

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



**ARTÍCULO CIENTÍFICO**

**TEMA:**

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE CULTURA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE–HOSPITAL”LUIS GABRIEL DÁVILA”  
TULCAN – CARCHI 2014-2015.

**AUTORES:**

Revelo Carvajal Julia Valentina

Varela Morales Aída Nathaly

**DIRECTOR DE TESIS:** Dr. Jaramillo Darwin

**IBARRA-ECUADOR**

**2015**

**PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE  
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE –HOSPITAL LUIS  
GABRIEL DÁVILA DE TULCAN – CARCHI 2014-2015.**

**Autores:**

**Revelo Carvajal Julia Valentina**

**Varela Morales Aída Nathaly**

**Director de tesis: Dr. Darwin Jaramillo**

**RESUMEN**

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

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

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

## **SUMMARY**

## Introducción

---

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

La Organización Mundial de la Salud aborda en el año 2004 una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el fin de establecer y consolidar estrategias para el manejo del problema de los eventos adversos, con bases científicas mejorar la calidad de la calidad y seguridad del paciente.

Según esta organización, en los países en vías de desarrollo el 77% de los eventos adversos corresponden a: Casos de medicamentos y de baja calidad, el mal estado, de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables.

Desde este aspecto, la investigación implica el análisis de las capacidades del personal enfermero y las instituciones de salud para reconocer los errores; involucra la conciencia de que estos deben ser reportados para que el estudio posterior redunde en mejorar las cosas, de esta manera entregar atenciones seguras trabajando activamente en la prevención, en un ambiente de responsabilidad.

Por este motivo la investigación ayudará a identificar y propiciar una cultura de seguridad del paciente, adaptada a su contexto lo cual implica: liderazgo, trabajo, en equipo y colaboración; además que detecte necesidades, define líneas, estrategias, acciones y resultados; prácticas basadas en evidencia, comunicación, efectiva, aprendizaje y mediciones, una cultura de trato justo, pensamiento sistémico, factores humanos.

Cada uno de estos factores puede aplicarse a la práctica y contribuir de manera considerable a la reducción del riesgo.

Como investigadoras se realizó un curso virtual, llamado Cultura De Seguridad Del Paciente, con el propósito de entregar una herramienta al hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán, y a los estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica Del Norte, la cual ayude al a mejorar la cultura de seguridad del paciente tanto en el área hospitalaria como comunitaria.

## **Materiales y Métodos**

---

Para responder el propósito de la investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con modalidad de encuesta, realizado entre el 2014 y 2015. El lugar de estudio fue el Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad del Tulcán, de la provincia del Carchi, la población de estudio estuvo constituida por 114 profesionales de enfermería y que cumplieron con los criterios de inclusión en servicio activo que laboran dentro de la institución que brindan cuidado asistencial, se excluyeron 5 profesionales que se encontraron en período de vacaciones y maternidad.

Para el diseño del instrumento, se utilizó la versión española hospital Surveyon Patient safety culture patrocinada por el Medical Errors Work group of the Quality Interagency Coordination Task Force (QUIC) adaptada por el grupo de investigación, definido como un instrumento para explorar de manera fiable las características laborales del personal de enfermería, la organización, gestión y procesos de comunicación interna relacionados con la seguridad del paciente en el hospital, las actitudes, comportamientos favorables determinan la cultura organizacional para notificar sucesos, definir procedimientos de riesgo asistencial en seguridad del paciente con el fin de elaborar planes para mejorar la seguridad del paciente a nivel hospitalario.

Para el análisis e interpretación de datos se utilizó un diseño único y bi variado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico Spss pasws tatistics versión18 y los estadígrafos de la estadística descriptiva (medidas de tendencia central).

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se aplicó la encuesta con la versión española, cuestionario AHRQ traducido y validado para que pueda ser utilizado por todos los sistemas de salud de habla española, permitiendo con esta estructura hacer comparaciones internacionales

## **Resultados**

---

**Sección A: Suservicio/ unidad:** La media general que se obtuvo en la sección A fue de 3.35. La media mínima corresponde a la pregunta A7 (Usamos más temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente), la media A 15 (La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo), la media máxima fue 4,34 que corresponde a la pregunta (En esta unidad, el personal se trata con respeto).La desviación típica general de la sección A es de 0,97 , la desviación mínima con 0,62corresponde a la pregunta

(Hay una buena seguridad de los pacientes en esta unidad)y la desviación máxima con 1,27corresponde a la pregunta (El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente)en cuanto a la curtosis el promedio general fue 0,27 que corresponde a una distribución de datos platicurticos.

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

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

**Sección D: Comunicación.** La media general que se obtuvo en la sección D fue de 3.52.La media mínima corresponde a la pregunta D4 con 2,89 (El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.), la media máxima fue 4,08 que corresponde a la pregunta D5 (En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer).La desviación típica general de la sección D es de1,05 , la desviación mínima con 0,81corresponde a la pregunta D5 ((En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer.) y la desviación máxima con 1,233 corresponde a la pregunta D2 (El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente al cuidado del paciente.) en cuanto a la curtosis general fue de -0,484 que corresponde a una concentración platicurtica

**Sección E: Frecuencia de eventos adverso:** La media general que se obtuvo en la sección E fue de 3,50. La media mínima corresponde a la pregunta E3 con 3,47 (Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado.), la media máxima fue 3,57 que corresponde a la pregunta E2 (Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado). La desviación típica general de la sección E es de 1,14, la desviación mínima con 1,12 corresponde a la pregunta E2 (Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, que tan frecuentemente es reportado.) y la desviación máxima con 1,16 corresponde a la pregunta E3 (Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, que tan frecuentemente es reportado.) en cuanto a la curtosis general fue de -0,59 que corresponde a una concentración platocúrtica.

**Sección F: Grado de seguridad del paciente:** La media general que se obtuvo en la sección F fue de 1,88. La desviación típica general es de 0,56, en cuanto a la curtosis general fue de 0,45.

**Sección G: Número de eventos adversos/ errores reportados:** La media que se obtuvo en la sección G fue de 1,96. La desviación típica general es de 1,29, en cuanto a la curtosis general es de -0,002.

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

## **Fortalezas**

---

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

## **Debilidades**

---

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

### **Opiniones y Sugerencias:**

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

#### **1. Percepción Global de Seguridad**

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



## **2. Infraestructura**

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

## **3. Aprendizaje Organizacional**

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

## **4. Coordinación y comunicación**

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

## **Discusión**

---

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

La institución posee bases pre-establecidas para alcanzar una seguridad del paciente al interior de cada unidad y así de todo el Hospital.

Los aspectos relevantes favorables para la construcción adecuada de un medio seguro para el paciente están dados y los problemas han sido identificados gracias al personal de enfermería, pues los encuestados tiene contacto directo con el sistema.

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

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

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

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

Un 72%, reconoce al trabajo en equipo como una fortaleza en cada servicio, ya que permite la solución de problemas y planificación de posibles mejoras de esta manera la calidad de servicios prestados, estudios anteriores sobre seguridad de paciente realizados por Alarcón & Ortiz, 2010, en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español reveló un valor cercano el 87% de trabajo en equipo reconociendo de esta manera como una fortaleza similar a la de nuestra investigación.

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

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

El trabajar más horas en el 52% de los encuestados es un tiempo adicional que se incorpora directamente al cuidado del paciente; sin embargo el hecho de trabajar más tiempo influye directamente en el rendimiento laboral, y por lo tanto en la calidad de

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

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

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

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

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

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

El traslado de los pacientes de una unidad de salud a otra es eficaz por lo que es otra fortaleza encontrada pues implica un seguimiento eficaz en el tratamiento del usuario

externo; además la entrega del cambio de turno refleja en la continuidad en la atención y por consiguiente se minimiza la probabilidad de que ocurra un error.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Conclusiones**

---

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

## **Recomendaciones**

---

1. Nosotros creemos que la organización interna del hospital deberá estar basada en una política de administración participativa y no punitiva, realmente entrar en un dialógico constante, logrando así integrar los enfoques del proceso de comunicación más pertinentes con los objetivos de la organización y del sistema en los que están basado.
2. Los líderes tratarán de mejorar las jornadas laborales , trabajo en equipo distribuyendo horarios adecuados para evitar el cansancio y la sobrecarga

3. Se recomienda al gerente de la institución, reevaluar la partida presupuestaria para la contratación del personal de salud, debido a la alta demanda de pacientes, puesto que el personal que labora no da abastecimiento para el número de usuarios.
4. Promover un cambio cultural a través del desarrollo de un pensamiento disciplinario que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos, y al trabajo organizado para su prevención.
5. Gracias a la Universidad Técnica Del Norte y a su plataforma virtual se ha podido llevar a cabo el curso virtual sobre “La cultura de la seguridad del paciente” el cual ayudará a solucionar problemas a través de estrategias como cultura de reportes de eventos adversos, colaboración, gestión entre unidades y trabajo en equipo

### **Bibliografía.**

---

1. Constitución de la República del Ecuador. (13 de Julio de 2011). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, TÍTULO VII RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, capítulo primer. Sección segunda . Salud. *Constitucion del Ecuador*. Quito, Pichincha, Ecuador.
2. Esperato , A., Klavano, D., & Vázquez, C. (2012). Red De Pacientes Por La Seguridad. *Digital Universitaria*, 3.
3. Fernández S., P. (2001). Tipos de estudios clínico epidemiológicos. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.*, 1 - 9.
4. Ministerio de Protección Social. (Diciembre de 2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Fundación FITEC.
5. Ramírez, O. G., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogota Colombia. *Ciencia y enfermería*, 98-99.
6. Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.*, 3-4.
7. Uribe Zúñiga, D. (2005). Modelo de atención de enfermería obstétrica. *Salud*, 14.
8. (OPS), O. P. (Septiembre de 2004). Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud. *Manual de análisis de la dotación de personal en establecimientos de salud*. Minga consultora S.A.

9. 59° Asamblea Médica Mundial. (Octubre de 2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Principios éticos para la investigación médica en seres Humanos*. Seúl, Seúl, Corea.
10. Ablabedo, J., & Díaz, J. (Noviembre de 2010). Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. *Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería*. Asturias, Asturias, España: Eujoa Artes gráficas.
11. Administración, HLGD. (Octubre de 2014). Historia del hospital I Luis Gabriel Dávila. Tulcán, Carchi, Ecuador.
12. Agra, T. (DICIEMBRE de 2006). La seguridad del paciente: una estrategia del sistema nacional de salud. *Scielo*, 29(3).
13. Aguerrebere, P. M. (2012). El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *R. C. Y S. Revista de Comunicacion En Salud* , 34 .
14. Alarcón, C., & Ortiz, A. (03 de Diciembre de 2010). Análisis de la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado*. San Ramón, San Ramón, España: Esperanza 2150.
15. Aranas, J., & Loza, M. (2012). SEGURIDAD DEL PACIENTE. *SCIELO*, 25.
16. Arechabala, M., & Valenzuela, J. (2012). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *SENFERDIALT*, 27 - 29.
17. Asamblea Nacional Del Ecuador. (2006). *Ley Organica De Salud*. Quito.
18. Asstolfo, F. (2006). *FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD AL PACIENTE PARA DISMINUIR ERRORES MEDICOS*. CALI: ARTES GRAFICAS DEL VALLE LTDA.
19. Astier Peña, M. P. (16 de 05 de 2013). *Blog de seguridad del paciente en atención primaria*. España: sano y salvo.
20. Astolfo León, F. (2006). *FUNDAMENTOS DE SEGURIDAD AL PACIENTE PARA DISMINUIR ERRORES MEDICOS*. CALI: ARTES GRAFICAS DEL VALLE LTDA.
21. Bañeres, J., & Donabedian, F. A. (11 de Mayo de 2006). Los sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos . *Los sistemas de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos* . Madrid, Madrid, España.
22. Barba, a. R. (2013). POLITICA DE COMUNICACIÓN INTERNA. *Scielo*, 14.
23. Barrera Becerra, c., del Rio Urenda, s., Dotor Gracia, m., Santana Lopez, V., & Suarez Aleman, G. (2011-2014). estrategia para la seguridad del paciente. *CONSEJERIA DE SALUD*, 68.
24. Bautista, M., & Guitart, A. (S/F). *ENFERMERÍA: ¿TRABAJA EN EQUIPO?* Cali: la Caixa.

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



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

57. Gaitán, D., & et al, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. *SALUD PUBLICA*, 10.
58. Garzon Alarcon, N. (2008). Recomendaciones Éticas Para Las Investigaciones En La Facultad De Enfermeria De La Universidad Nacional De Colombia. *Centro de extension de investigacion*.
59. Ginocchio, L. (2008). *Negligencia médica*. Lima: Bioresonancia Magnetica.
60. Gómez, O., Arenas, W., & González, L. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *SCIELO*, 14.
61. Gonzales Vallejo, J. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomia ocupacional.
62. González. (2011).
63. González, J. L. (2001). *error humano*. Cambridge University: ergonomia ocupacional.
64. González, O. G. (2012). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *SCIELO* , 32.
65. Hospital Padre Hurtado. (2010). Analisis De La Cultura Sobre Seguridad Del Paciente. *Gerencia de Calidad*, 3.
66. Hospital, S. D. (07 de 09 de 2013). *www.hsvp.gob.ec*. Recuperado el 14 de 09 de 2013, de *www.hsvp.gob.ec*: *www.hsvp.gob.ec*
67. Huenumilla, F. (2009). LA CONFIABILIDAD EN EL LÍDER: UN ESTUDIO SOBRE LAS ENFERMERAS JEFES DE UN HOSPITAL. *SCIELO*, 2.
68. Ibarra, M. (Junio de 2012). Protocolo de trabajo por enfermería. *Hospital regional de alta especialidad de Oxaca, sub dirección de enfermería, calidad de investigación en enfermería* . Oxaca, Oxaca.
69. *Implementación de un programa para el paciente*. (2007). BUENOS AIRES: PRINTED.
70. INCIDENTES DE EVENTOS ADVERSOS EN MEDICINA. (2009). *SYREC*, 85.
71. Instituto Nacional de Salud Pública. (2007). *SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO*. MEXICO D.F.: PANAMERICANA.
72. J. Pérez Lázaro, C. G. (2011). Seguridad del paciente . *Scielo*, 84.
73. JC March Cerdá, M. P. (2010). AUDITORÍAS DE COMUNICACIÓN INTERNA EN HOSPITALES PÚBLICOS ANDALUCES. *Gaceta* , 42.
74. Junta de Beneficiencia de Guayaquil. (26 de 03 de 2012). Obtenido de <http://juntadeneficencia.org.ec/es/prensa/1897-xv-congreso-medico-internacional-hrg>

75. Juran, o. (2001-2013). *Manual de calidad*. Chile.
76. Leape, B. (2002). OMS.
77. Lenguas, S. (02 de Mayo de 2008). Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. *Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Vía Salud.
78. León Román, C. (SEPTIEMBRE de 2006). LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA RESPONSABILIDAD EN EL ACTO DEL CUIDADO. *CUBANA ENFERMERIA*, 22(3).
79. Leon Roman, C. A. (SEPTIEMBRE de 2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermeria*, 22(3).
80. León, C. (2009). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Rev Cubana Enfermer*, 3- 4- 5.
81. Leonel, A., & J, P. (19 de Marzo de 2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Errores de enfermería en la atención hospitalaria*. México.
82. Ley Orgánica de Salud. (22 de 12 de 2006). *LEY ORGANICA DE SALUD. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006*. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR.
83. Lidison, E. (2013). *MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES: DE LAS IDEAS A LA ACCIÓN*. COLOMBIA: EDIDPRO.
84. López Montesinos, M. (2009). Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos . *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos del rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos*. Murcia, Murcia, España.
85. Lorda, P. (2013). Ética y seguridad de los paciente. *Ética y seguridad de los paciente*. Granada, Andalucía, España.
86. Mahajan. (2010).
87. Mainetti, J. (1989). Ética médica. *CÓDIGO DE NÚREMBERG Tribunal Internacional de Núremberg, 1947*. La Plata, La Plata, Argentina: Quirón.
88. Mangal, L. M. (2011). El Ambiente del entorno de trabajo en un hospital universitario: Percepción de las enfermeras. *Dialnet*, 161- 169.
89. Manzur, G., & Morales, R. (20011). Equipo de salud :Comunicación y conflictos. *Equipo de salud :Comunicación y conflictos*.
90. *Marco Conceptual de la Seguridad del Paciente* .(2009). Washington, DC: Eindhoven University of Technology.
91. Marco conceptual de la seguridad del paciente. (2014). *PATIENT SAFETY*, 10.

92. Marriner-Tomey. (2009). *Modelos y teorías en enfermería*. Edición. Mosby: Edición. Mosby.
93. Melendi, D. L. (2009). Vigilancia en salud. *Scielo Univercidad Chiles* , 95.
94. Melo, M. B. (2012). Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Rev:Latino-Am. Enfermagem*, 26- 28.
95. Merida de la Torre, F. (2012). *Fundamentos de la seguridad al paciente*. PANAMA: PANAMERICANA.
96. Merino Plaza, M. J. (2012). *LA SEGURIDAD DEL PACIENTE UN RETO PARA LA ASISTENCIA SANITARIA*. ESPAÑA: RC LIBROS.
97. Ministerio de la Sanidad y Política Social. (2010). Análisis de la cultura de la Seguridad Del Paciente. *SOLITH*, 54.
98. Ministerio de Protección Social. (21 de 03 de 2012). *PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*. Obtenido de MINISTERIO DE PROTECION SOCIAL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/cultura.html>
99. Ministerio de Protección Social. (2014). *SCIELO*, 25.
100. Ministerio de Salud del Perú. (s.f.). *OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/index.asp?pg=6>
101. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *ESTANDARES DE CALIDAD DE CUIDADOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DEL SNS*. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.
102. Ministerio de Sanidad,Gobierno de España. (Agosto de 2007). Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria. *Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria*. Madrid, Madrid, España: Nationla patient safety agency.
103. Mosqueda, A., & Mendoza, S. (06 de Mayo de 2014). Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud*. Brazil: Reflexao.
104. Mosquera, D. M. (2011). *Relación de la Bioética y el Derecho*. quito: Sociedad Ecuatoriana de Bioetica.
105. Msc. Leon Roman, C. A. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Cubana Enfermeria*.
106. Ocampo, J. (2011). PROYECTO DE DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES DE CATALUÑA, BASADO EN EFQM, PARA LAS ÁREAS QUIRÚRGICAS, DE URGENCIAS, UCI Y HOSPITALIZACIÓN. *AVEDIS DONABEDIAN*, 45.

107. Organización Mundial de la Salud. (2011). IBEAS : red pionera en la seguridad del paciente en latino america. En D. D. Bates, *Seguridad del paciente* (págs. 1 - 2). Costarrica: RESEARCH.
108. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/patientsafety/es/>
109. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.
110. Organización Mundial De La Salud. (2008). La Investigación en seguridad del paciente. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, 1.
111. Organización Mundial de la Salud. (2008). *LA INVESTIGACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE*. FRANCIA.
112. Organización Mundial DE La Salud. (2009). *Estudios e investigación 2009*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
113. Organización Mundial de la Salud. (11 de ABRIL de 2012). Obtenido de <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>.
114. Paez Armenteros, J. (2010). La seguridad del paciente: una estrategia para los. *Sociedad Cubana de Enfermería*.
115. Para, D., Camargo, F., & Gomez, R. (2012). Administración – Gestión - Calidad. *Enfermería Global*, 3-2.
116. Pelaez, J. L. (2005). *Manual de ética médica*. Reino Unido.
117. Polit, D. C. (2014). Agencia Europea para la Seguridad y Trabajo en la salud . *SALORDIA* , 21.
118. Roa M; Dirección general de calidad y servicios ministerio de la protección social. (Noviembre de 2008). Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente . *Lineamiento para la implementación de la política de seguridad del paciente* . Bogotá , Bogotá, Colombia: Buenos y creativos .
119. Robalino, B. (2011). Ética profesional. *Editorial Jus, S.A.*, 76.
120. Rodríguez Espinel, J. (2011). *Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia.
121. Rodríguez Espinel, J. (2011). *Análisis De Política Pública*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Bogotá: Universidad De Colombia.
122. Rodríguez Espinel, M. F. (2011- 2016). Plan estratégico de seguridad del paciente. *Servicio De Extremeño*, 11.
123. Ruano, L., & M, R. (2014). Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis de Otavalo- Provincia Imbabura.

- Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital San Luis de Otavalo*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
124. Ruano, L., & Ruano, M. (19 de Septiembre de 2014). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo. *Percepción del personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo*, 38, 39. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
  125. S., D. H. (2010). CR GESTION DEL CUIDADO. *Higgins*, 5.
  126. Salud, O. M. (2009). *Estudios e investigación 2009*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
  127. Santos M C, B. A. (2010). Enfermería Global. *Scielo*, 359.
  128. Secretaria Nacional De Planificación y Desarrollo. (18 de 03 de 2014). *El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador*. Obtenido de El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador: <http://plan.senplades.gob.ec/3.3-el-buen-vivir-en-la-constitucion-del-ecuador>
  129. Segoviano, M. R. (2005). *La seguridad del paciente en siete pasos*. Reino Unido: Ministerio de Sanidad y Consumo.
  130. Seguridad de los Pacientes. (2013). *AVEDIS DONAVEDIAN* , 28.
  131. Seguridad del Paciente. (2009). *TOLQUIT*, 54.
  132. *Seguridad del paciente hospitalizado*. (2008). MEXICO: MEDICA PANAMERICANA.
  133. Seguro Social Costarricense. (28 de Febrero de 2007). Taller de formulación de Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente. *Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente*. San José, San José, Costa Rica.
  134. Senplades. (2013). Planificación y desarrollo. *secretaria nacional de planificación y desarrollo*, 5.
  135. *Sistemas de vigilancia y notificación de eventos adversos*. (11 de abril de 2011). Obtenido de intendencia profesional en salud : [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6921\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6921_recurso_1.pdf)
  136. Siurana, J. (28 de Enero de 2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*, N°22(ISSN 0717-4675). Valencia, Andalucía, España: Veritas.
  137. Solart, K., & Gavilánez, Y. (2011). NORMA Y PROTOCOLO PREVISION, REGISTRO, GESTION. En I. R. OJEDA, *NORMA Y PROTOCOLO PREVISION, REGISTRO, GESTION* (pág. 5). Puyo: EPID.
  138. Steps(NPSA), S. (Noviembre de 2005). La seguridad del paciente en siete pasos. *La seguridad del paciente en siete pasos*. Reino Unido, Inglaterra: Ministerio de

sanidad y consumo secretaría general técnica de publicaciones, paseo del prado ,  
18 -20014 Madrid.

139. Tomas, D. (2010). Eventos adversos ligados a la asistencia. *Evadur*, 415-416.
140. *tribunal Nacional Etico De enfermria* . (2012). Colombia Bogota : Rodal.
141. Vázquez, E., Esperato, A., & Klavano, D. (2012). RED DE PACIENTES POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *DIGITAL UNIVERSITARIA*, 3.
142. Vorvick, L. J. (1997-2013). *Salud para ustedes*. Washington: Medline Plus.
143. [www.healthpromotion2013.org](http://www.healthpromotion2013.org). (2013). Obtenido de [http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP\\_Helsinki\\_Statement.pdf](http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf)La 8

Zambrano Plata, G. E. (2