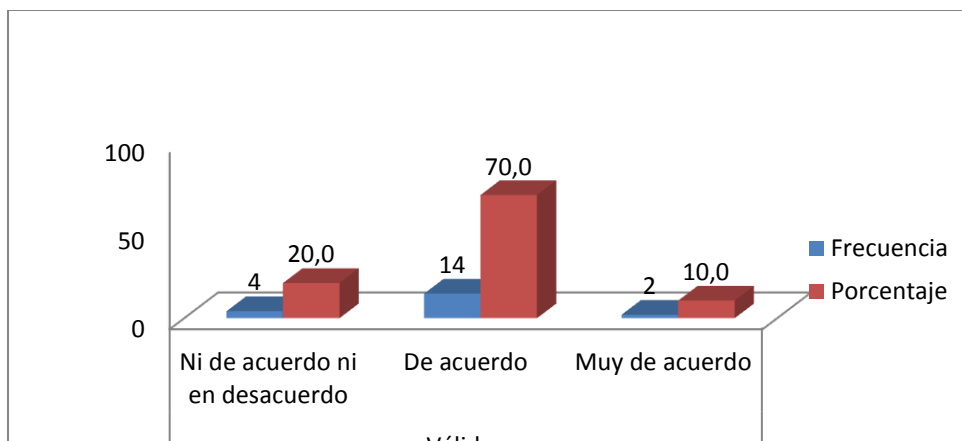
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos muestran que en un 70% el personal de enfermería de esta unidad menciona que su jefe toma en cuenta los problemas de seguridad el paciente que se repiten una y otra vez. El líder debe ser impulsado y potencializado cuando puede contar con una coordinación estratégica e integradora, capaz de articular el trabajo colectivo, con el objetivo de alcanzar objetivos comunes.(K.Smith, 2007), esto refiere que un líder debe tomar en cuenta cada unos de los problemas que se presentan en la unidad, y buscar alternativas a de cambio para mejorar la calidad del paciente

### 4.3 Sección C: Su institución

#### 4.3.1 Ambiente laboral para seguridad del paciente.

GRAFICO 20: Ambiente laboral para seguridad del paciente.



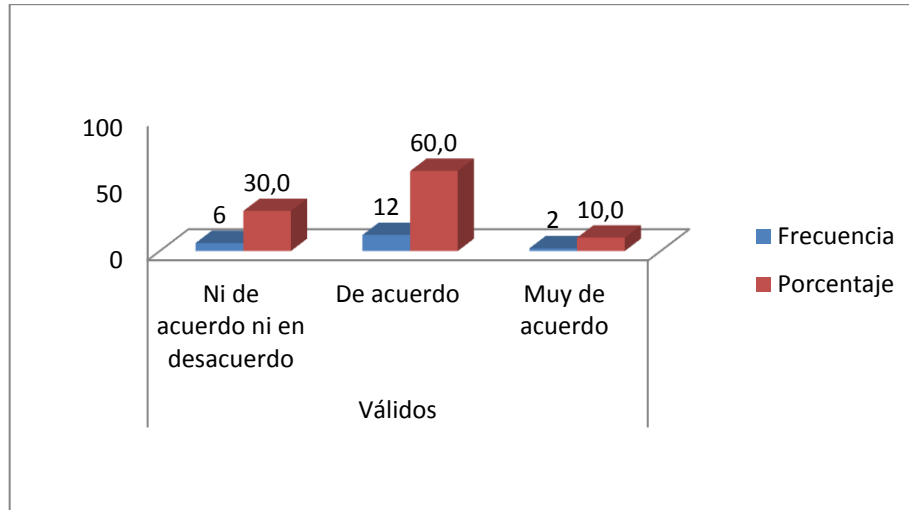
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados encontrados refieren que en un 80% del personal menciona que la dirección propicia un ambiente laboral que promueva seguridad del paciente. Un ambiente laboral adecuado es un elemento que influye en toda actividad de todo ser humano y un factor de apoyo que agranda los sentimientos de valor, importancia y superación personal. Ésta se define como el estado emocional positivo o placentero con base en la percepción subjetiva de las experiencias laborales del propio trabajador de acuerdo a su actitud frente a su labor, está basada en las creencias y valores que él mismo desarrolla de su propio trabajo.(Bernal, Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela, 2007), esto significa que un ambiente laboral adecuado nos ayuda a brindar una atención adecuada dando una atención satisfactoria de parte del personal hacia los usuarios que se encuentran en la unidad.

### 4.3.2 Medidas para la Seguridad del paciente.

GRAFICO 21: Medidas para la Seguridad del paciente.



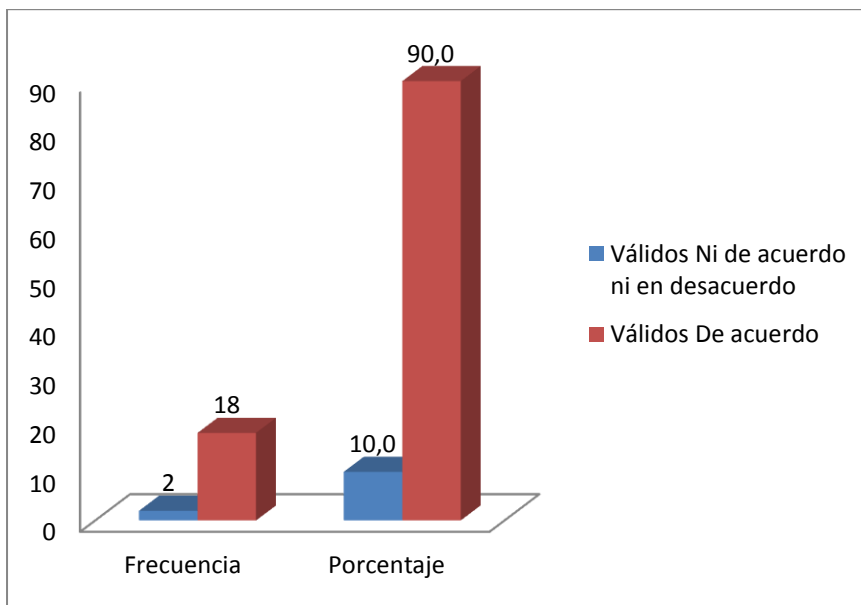
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos mencionan que un 70% aprecia que las unidades de esta institución están bien coordinadas entre sí por lo cual garantizan una comunicación favorable. Cuando las personas se reúnen por afinidad de tareas, es decir, en grupo, no alcanzan a lograr los resultados que se pueden obtener cuando estas metas son trabajadas por personas con diferentes conocimientos y habilidades, que se integran y complementan.(Bernardo & Calderon, 2000),esto significa que para el beneficio del usuario las unidades trabajan en forma conjunta brindando una atención de calidad y permite un trabajo armónico.

### 4.3.3 Cooperación interinstitucional

GRAFICO 22: Cooperación interinstitucional



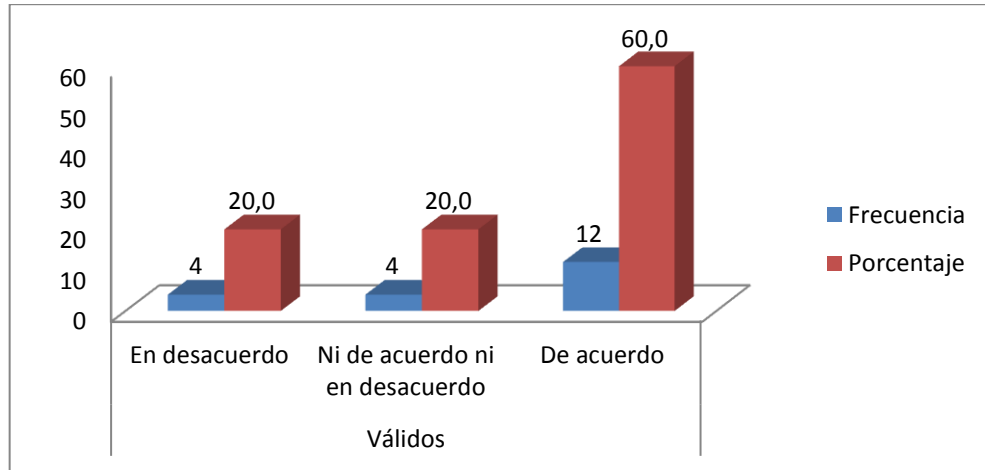
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian que el 90% del personal que existe buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente considerando que los equipos realizan trabajos, que los grupos corrientes no pueden hacer, cuando las personas se reúnen por afinidad de tareas, es decir, en grupo, no alcanzan a lograr los resultados que se pueden obtener cuando estas metas son trabajadas por personas con diferentes conocimientos y habilidades, que se integran y complementan.(Hurtado, 2010), lo que significa que para brindar una excelente atención al usuario debe mantener una comunicación favorable entre instituciones.

#### 4.3.4 Ambiente laboral institucional

GRAFICO 23: Ambiente laboral institucional



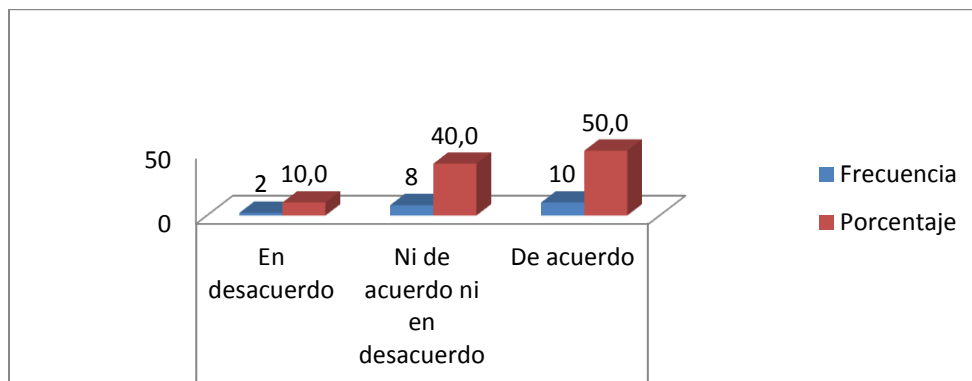
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados demuestran que en un 60% del personal de esta institución menciona que existe un buen ambiente laboral para trabajar con personal de otras unidades de esta institución. El ambiente de trabajo en las unidades de hospitalización suele ser estresante y las actividades que realizan las enfermeras frecuentemente las exponen a riesgos específicos con agentes biológicos, físicos, químicos y psicosociales. Entre los peligros de tipo psicosocial aparecen frecuentemente el estrés laboral, la angustia y la fatiga provocados por el trabajo en turnos y el trabajo nocturno.(M. K. , 2008), esto refiere que trabajar en un ambiente optimo es ideal para brindar una excelente atención a todo usuario que amerite ser atendido y para mantener una comunicación favorable entre instituciones o unidades.

### 4.3.5 Coordinación institucional.

GRAFICO 24: Coordinación institucional.



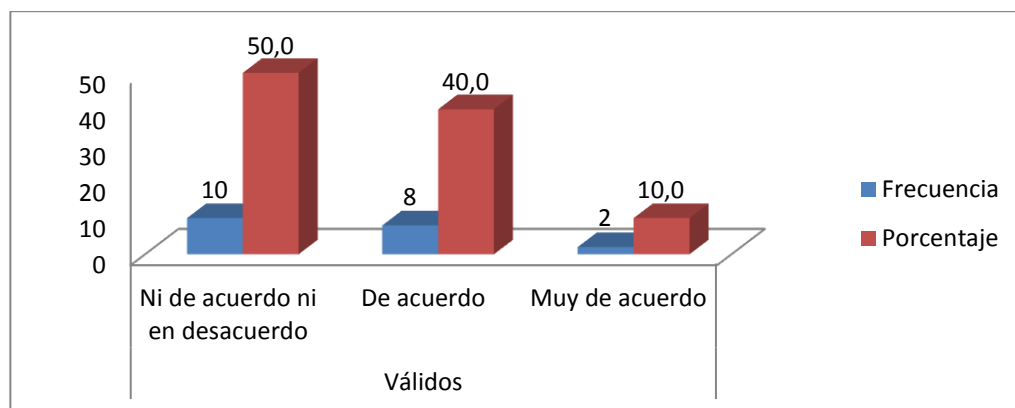
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos el 50% del personal refiere que son pocos los problemas que se presentan en el intercambio de información entre unidades de esta institución, mientras que el 50% restante muestra lo contrarios. La comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de "cuidar". Se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Esto evidencia la interdependencia entre comunicación (a medio camino de la integralidad) y el cuidado (en el que la integralidad es esencialmente ella misma), toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa.(Baggio MA, 2008), esto nos indica que una buena comunicación entre unidades motiva y beneficia a los usuarios y a la institución a brindar una atención integral, hacia los usuarios.

### 4.3.6 Comunicación de la Información.

GRAFICO 25: Comunicación de la Información.



Fuente: Encuesta

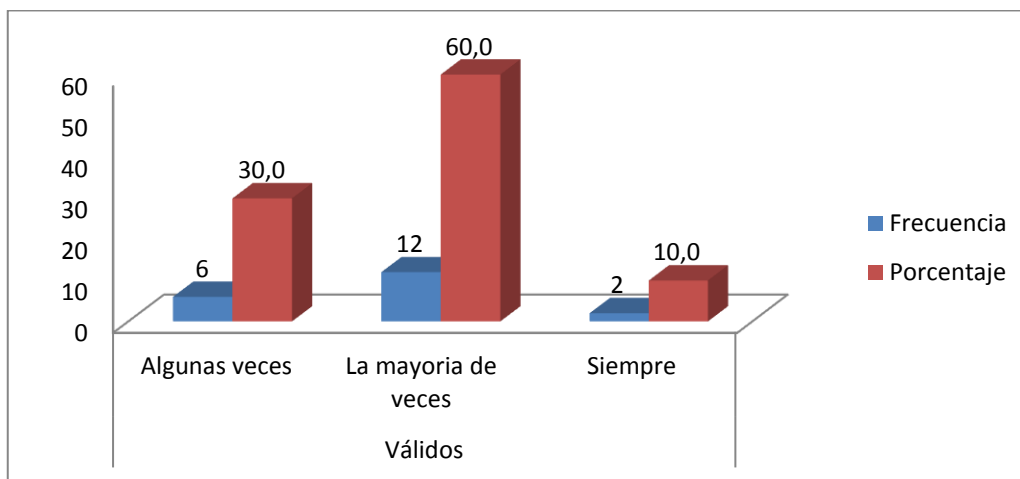
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos el 50% del personal refiere que las medidas que toman la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria, mientras que el 50% restante aseguran todo lo contrario. Para que tenga éxito la estrategia es indispensable que sea amparada por el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario estar consciente del grave problema que ocasionan los errores en la atención de los pacientes, contribuir a generar una cultura y motivar que las instituciones de salud desarrollen sistemas más seguros de prevención de errores.(Cometto MC, 2011), esto significa que si la seguridad del paciente es altamente prioritaria podemos brindar una buena atención integral y pensando en lo mejor para el usuario.

## 4.4 Sección D: Comunicación.

### 4.4.1 Retroalimentación para el cambio.

**GRAFICO 26:** Retroalimentación para el cambio.



**Fuente:** Encuesta

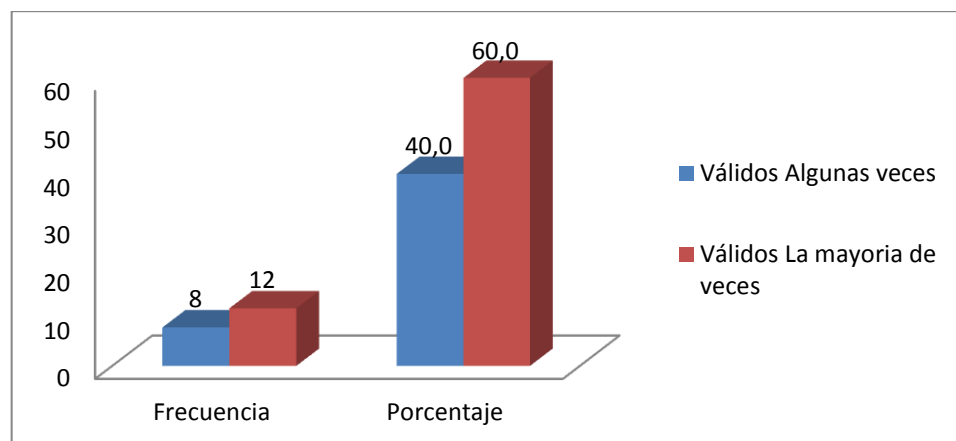
**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados el 70% del personal menciona que la unidad funcional de gestión clínica con gran mayoría recibe información sobre los cambios basados en lo aprendido de los reportes de eventos. La gestión del riesgo es “el análisis de los procesos de atención, de su estructura y resultados que permite la prevención de los eventos inesperados o el manejo oportuno de sus consecuencias para el paciente, el profesional de la salud, la instituciones prestadoras de salud y el sistema”.(Tomás, 2010), lo que significa que el reporte de eventos adversos es necesario ya que de ellos aprendemos a no cometer los mismos errores una y otra vez, el personal va adquiriendo más experiencia con el aprendizaje de sus errores.



#### 4.4.2 Aceptación de opinión del Personal

GRAFICO 27: Aceptación de opinión del Personal



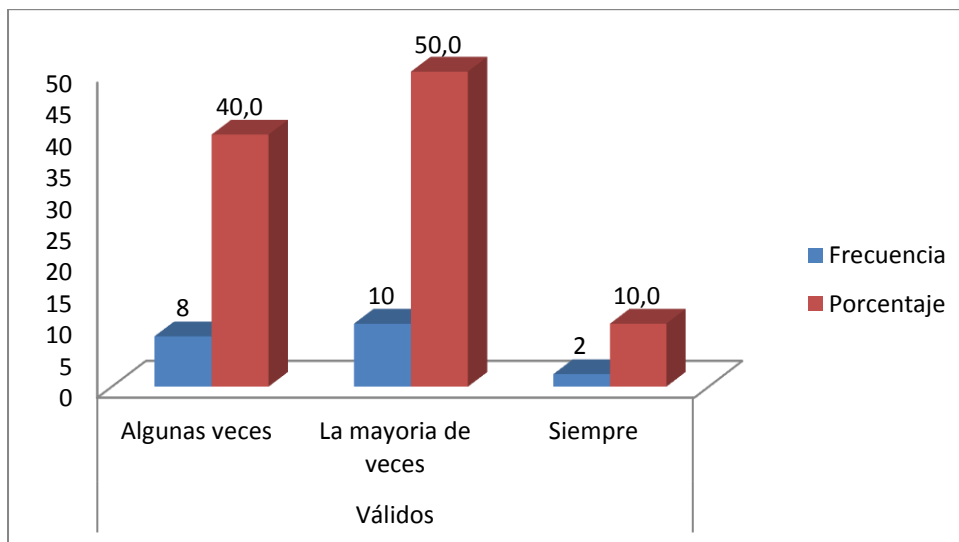
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados indican que en un 60% del personal de enfermería tiene la facultad de expresarse libremente si observa algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente. La comunicación en salud es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas adoptar nuevas actitudes y comportamientos o a utilizar los servicios existentes. Se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre diversos protagonistas. (Balsanelli A, 2006), esto refiere que la comunicación entre el personal y el líder de enfermería es fundamental, esto nos enseña a respetar la expresión y pensamiento de los demás con el fin de propiciar un ambiente seguro y libre de accidentes que puedan afectar al usuario.

### 4.4.3 Análisis de toma de decisiones

GRAFICO 28: Análisis de toma de decisiones



Fuente: Encuesta

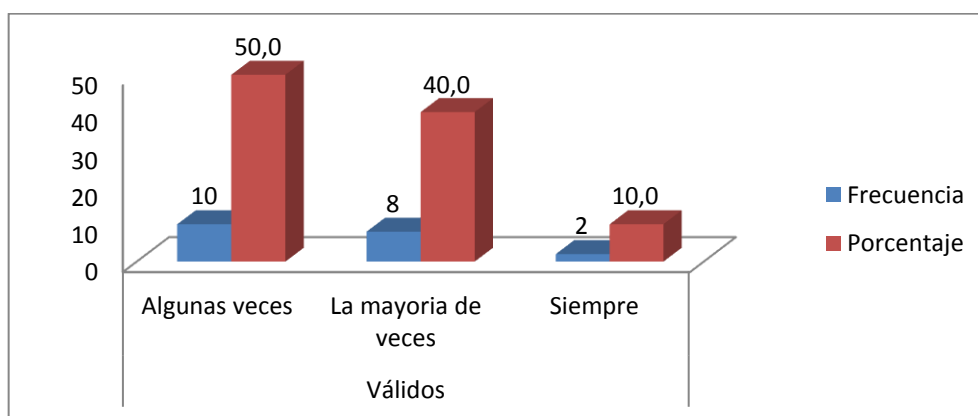
Elaborado por: Investigadores.

**Análisis y discusión:** De acuerdo al grafico el 60% del personal aseguran que se discuten formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer. La comunicación en salud es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas adoptar nuevas actitudes y comportamientos o a utilizar los servicios existentes. Se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre diversos protagonistas.(Gracia, 2012), lo que significa que en el área laboral es necesario que exista comunicación, para poder plantear cambios o estrategias para minimizar la ocurrencia de eventos adversos y esto sea promovido en beneficio de la seguridad del paciente..

## 4.5 Sección E: Frecuencia de eventos adversos/errores reportados

### 4.5.1 Reporte de errores.

GRAFICO 29: Reporte de errores.



Fuente: Encuesta

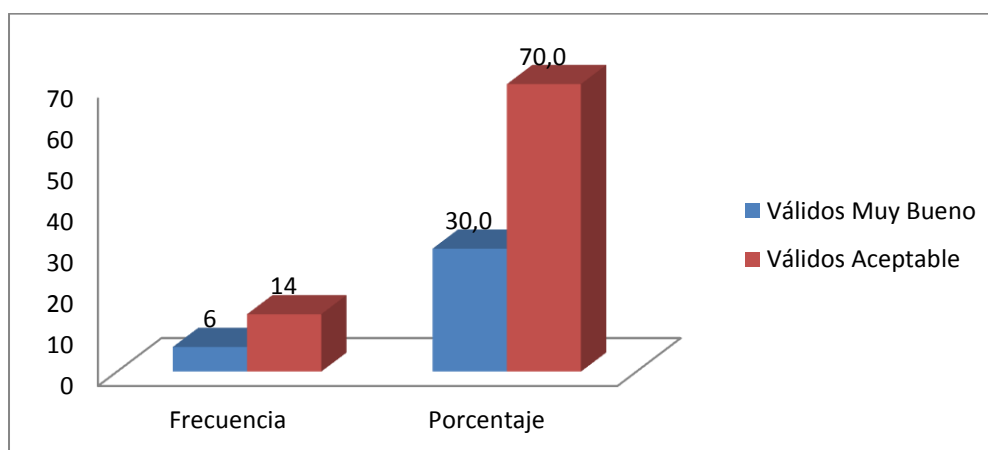
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos el 50% del personal de enfermería menciona que cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente es reportado en la mayoría de veces, mientras que el 50% restante refiere lo contrario. Una vez que se presenta el evento adverso se debe pensar y actuar orientados por la premisa de que el paciente está primero, instaurar las medidas que minimicen el daño, registrar en la historia clínica los hechos, informar inmediatamente al paciente y a las autoridades competentes, y revisar el estado del arte del problema en cuestión.(GRANADOS, 2012), lo que significa que el reporte eventos es importante ya que nos permite identificar el error, y nos motiva a aprender de él, evitando la repetición del mismo.

## 4.6 Sección F: Grado de seguridad del paciente.

### 4.6.1 Valoración de seguridad del paciente

**GRAFICO 30:** Valoración de seguridad del paciente



**Fuente:** Encuesta

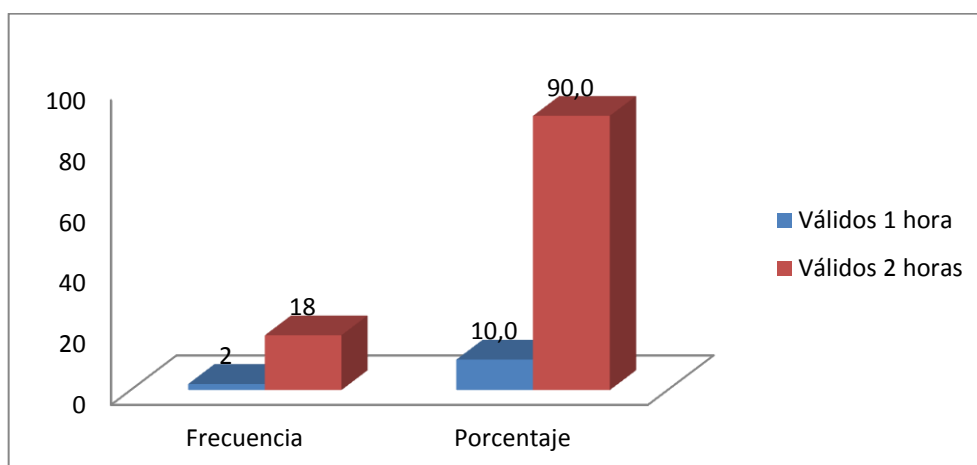
**Elaborado por:** Investigadores.

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos demuestran que en un 70% del personal asegura que la seguridad del paciente en el Hospital Estatal de Baeza es aceptable. Para poder realizar un trabajo eficaz, los profesionales deben comprender la cultura de su organización. Se trata de una fuerza poderosa que debe ser considerada al momento de implementar o cambiar prácticas orientadas a la disminución del riesgo de infección.(Barrera Becerra, del Rio Urenda, Dotor Gracia, Santana Lopez, & Suarez Aleman, 2011-2014), lo que refiere que el personal de enfermería es fundamental para brindar una atención integral a los usuarios de la unidad.

## 4.7 Sección G: Accesibilidad geográfica

### 4.7.1 Accesibilidad geográfica

GRAFICO 32: Accesibilidad geográfica



Fuente: Encuesta

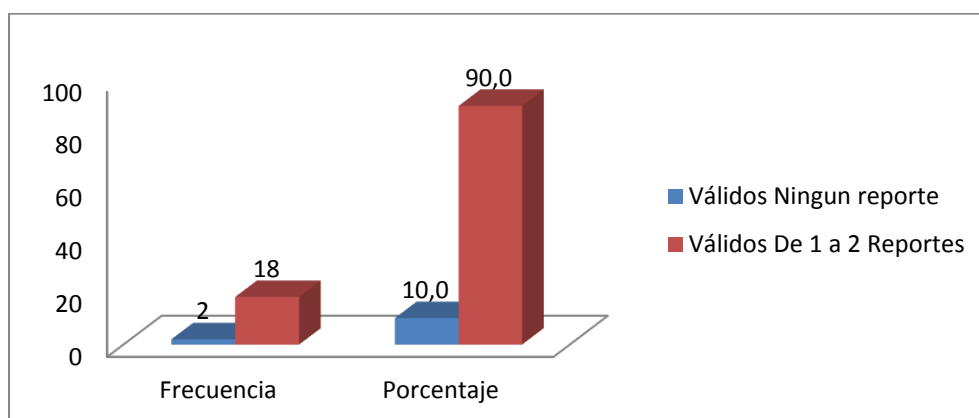
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** De acuerdo a los resultados el 90% del personal afirman que el tiempo estimado para trasladar a un paciente de una unidad de menor complejidad a otra de mayor complejidad es de dos horas. Con esto determinamos que el tiempo que se demora para trasladar a un paciente puede llegar a ser crucial para su seguridad, puede ser de un impacto negativo en pacientes con salud deteriorada o en riesgo, (Bernardo & Calderon, 2000) por lo que refiere que la seguridad del paciente puede estar comprometida, sin relacionarla con el cuidado del personal de enfermería.

## 4.8 Sección H: Número de eventos adversos/errores reportados

### 4.8.1 Numero de errores reportados.

GRAFICO 32: Numero de errores reportados



Fuente: Encuesta

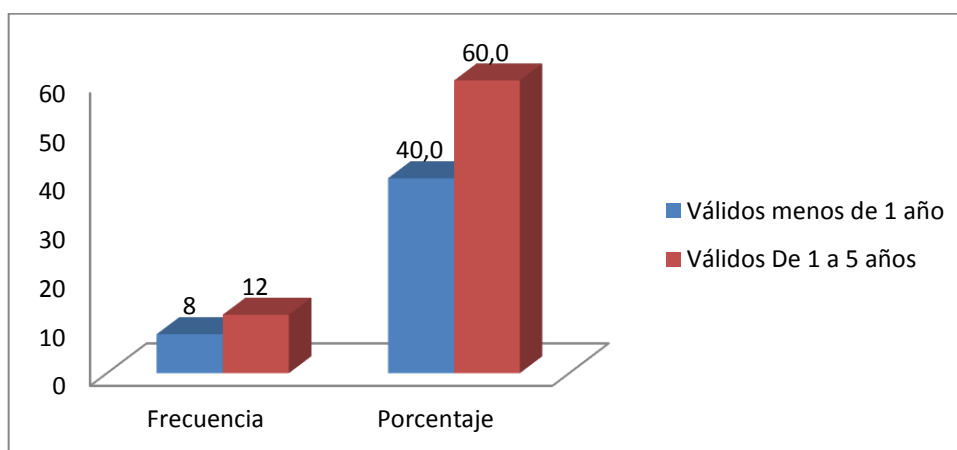
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian en un 90% que el personal de enfermería aseguran que en la unidad de salud se ha reportado o enviado de 1 a 2 reportes. Una vez se presenta el evento adverso se debe pensar y actuar orientados de que el paciente está primero, instaurar las medidas que minimicen el daño, registrar en la historia clínica los hechos, informar inmediatamente al paciente y a las autoridades competentes, y revisar el estado del arte del problema en cuestión. (RC., 2006), lo que significa que el reporte de eventos es necesario ya que con ello se realiza un llamado de atención con la finalidad de evitar la repetición de daño en los pacientes.

## 4.9 Sección I: Antecedentes

### 4.9.1 Tiempo Laboral

GRAFICO 33: Tiempo Laboral



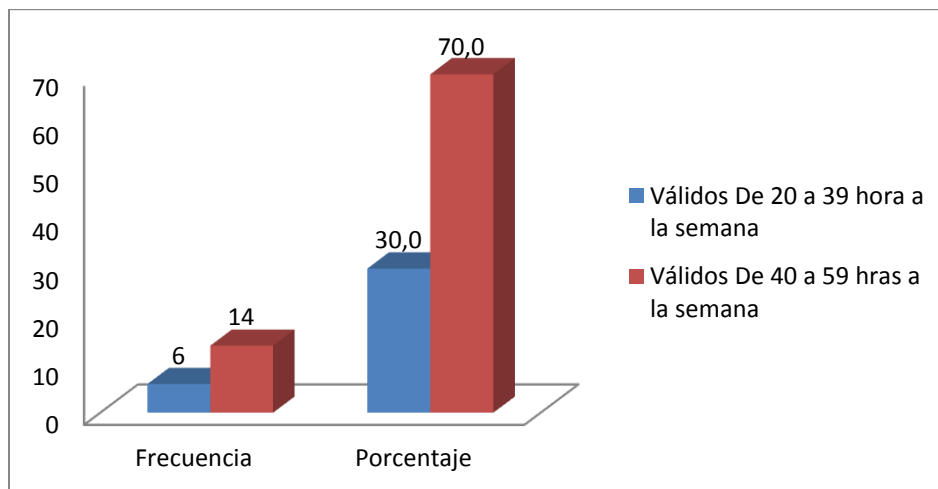
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian que el 60% del personal de enfermería lleva trabajando alrededor de 1 a 5 años. Para alcanzar el éxito, las organizaciones deben gestionar adecuadamente su talento humano, considerando los procesos a que ellos son sometidos dentro de estas instituciones. Uno de los más importantes al respecto, lo constituye la evaluación del desempeño laboral de los empleados. (Socorro, 2006), lo que significa que, al no tener un personal bien entrenado, capacitado muchos de ellos con poca experiencia puede causar un riesgo para que ocurra eventos adversos en los pacientes internos en la unidad.

## 4.9.2 Carga Horaria Laboral

GRAFICO 34: Carga Horaria Laboral



Fuente: Encuesta

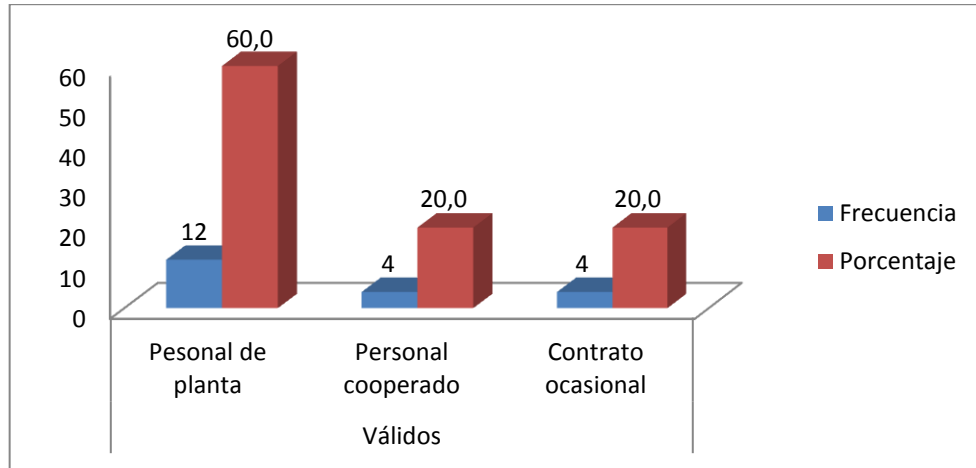
Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian que el 70% del personal de enfermería trabaja alrededor de 40 a 59 horas semanales. La enfermera como parte del equipo de investigación debe estar capacitada para ejecutar un rol importante, ya que el éxito en la aplicación del tratamiento depende de su buen desempeño profesional. (Acevedo G, 2008), lo que significa que, la sobrecarga laboral puede crear en el personal de enfermería estrés por lo que puede verse afectado su desempeño laboral, y por consiguiente disminuye la calidad de atención hacia los pacientes.



### 4.9.3 Contratación Laboral

GRAFICO 35: Contratación Laboral



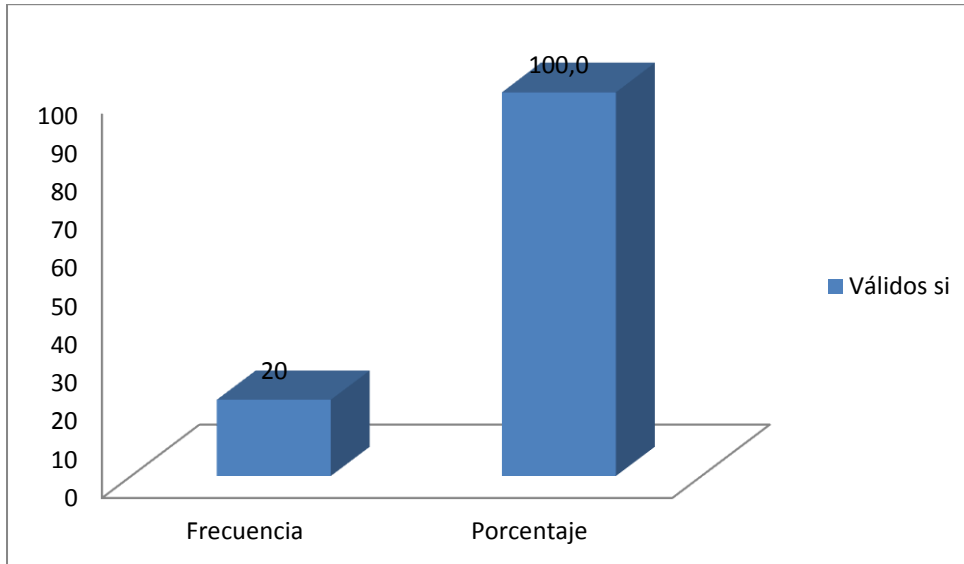
Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados muestran que en un 60% del personal afirma que tiene un contrato fijo en la institución. Para alcanzar el éxito, las organizaciones deben gestionar adecuadamente su talento humano, considerando los procesos a que ellos son sometidos dentro de estas instituciones. Uno de los más importantes al respecto, lo constituye la evaluación del desempeño laboral de los empleados. (Socorro, 2006), esto significa que el personal de enfermería estable y fijo es escaso a pesar que en su mayoría tiene contrato fijo, sin embargo no es suficiente para cubrir los turnos de trabajo, por lo que se ven sometidos a una sobrecarga laboral, por lo que se ve en riesgo la seguridad del paciente.

#### 4.9.4 Relación del Cuidado

GRAFICO 36: Relación del Cuidado



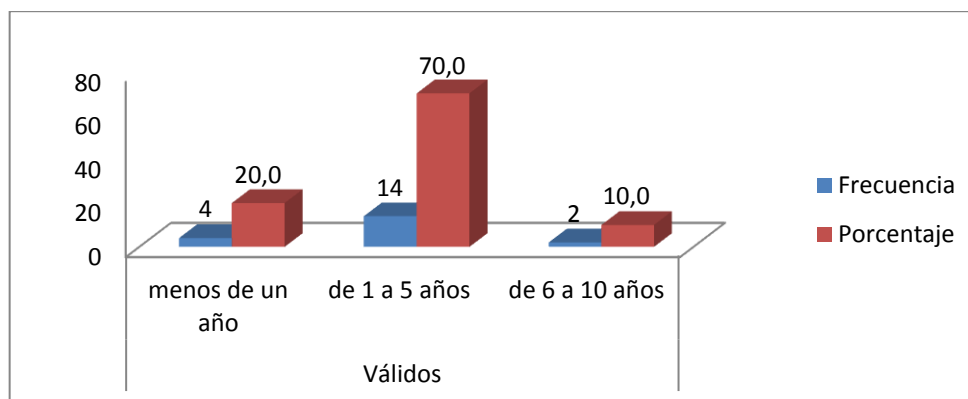
**Fuente:** Encuesta

**Elaborado por:** Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian en el 100% que todo el personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares de enfermería trabaja directamente con el paciente. La relación enfermera-paciente se caracteriza por comportamientos que incluyen percepciones, sentimientos, pensamientos y actitudes. Cada participante de la relación percibe y responde a la humanidad del otro, no a la enfermedad, a un número de cuarto o a un procedimiento determinado; la enfermera es percibida y responde a su "humanidad" como es ella.(IJ., 2007), esto refiere que beneficia en la relación enfermera-paciente creando un vínculo de confianza y seguridad para el propio paciente.

## 4.9.5 Experiencia Profesional

GRAFICO 37: Experiencia Profesional



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Investigadores

**Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos evidencian que en un 70% del personal de enfermería afirma que han trabajado alrededor de 1 a 5 años en su actual profesión. El tiempo de adaptación a este entorno dependerá de su habilidad para adquirir conocimientos prácticos y su capacidad para integrarlo con el saber teórico que posee. (Robalino, 2011), esto significa que es muy importante que en una casa de salud exista profesional preparado, capacitado y con experiencia, los cuales pueden educar a aquellos nuevos profesionales para evitar elevar la incidencia de eventos adversos en la unidad.

#### 4.10 Conclusiones

Una vez terminada la investigación con el tema: "Percepción del personal de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente", se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Los profesionales de enfermería del Hospital Estatal de Baeza en un porcentaje significativo manifiestan que por razón de que existe un déficit de personal, provoca la baja calidad en el cuidado, debido a la sobrecarga laboral, sometiéndose a situaciones de estrés y tensión emocional, impidiendo brindar un cuidado óptimo y personalizado a los usuarios.
- En la institución el profesional de enfermería, trabaja en un ambiente laboral adecuado, ayudando a que se mantenga una buena actitud frente a su labor, brindando una atención adecuada y satisfactoria hacia los usuarios que se encuentran en la unidad.

- En Hospital Estatal de Baeza, los profesionales de enfermería en un alto porcentaje se muestra que, en relación con gestión, se observa que la dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente, que contribuya a generar una cultura de seguridad y motivar que las unidades de salud desarrollen sistemas más seguros de prevención de errores
- En el hospital estatal de Baeza el profesional de enfermería indica en un alto porcentaje que la comunicación en salud es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas adoptar nuevas actitudes y comportamientos o a utilizar los servicios existentes, para mejorar la atención de salud.
- El profesional de enfermería del Hospital Estatal de Baeza, en un alto porcentaje menciona que el reporte de eventos adversos es necesario ya que con ello se realiza un llamado de atención con la finalidad de instaurar las medidas que minimicen el daño y evitar la repetición de daño en los pacientes.

#### 4.11 Recomendaciones

- Se sugiere a los directivos del Hospital Estatal de Baeza consideren contratar más personal de enfermería, prestar atención en la organización del personal y ritmos de trabajo, para cubrir la alta demanda de trabajo, con ello poder brindar una atención integral a los usuarios.
- La dirección del Hospital Estatal de Baeza debería, crear iniciativas de cambio y fomentar retroalimentación en todas las áreas sobre la importancia de la seguridad del paciente y la motivación para mejorar el trabajo cada día con “humanismo”.
- Se sugiere al profesional de enfermería, implementar estrategias para mejorar la comunicación, organización y trabajo en equipo, entre el personal, permitiendo que sea de una forma clara, oportuna y sencilla, permitiendo comprender el intercambio de información.

- Se requiere trabajar para que la gente comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias. Esto es considerado como un aspecto necesario a desarrollar para lograr que la cultura de seguridad del paciente sea eficaz.

## **CAPÍTULO V**

### **5 PROPUESTA**

#### **5.1 Introducción**

El presente programa fue un curso auto-administrado, conteniendo cinco módulos con su respectivo banco de preguntas de selección múltiple, pretende dar a los lectores un conocimiento e información breve y completa acerca de la cultura de seguridad del paciente, considerado un tema de gran importancia ya que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud.

Es así como se evidencia la necesidad de presentar el resultado de un proceso juicioso de crítica del estado del arte y nivel de evidencia de los reportes de investigación en el tema de “cultura de seguridad del paciente”, para ofrecer una descripción de la realidad encontrada al realizar un estudio de tipo sumativo documental y evidenciar necesidades y vacíos de investigación en este tema que sin duda está relacionado con el ejercicio profesional ético y competente.

Por medio de este curso auto-administrado resalta la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional



con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes.

## 5.2 Justificación

Este curso virtual fue diseñado y dirigido hacia los profesionales de enfermería del Hospital Estatal de Baeza en la provincia del Napo, con la finalidad de capacitar y educar al personal de dicha institución, en un tema tan importante a nivel mundial que es la cultura de seguridad del paciente.

Este curso fue diseñado con un contenido de cinco módulos con su respectivo banco de preguntas de selección múltiple para que los profesionales lo desarrollen de una manera fácil y sin dificultades, con el objetivo de mejorar sus conocimientos sobre la cultura de seguridad del paciente, y que a su vez construyan una herramienta que facilite la prevención de eventos adversos, y contribuir con posibles cambios en la institución.

Dado que la cultura define la forma en que un grupo social desarrolla sus procesos, el reto consiste en que cada organismo establezca su propia cultura de seguridad del paciente, ese es el mejor método para dar respuesta a las particularidades y necesidades específicas de cada institución hospitalaria

El aporte de la Universidad Técnica del Norte, de las egresadas de la Escuela de Enfermería es llegar hacia el personal con propuestas de cambio, como es el caso de la implementación del curso virtual auto-

administrado sobre cultura de seguridad del paciente, en el Hospital Estatal de Baeza como un instrumento de apoyo, y brinde los conocimientos pertinentes al personal.

### **5.3 Objetivos del curso**

#### **5.3.1 Objetivo General**

Capacitar y educar al personal de enfermería del Hospital Estatal de Baeza, con la finalidad de mejorar sus conocimientos y fortalecer destrezas sobre la cultura de seguridad del paciente.

#### **5.3.2 Objetivos Específicos**

- Promover el conocimiento sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería.
- Fomentar la investigación sobre la relación entre la falta de promoción de una cultura de seguridad del paciente y el bajo nivel de implementación en los diferentes servicios de los Hospitales públicos.
- Socializar el curso virtual auto-administrado como una guía educativa de Promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuales no se implementan las prácticas de seguridad del paciente.

#### **5.4 Metodología**

Se trata de un curso autorizado, basado en la cultura de seguridad del paciente, que es un tema en constante evolución. Además se basará en los cuidados de salud mediante su aplicación a problemas muy concretos y prácticos. Por otra parte la alternancia entre teoría y práctica permitirá que las enfermeras/os apliquen a su realidad las diferentes herramientas propuestas durante el curso. Para facilitar la comprensión entre profesionales, los contenidos se ilustrarán con ejemplos de investigaciones que han sido realizadas en otros países y ante situaciones de salud similares a nuestro país.

Los módulos están dirigidos a todo el personal de la institución a nivel asistencial, docente y administrativo que intervienen de forma directa en la gestión de atención del paciente dentro de la institución. Para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas, utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas que son fundamentales en cualquier práctica, también se presentan allí los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental seguir las instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

## **5.6 Módulos de Estudio**

### 5.6.1 Módulo I

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

#### **5.6.1.1 Breve historia**

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

#### **5.6.1.2 Seguridad del paciente**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que

propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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

### **5.6.1.4 ¿Cómo hacer la cultura de la seguridad una realidad?**

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

(Ministerio de protección social, 2008)

### 5.6.1.5 Cuestionario. Modulo I

Seleccione la respuesta correcta

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

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

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

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

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

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

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



**4. ¿Qué es cultura de seguridad del paciente?**

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

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

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

## **5.7 Módulo II**

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

### **5.7.1 Que es un evento adverso**

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

Es un acto que genera daño, después de que éste ingrese a una institución de salud, los mismos que en un 60% de los casos son prevenibles y evitables, 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.(Reyes Revuelta)

### **5.7.2 Tipos de eventos adversos**

Existen algunos tipos de eventos adversos como son:

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

### **5.7.3 Cultura del reporte de eventos adversos**

La cultura del reporte de eventos adversos, es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, pero sobretodo en la ética profesional que la persona tiene, y que busca continuamente reducir al mínimo el daño que

podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

A través del proceso administrativo se puede desarrollar proyectos sociales de salud y planes de mejoramiento sobre como reportar los eventos adversos e incidentes adversos.

La razón más grade que tiene el personal al reportar un evento adverso es el llamado de atención, el reporte en su hoja de vida, la desconfianza con los mismos colegas de la institución, entre otras cosas.

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

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

#### 5.7.4 Preguntas Módulo II

- **¿Qué es un evento adverso?**
  - a) ¿Es un tipo de incapacidad producida a causa de una enfermedad crónica agravada?
  - b) **Son complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud.**
  - c) Es el deterioro del estado de salud de un paciente el cual genera incremento de costos en la atención en salud
  
- **¿Qué es un evento adverso prevenible?**
  - a) Resultado no deseado causado de forma no intencional que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
  - b) Es el resultado no deseado causado de forma no intencional que pudo ser evitado sin el cumplimiento de estándares de calidad.
  - c) Resultado causado de forma intencional evitando el cumplimiento de estándares de calidad.
  
- **¿Qué es un evento adverso no prevenible?**
  - a) **Resultado no deseado causado de forma no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.**

- b) Es el resultado no deseado que se presenta con o sin el cuidado del personal de salud
- c) Resultado no deseado causado por la atención inadecuada del personal de salud.

- **¿Qué es la cultura del reporte de eventos adversos?**

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

- **¿Por qué o quién está determinado el éxito de un sistema de reportes?**

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

## **5.6 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

### **5.6.1 Factores que influyen en la seguridad del paciente**

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

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

- Factores de formación y entrenamiento: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparta, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.
- Factores de equipamiento y recursos: En el contexto de la sanidad es esencial poder fiarse del correcto funcionamiento de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerando como recursos tanto el personal bien entrenado, como dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error.
- Condiciones de trabajo: Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej.: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente,...



- Factores organizativos y estratégicos: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación

### **5.6.2 Alcances de la cultura de seguridad del paciente**

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

### **5.6.3 Clima de seguridad para el paciente**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “la salud ambiental está relacionada con todos, los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona.

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

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

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

#### Factores ambientales externos

- Humedad.
- Energía eléctrica.
- Agua.
- Aire.
- Deshechos.
- 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.

#### 5.6.4 Cuestionario Modulo 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

## **5.7 Módulo IV**

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

### **5.7.1 Liderazgo por el personal de enfermería implantar una cultura de seguridad**

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

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

"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)

### **5.7.2 La enfermera líder de conocer sobre:**

#### **Organización**

"la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería" (R., 2004), debe "apoyar al personal cuidador en su labor de cuidar en forma individualizada al paciente y su familia" (M., 2005), considerando siempre los "valores, actitudes y

conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados"; debe ejercer un liderazgo, el que "debe ser comprensivo, generando un clima de trabajo favorable, participativo, fomentando el trabajo en equipo, haciendo partícipe a su personal en las decisiones" (Kerouac S, 2002).

### **Comunicación.**

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

### **Escuchar**

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



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

### **Toma de decisiones**

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

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

### **5.7.3 Calidad de atención por el personal de enfermería**

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.7.5 Preguntas Modulo IV**

##### **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 laborar 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

## **5.8Modulo V**

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

### **5.8.1 Planteamiento de una política sobre cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud**

Los principios orientadores de la política

- Enfoque de atención centrado en el usuario

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

- **Cultura de seguridad**

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

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

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

- **Multicausalidad**

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

- **Validez**

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

- **Alianza con el paciente y su familia**

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

- **Alianza con el profesional de la salud**

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

estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

### **5.8.2 Política institucional de seguridad del paciente**

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

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente
  
- **Lineamientos claros de cómo implementarla**
  - La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
  - Garantizar la confidencialidad de los análisis.
  - Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
  - Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.

- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

### **5.8.3 Trabajo en equipo**

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

### **5.8.4 Principios**

- complementariedad
- coordinación
- comunicación
- confianza
- compromiso

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

La primera causa de EA en la atención en salud lo constituyen las fallas en la comunicación entre las personas que atienden a un paciente.

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

#### **5.8.5 Preguntas Modulo IV**

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

- **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.

- **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)

- **¿En qué consiste el Trabajo en Equipo?**

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

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

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

## Bibliografía

1. Acevedo G, C. H. (2008). *Importancia de la satisfacción como indicador de la calidad en enfermería*. . Mexico: UNIVERSUM.
2. Aiken LH, C. S. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. . *JAMA* , 93.
3. Baggio MA, C. G. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. . *Rev Bras Enferm.* , 552.
4. Balsanelli A, C. I. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. . *Rev. esc. enferm.* , 117-122.
5. Barrera Becerra, c., del Rio Urenda, s., Dotor Gracia, m., Santana
6. Lopez, V., & Suarez Aleman, G. (2011-2014). estrategia para la seguridad del paciente. *CONSEJERIA DE SALUD* , 68.
7. Bernal, M. D., Hilda Márquez Villarrea, & Javier Santacruz Varela. (2007). La seguridad del paciente: *eje toral de la calidad del paciente* , 128.
8. Bernardo, & Calderon. (2000).
9. Bowman G, S. M. (2008). Adjustment to occupational stress: the relationship of perceived control to effectiveness of coping strategies. . *Journal of Counseling Psychology.* , 294-303.
10. Briceño, L. (2007). *Trabajo en Equipo colaborativo*. Recuperado el URL: [http://boards5.melodysoft.com/l\\_D005/trabajo\\_en\\_equipo\\_colaborativo\\_14.html](http://boards5.melodysoft.com/l_D005/trabajo_en_equipo_colaborativo_14.html) de 11 de 2001



11. Briceño, L. (2011). Trabajo en Equipo colaborativo. 45-47.
12. Calderon, B. (2000).
13. Camargo , T., & Queiroz, G. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global* , 336-336.
14. Cantillo, E. V. (2007). Seguridad de los pacientes. *Un compromiso de todos para un cuidado de calidad* , 113 -114.
15. Categorización de servicios de enfermería. (2009). *Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras.* , 17-24.
16. Cometto MC, G. P. (2011). Enfermería y seguridad de los pacientes. *1ª ed. Washington* , 1-17.
17. Confiable., F. S. (2009). Seguridad del paciente: implementación de una cultura. .
18. *Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud.* (2008). Quito, Pichincha.
19. *Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud.* (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
20. Consumo, M. d. (2008). Seguridad del paciente relacionado con el personal de salud. *Seguridad del paciente reto sanitario* , 1-2.

- 21.D., M. (2006). La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones.
- 22.Ecuador, A. n. (2013). Proyecto de Código Orgánico Integral Penal. *asamblea nacional* , 167.
- 23.Fernández Collado, C. (2005). METODOLOGÍA. *McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.* , 20- 88.
- 24.Fernando Lolas Stepke, M. P. (2002). PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES. *Programa Regional de Bioética OPS/OMS* , 9-10.
- 25.Forum., T. N. (2007). Safe Practices for Better Health Care.
- 26.Gaitan Duarte, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *Salud Pública* , 10
- 27.Gaitán, D., & et al, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *SALUD PUBLICA* , 10.
- 28.García, M. R. (2010). *LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO EN EL ECUADOR*. QUITO: Sociedad Ecuatoriana de Bioética.
- 29.Gonzales Vallejo, J. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomía ocupacional.
- 30.González. (2011).

31. González, J. L. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomía ocupacional.
32. Gracia, M. D. (2012). *Recomendaciones para la seguridad del paciente*. España: Habibullah Rodríguez Contreras.
33. GRANADOS, V. (7 de 11 de 2012). CULTURA DEL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLINICA CES. *SCIELO* , 3.
34. 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.
35. Halligan M, Z. A. (2011). Safety culture in healthcare. *a review of concepts, dimensions, measures and progress.* , 388.
36. Hellings J, S. W. (2007). Challenging patient safety culture. *survey results.* , 620-632.
37. Hospital, S. D. (07 de 09 de 2013). *www.hsvp.gob.ec*. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de *www.hsvp.gob.ec*: *www.hsvp.gob.ec*
38. Hurtado, H. P. (2010). Analisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente. *Gerencia de Calidad* , 3.
39. IJ., O. (2007). The dynamic nurse – patient relationship. . *New York: GP Putnam'* , 26.
40. Installations., H. a. (2008). Organizing for safety: third report of the ACSNI study group on human factors. . *Sudbury* .
41. Juran, o. (2001-2013). *MANUAL DE CALIDAD*. CHILE.

42. K. Smith, J. R. (2007). La disciplina de los equipos. 33-35.
43. Kerouac S, P. J. (2002). El pensamiento enfermero. .
44. Leape, e., & Brennan, e. (2002). OMS.
45. Leon Roman, C. A. (2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA RESPONSABILIDAD EN EL ACTO DEL CUIDADO. *Cubana Enfermería*, 22 (3).
46. LEON ROMAN, C. A. (2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA RESPONSABILIDAD EN EL ACTO DEL CUIDADO. *CUBANA ENFERMERIA*, 22 (3).
47. *Ley Organica del Ecuador 2006 QUITO*
48. M., F. (2005). La gestión del cuidado en enfermería. *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*. , 11-37.
49. M., K. (2008). *El hombre y el medio ambiente. Organización Mundial de la Salud*. .
50. M., M. (2004). Evaluación de la carga de trabajo de enfermería . *propuesta de un modelo informático. Bol Hosp Viña del Mar* , 53-62.
51. Mahajan. (2010).
52. María Pilar , A. P. (2013). *Blog de seguridad del paciente en atención primaria*. ESPAÑA: sano y salvo.
53. Marquis BL, H. C. (2005). Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 477.

54. Ministerio de protección social. (2008). Objetivo de la política pública de seguridad del paciente. En d. República, *Lineamientos para la política pública* (págs. 13,14). Bogotá-Colombia: Redes de prestación de servicios de Salud.
55. Mosquera, D. M. (2011). *Relación de la Bioética y el Derecho*. Quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioética.
56. MSc., C. A. (2006). MSc. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". . *Rev Cubana Enfermer v.22 n.3* .
57. Nieva VF, S. J. (2003). Safety culture assessment. *a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. , 17-23.
58. Oerrmman MH, T. T. (2000). Important attributes of quality health care: consumer perspectives. . *Journal of Nursing Scholarship* , 167-172.
59. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* , 1.
60. Organization, W. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional Para la Seguridad del Paciente. (OMS, Ed.) 5.
61. Ortega C, S. M. (2006). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. . *Estrategias para su aplicación*.
62. Ortega C, S. M. Estrategias para su aplicación. En *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. Mexico: Editorial Médica Panamericana.

63. Para, D., Camargo, F., & Rey, G. R. (2012). Administración – Gestión - Calidad. *Enfermería Global*, 3-2.
64. PAUL, H. S. (07 de 09 de 2013). *www.hsvp.gob.ec*. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de *www.hsvp.gob.ec*: *www.hsvp.gob.ec*
65. Pelaez, J. L. (2005). *MANUAL DE ETICA MEDICA*. REINO UNIDO.
66. Potter P, P. A. (s.f.).
67. Potter P, P. A. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. .
68. R., Z. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* , 42-46.
69. RC., L. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. . *Rev Cubana Enfermer.* , 22.
70. Reyes Revuelta, J. F. Taxonomía en seguridad del paciente. En *Postulados reflexiones y teorizaciones* (pág. 14). Malaga.
71. Reyes, L. F. (2008). *NEGLIGENCIA MEDICA*. LIMA: Bioresonancia Magnetica.
72. Robalino, B. (2011). Ética profesional. *Editorial Jus, S.A.* , 76.
73. RODRÍGUEZ ESPINEL, J. (2011). *ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA COLOMBIANA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SUS IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogota: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

74. Rodríguez Espinel, J. (2011). *Análisis De Política Pública*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogotá: Universidad De Colombia.
75. Rodríguez, M. F. ( 2011- 2016). Plan estratégico de seguridad del paciente. *SERVICION DE EXTREMEÑO* , 11.
76. Román, M. C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermería* .
77. Rueda, D. S. (2008). CONCEPTOS BÁSICOS EN INVESTIGACIÓN. *carolina academia* , 4.
78. Salud, A. M. (2002). Calidad de atención: Seguridad del Paciente.
79. Salud, O. M. (2001). Seguridad del paciente. . *La investigación en seguridad del paciente*.
80. Salud, O. M. (2009). *INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
81. SALUD, O. M. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* , 1.
82. Salud., O. M. (2009). Calidad de la atención: seguridad del paciente.
83. Salud., O. M. (2009). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*..
84. Salud., O. M. (2009). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. . Ginebra, Suiza .
85. Salud., O. P. (2002). *Calidad de Atención: Seguridad del Paciente*.

86. Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.* , 3-4.
87. Segoviano, M. R. (2005). *La seguridad del paciente en siete pasos.* Reino unido: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA.
88. Senplades. (2013). Planificación y desarrollo. *secretaría nacional de planificación y desarrollo* , 5.
89. Socorro, F. (2006). Estabilidad laboral: otro paradigma que cambia. 76.
90. Stetler CB, M. D. (s.f.). Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. . *Applied Nurs Res.* , 195-206.
91. Tomás, D. S. (2010). eventos adversos ligados a la asistencia. *EVADUR* , 415-416.
92. Uribe M, M. C. (2010). Percepción del paciente hospitalizado por falla cardíaca. *Medicina UPB.* , 124-134.
93. Uribe Zúñiga, D. (2005). Modelo de atención de enfermería obstétrica. *Salud* , 14.
94. Varela Espiñeira, S. (2013). Seguridad del Paciente en el Servicio de
95. Urgencias del Complejo Hospitalario. *Universidad Coruña* , 38-40.



96. Vázquez Curiel, E., Esperato, A., & Klavano, D. (2012). RED DE PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *DIGITAL UNIVERSITARIA*, 3.
97. Vorvick, L. J. (1997-2013). *SALUD PARA USTEDES*. Washington: MEDLINE PLUS.
98. Y, A., & E, T. (2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA ESTRATEGIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALU. *SCIELO*, 29 (3).
99. Zambrano Plata, G. E. (2011). Hacia la consolidación de enfermería. *Ciencia y Cuidado*, 84.
100. 55.18., O. P. (18 de mayo de 2002). *Calidad de atención: Seguridad del paciente*. Recuperado el 13 de febrero de 2009, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/Ths/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>
101. 55.18., O. P. (2002). *Calidad de atención: seguridad del paciente*.

# ***ANEXOS***

## ANEXO 1

### TAXONOMÍAS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**Agente:** sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios.

**Atención sanitaria:** servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

**Características del paciente:** atributos seleccionados de un paciente.

**Clasificación:** organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.

**Concepto:** elemento portador de significado.

**Clase:** grupo o conjunto de cosas similares.

**Casi error / “nearmiss”:** Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; Hecho que estuvo a punto de ocurrir; Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.

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

**Complicación:** Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

**Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

**Daño asociado a la atención sanitaria:** daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión.

**Discapacidad:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociada a un daño pasado o presente.

**Detección:** acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

**Evento:** algo que le ocurre a un paciente o le atañe.

**Evento adverso / efecto adverso /resultado adverso (ea):** Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.

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

**Error:** Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un EA.

**Error activo:** Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Suelen ser llamados también errores "a pie de cama". Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

**Error (condición) latente:** Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

**Fallo del sistema:** defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de una organización.

**Grado de daño:** gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

**Factor atenuante:** acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño a un paciente.

**Factor contribuyente:** circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de incidente.

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

**Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o un evento.

**Relación semántica:** la forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado.

**Riesgo asistencial:** Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización conllevan más riesgos asistenciales.

**Reacción adversa:** daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento.

**Resultado para el paciente:** repercusiones en un paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.

**Res licencia:** grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.

**Paciente:** persona que recibe atención sanitaria.

**Práctica clínica segura:** Aquellas prácticas sobre las que hay evidencia consistente, prometedora o intuitiva que reducen el riesgo de sucesos adversos relacionados con la atención sanitaria.

**Peligro:** circunstancia, agente o acción que puede causar daño.

**Salud:** estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Seguridad:** reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.

**Seguridad del paciente:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

**Suceso centinela:** Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas. Algunos autores lo denominan "Suceso vergüenza".

**Tipo de incidente:** término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir Características acordadas.

**Negligencia:** Error difícilmente justificable ocasionado por desidia, apatía, abandono, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

**Mala praxis:** Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias.





**ANEXO 2.**  
**ENCUESTA**  
**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

**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, lagente se apoya Mutuamente.					
2Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo.					
3 Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo					

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

<b>Piense en su unidad /área de trabajo</b>	Muy en desacuerdo.	En desacuerdo.	Ni 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.**

<b>Piense en su unidad /área de trabajo</b>	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 a cometer.					
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 auxiliar	
3	Médico de planta	
4	Médico Residente	
5	Médico Especialista	
6	Químico Farmacéutico	
7	Técnico (Ej. ECG, laboratorio, radiología)	
8	Fisioterapeuta	
9	Bacteriólogo	
10	Terapeuta ocupacional	
11	Nutricionista	
12	Camillero	


13	Fonoaudiólogo	
14	Administrativo	
15	Personal de Dirección y Gerencia	
16	Personal de mantenimiento	
17	Otro, por favor especifique:	


5. ¿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	


7. ¿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