

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



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

TEMA:

“CALIDAD DEL AMBIENTE DE TRABAJO EN HOSPITALES DE
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PROVINCIA DE
IMBABURA”

AUTORAS:

CHICAIZA REINA CRISTINA LUCELY
HERRERA BASITADAS GABRIELA SOLEDAD

DIRECTORA DE TESIS:

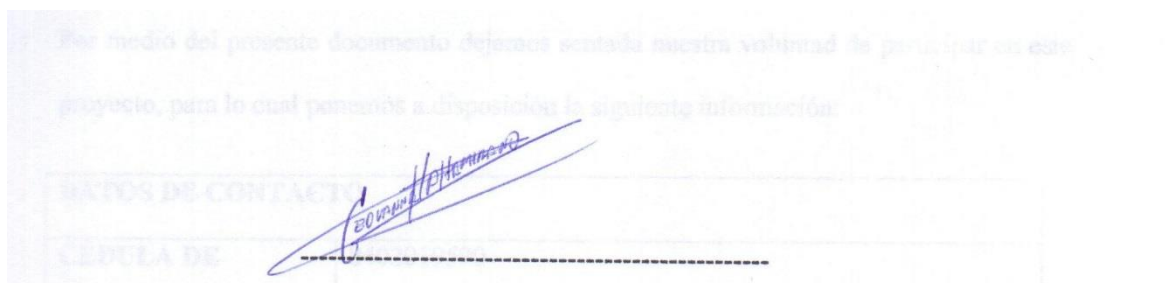
LIC. GEOVANNA ALTAMIRANO ZABALA

IBARRA, ECUADOR 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de grado presentado por las Srtas: Chicaiza Reina Cristina Lucely y Herrera Bastidas Gabriela Soledad, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 2 días del mes de octubre del 2015.



Lic. Geovanna Altamirano Zabala



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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 dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	0402019590		
	0401684196		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Herrera Bastidas Gabriela Soledad		
	Chicaiza Reina Cristina Lucely		
DIRECCIÓN:	Rocafuerte y Colón 09-42 (San Gabriel)		
	Leopoldo Padilla y Panamericana (Mira)		
EMAIL:	solegabu@hotmail.com		
	cristina_hl92@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2290-346	TELÉFONO MÓVIL:	0999416503
	2280-964		0969130842

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“Calidad del Ambiente de Trabajo en Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Provincia de Imbabura.”
AUTOR (ES):	Herrera Bastidas Gabriela Soledad Chicaiza Reina Cristina Lucely
FECHA: AAAAMMDD	2015-11-09
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Geovanna Altamirano Zabala

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Chicaiza Reina Cristina Lucely y Herrera Bastidas Gabriela Soledad, con cédula de identidad Nro. 0401684196, 0402019590, en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos 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.

1. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 9 días del mes de noviembre del 2015.

(Firma)..... 

Nombre: ..Cristina Chicaiza Reina..

(Firma)..... 

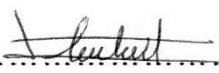
Nombre: ..Gabriela Herrera B. ..

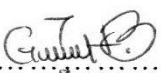


UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Nosotras: Chicaiza Reina Cristina Lucely y Herrera Bastidas Gabriela Soledad, con cédulas de ciudadanía Nro. 0401684196, 0402019590, 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 autoras de la obra o trabajo de grado denominado: “Calidad del Ambiente de Trabajo en Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Provincia de Imbabura”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 9 días del mes de noviembre del 2015.

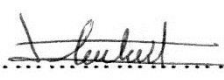
(Firma).....
Nombre: ...Cristina Chicaiza Reina.
Cédula:0401684196.....

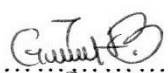
(Firma).....
Nombre: ...Gabriela Herrera Bastidas
Cédula:0402019590.....

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE TUTORA DE TESIS**

Nosotras: Chicaiza Reina Cristina Lucely y Herrera Bastidas Gabriela Soledad, con cédulas de ciudadanía Nro. 0401684196, 0402019590, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Lic. Geovanna Altamirano Zabala con cédula de ciudadanía Nro. 1801847086, los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autoras de la obra o trabajo de grado denominado: “Calidad del Ambiente de Trabajo en Hospitales de Segundo Nivel de Atención de la Provincia de Imbabura”, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la mencionada facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 9 días del mes de noviembre del 2015.

(Firma)..... .....
Nombre: ...Cristina Chicaiza Reina..
Cédula:0401684196.....

(Firma)..... .....
Nombre: ...Gabriela Herrera Bastidas..
Cédula:0402019590.....

DEDICATORIA:

A mis padres: Julio y Oliva, seres que fraguaron mañanas y atardeceres cargados de amor, dulzura, respeto, sencillez y humildad para hacer de mí una persona íntegra y pulcra, apegada al estudio e investigación. A mi hermano Jorge Luis, por su afecto y comprensión.

GABRIELA.

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, porque me permitió finalizar mi carrera y darme la fuerza y la luz para guiar mis actos. A mis padres, Marco y Elena, por su apoyo incondicional, ellos fueron fuente de inspiración y motivación, para el logro de esta meta propuesta. A mis hermanos Álex y Joel, que siempre me brindaron su apoyo y comprensión en todo momento. A todos quienes de una u otra manera me brindaron su colaboración.

CRISTINA.

AGRADECIMIENTO:

Hacemos una excepción espiritual para agradecer a Dios, ser irradiante de amor y sabiduría suma.

A la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, a sus sabientes maestros. Quienes con su alto profesionalismo y don de gentes, impregnaron en nosotras sus conocimientos, juntos caminamos nutriéndonos de la investigación, al Ministerio de Salud Pública, al personal del Hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio, por la excelente apertura y colaboración para el desarrollo de Internado Rotativo,

Agradecimientos sentidos y llenos de cariño a nuestros padres, pilares sólidos, fieles orientadores y consejeros, seres sacrificados por darnos nuestra profesión.

Agradecimientos imperecederos a nuestra tutora Lic. Geovanna Altamirano, quien con su amplio conocimiento nos asesoró para concluir satisfactoriamente el presente trabajo.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	v
CESIÓN DE DERECHOS DE	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	vii
A FAVOR DE TUTORA DE TESIS	vii
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xiv
ÍNDICE DE TABLAS	xv
RESUMEN	xvi
SUMMARY	xvii
TEMA:	1
CAPITULO I	2
1.1 - INTRODUCCIÓN	2
1.2.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.2.1.- Planteamiento del problema	5
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA	7
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.7 OBJETIVOS	10

1.7.1	Objetivo General.....	10
1.7.2	Objetivos Específicos	10
1.8	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	11
CAPITULO II	12
2.-	MARCO TEÓRICO	12
2.1	Antecedentes:	12
2.2	MARCO CONTEXTUAL.....	13
2.3	MARCO CONCEPTUAL	18
2.3.1	Bases Teóricas.....	18
2.3.2	Origen y evolución de la calidad de vida en el trabajo	21
2.3.3	Definiciones	22
2.3.4	Importancia de la Calidad de Vida en el trabajo	23
2.3.5	Características de la calidad de vida en el trabajo.....	23
2.3.6	Ventajas y Desventajas de la Calidad de Vida en el Trabajo.....	24
2.3.7	¿Cómo se puede mejorar la calidad de vida en el trabajo?	25
2.3.8	Descripción de los indicadores de la calidad de vida en el trabajo	27
2.3.9	BIOSEGURIDAD.....	35
2.3.9.1	Importancia de la Bioseguridad en Centros Hospitalarios.....	39
2.3.9.2	La Bioseguridad en el Sistema De Salud	40
2.3.9.3	Principios de Bioseguridad	40
	Las Normas de Bioseguridad	44
2.4	MARCO LEGAL.....	46

2.4.1 BASE LEGAL.....	46
2.5 MARCO ÉTICO	50
CAPITULO III	51
3.- MARCO METODOLÓGICO	51
3.1 Metodología	51
3.2 Tipo de Estudio	51
3.3 Diseño de la Investigación	51
3.4 Lugar de Investigación.....	51
3.5 Población.....	52
3.6 Técnicas de recolección de datos.	52
3.7 Criterios de inclusión y exclusión	52
3.8 Procedimiento:	53
3.9 Variables a Estudiar	53
CAPÍTULO IV.....	59
4.- Presentación de Resultados y Análisis	59
4.1 AMBIENTE DE TRABAJO:.....	59
4.2 ESPACIO FÍSICO DE TRABAJO	71
4.3 EQUIPOS DE TRABAJO.....	81
4.4 SEGURIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD	89
4.5 ENTORNO DE SERVICIOS.....	95
4.6 SUPERVISIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD	99
CAPÍTULO V	107

5.1 DISCUSIÓN	107
5.2 CONCLUSIONES:	110
5.3 RECOMENDACIONES:.....	111
BIBLIOGRAFÍA	112
ANEXOS:.....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Semántica 1: Seguridad y Salud Laboral	59
Figura Semántica 2: Desarrollo Profesional	61
Figura Semántica 3: Estrés y Fatiga Profesional	63
Figura Semántica 4: Quejas y Problemas del Profesional	65
Figura Semántica 5: Confidencialidad de Quejas y Problemas	66
Figura Semántica 6: Grado de Satisfacción del Personal	69
Figura Semántica 7: Normas de Espacio Físico de Trabajo	71
Figura Semántica 8: Espacios Adecuados de Trabajo	73
Figura Semántica 9: Mejora de Espacios Físicos	75
Figura Semántica 10: Restricción en Áreas de Alto Riesgo	77
Figura Semántica 11: Educación y Prevención de Riesgos Laborales	79
Figura Semántica 12: Equipos en Salud	81
Figura Semántica 13: Mantenimiento de Equipos en Salud	83
Figura Semántica 14: Reemplazo y Actualización de Equipos Sanitarios	85
Figura Semántica 15: Reporte de Eventos Adversos con los Equipos Sanitarios	87
Figura Semántica 16: Meta Estratégica de la Institución.....	89
Figura Semántica 17: Riesgos y Eventos de Seguridad del Usuario	91
Figura Semántica 18: Capacitación sobre Seguridad del Paciente	93
Figura Semántica 19: Limpieza Adecuada, Desinfección y Esterilización).....	95
Figura Semántica 20: Descarte de Material no Reutilizable	97
Figura Semántica 21: Responsable de la Calidad.....	99
Figura Semántica 22: Mejoramiento de la Calidad.....	101
Figura Semántica 23: Plan de Calidad.....	103
Figura Semántica 24: Funcionamiento del Plan de Mejora de la Calidad	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla de Vaciamiento 1: Seguridad y Salud Laboral	59
Tabla de Vaciamiento 2 : Desarrollo Profesional	61
Tabla de Vaciamiento 3: Estrés y Fatiga Profesional	63
Tabla de Vaciamiento 4: Quejas y Problemas del Personal	65
Tabla de Vaciamiento 5: Confidencialidad de Quejas y Problemas	67
Tabla de Vaciamiento 6: Grado de satisfacción del Personal.....	69
Tabla de Vaciamiento 7: Normas de Espacio Físico de Trabajo	71
Tabla de Vaciamiento 8: Espacios Adecuados de Trabajo	73
Tabla de Vaciamiento 9: Mejora de Espacios Físicos	75
Tabla de Vaciamiento 10: Restricción el Áreas de Alto Riesgo.....	77
Tabla de Vaciamiento 11: Educción y Prevención de Riesgos Laborales.....	79
Tabla de Vaciamiento 12: Equipos en Salud	81
Tabla de Vaciamiento 13: Mantenimiento de Equipos en Salud	83
Tabla de Vaciamiento 14: Reemplazo y Actualización de Equipos Sanitarios	85
Tabla de Vaciamiento 15: Reporte de Eventos Adversos con los Equipos Sanitarios	87
Tabla de Vaciamiento 16: Meta Estratégica de la Institución	89
Tabla de Vaciamiento 17: Riesgos y Eventos de Seguridad del Usuario	91
Tabla de Vaciamiento 18: Capacitación sobre Seguridad del Paciente	93
Tabla de Vaciamiento 19: Limpieza Adecuada, Desinfección y Esterilización	95
Tabla de Vaciamiento 20: Descarte de Material no Reutilizable.....	97
Tabla de Vaciamiento 21: Responsable de la Calidad.....	99
Tabla de Vaciamiento 22: Mejoramiento de la Calidad	101
Tabla de Vaciamiento 23: Plan de Calidad.....	103
Tabla de Vaciamiento 24: Funcionamiento del Plan de Mejora de la Calidad.....	105

**“CALIDAD DEL AMBIENTE DE TRABAJO EN HOSPITALES DE SEGUNDO
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA PROVINCIA DE IMBABURA”**

AUTORAS: Chicaiza Reina Cristina Lucely

Herrera Bastidas Gabriela Soledad

RESUMEN

Trabajo de investigación teórico sobre, calidad del ambiente de trabajo en los Hospitales: San Vicente de Paúl, San Luis de Otavalo, Básico Atuntaqui y Asdrúbal de la Torre de la Provincia de Imbabura, donde se diagnosticó la calidad de ambiente laboral y actividades de seguridad y mejora de la calidad. La metodología usada fue cualitativa mientras que el tipo de estudio es descriptivo porque detalla situaciones y acontecimientos, observacional porque estudia la percepción de los trabajadores, transversal porque se la realiza en un momento definido y retrospectivo analizando hechos. Para la construcción del objeto de estudio se utilizó una investigación bibliográfica documentada que forma parte de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, además se emplearon estándares de calidad por medio de encuestas aplicadas a los profesionales de salud de cada institución, evaluando la percepción de acuerdo al medio donde labora, con esta información se procedió a realizar cuadros semánticos y de vaciamiento con su respectivo análisis para llegar a las conclusiones y recomendaciones. Culminado el trabajo de investigación se concluye que la calidad del desempeño profesional en los trabajadores que laboran en las instituciones de salud se ve influenciada por el ambiente de trabajo donde se desenvuelven, esto no sólo se basa en la premisa de la simple mejora de los espacios de trabajo, sino en la adecuación de éstos a las necesidades del profesional, manteniendo condiciones adecuadas, para garantizar seguridad laboral.

Palabras claves: calidad, ambiente de trabajo, seguridad laboral, espacio físico de trabajo

SUMMARY

Theoretical research work about the working environment quality at the following hospitals: San Vicente de Paul, San Luis de Otavalo, Basic Atuntaqui and Asdrúbal de la Torre belonging to Imbabura's Province where quality of working environment, occupational safety and improvement of quality were diagnosed. The applied methodology was qualitative whereas the study type had descriptive character because it details situations and events, it is observational since it studies the workers' perception, and it is cross-sectional because it was executed in a definite moment and it was retrospective, since it analyzed facts. In order to construct the project, it used a bibliographical documented research which is part of the technologies and instruments for data compilation; in addition, we employed quality standards by means of surveys applied to Health Professionals in each Institution, so evaluating their perception regarding to the place where they work. With this information, we built semantic and emptying charts with their respective analysis in order to come to the conclusions and recommendations. Once such stages were executed, it was concluded that the quality of professional performance of the employees who work at those Health Institutions is influenced by the working environment where they develop their activities, this does not focus only on the premise of a simple improvement of working spaces, but on their adequacy depending on each Health Professional's needs, keeping conditions adapted to guarantee the occupational safety.

Key Words: quality, working environment, occupational safety, physical working space.



TEMA:

**“CALIDAD DEL AMBIENTE DE TRABAJO EN HOSPITALES DE SEGUNDO
NIVEL DE ATENCIÓN EN LA PROVINCIA DE IMBABURA.”**

CAPITULO I

1.1 - INTRODUCCIÓN

La calidad del ambiente de trabajo constituye un área de interés para los diferentes centros laborales, además de ser una categoría que permite identificar un proceso donde interviene el talento humano desarrollando sus capacidades productivas e intelectuales, es el lugar donde se materializan esfuerzos colectivos de producción o servicios para el beneficio común en la sociedad.

El ambiente de trabajo tiene que reunir un conjunto de condiciones que favorezcan al desarrollo y la eficiencia de cualquier actividad; a nivel mundial existe la permanente preocupación de la calidad como elemento acondicionador del ambiente de trabajo.

A la calidad del ambiente laboral se le describe con carácter positivo o negativo, como un elemento para alcanzar la excelencia en los segmentos de una organización, contribuyendo así a la salud y economía de la misma.

La calidad del ambiente laboral se define como el grado de satisfacción espiritual de cada persona y su responsabilidad en cuanto al trabajo que realizan, convirtiéndose en necesidad vital, fuente esencial de su calidad de vida y no únicamente como un medio para producir o prestar un servicio.

El adecuado funcionamiento del ambiente laboral tiene como fundamento entre otros factores la estructura de la empresa o institución; es así como en algunas instituciones se favorece la dinámica y desarrollo de estos factores, utilizando solo un reducido grupo que

puede manejar una pequeña parte de las decisiones que es necesario tomar y a los empleados que están más abajo en la organización se les delega el poder de decidir y actuar para tomar decisiones importantes, gozando éstos de la satisfacción y motivación que proviene del hecho de ser capaces de controlar activamente las decisiones relacionadas con el trabajo, desarrollándose una fuerte cultura organizacional que proporciona a los empleados un conocimiento claro de la forma como se hacen las cosas, por tanto las organizaciones tienen una cultura, y según sea su fuerza, ésta puede tener una influencia significativa sobre las actitudes y los comportamientos de los miembros de la organización.

Stephen, R. (2009) plantea que hace más de 20 años simplemente se pensaba que las organizaciones eran en su mayor parte, medios racionales para coordinar y controlar un grupo de personas.

Tenían niveles verticales, departamentos, relaciones de autoridad y así sucesivamente. Pero las organizaciones son más que eso, a semejanza de los individuos también tiene personalidad. Pueden ser rígidas o flexibles, poco amigables, innovadoras o conservadoras. Sin embargo, es interesante ver el origen de la cultura como una variable independiente que afecta las actitudes y el comportamiento de un empleado, esto puede encontrarse desde hace casi 50 años, en la noción de la institucionalización. (Stephen P., 2009)

Cuando una organización se institucionaliza adquiere vida propia, separada de sus fundadores o de cualquiera de sus miembros; se valora por sí misma, no simplemente por los bienes o servicios que produce; adquiere inmortalidad.

Si sus metas originales ya no son adecuadas, no se sale del negocio, al contrario, se redefine a sí misma.

(Stephen P., 2009) afirma: “La institucionalización opera para obtener un conocimiento compartido entre los miembros acerca de lo que es un comportamiento apropiado y fundamentalmente con significado” (p.10).

De manera que, cuando una organización asume una permanencia institucionalizada, los modos aceptables de comportamiento se vuelven en gran parte evidentes por sí mismos para sus miembros; esto es en esencia lo mismo que hace la cultura organizacional.

En consecuencia con lo anterior, el conocimiento de lo que constituye la cultura de una organización, la manera cómo se creó y pudo mantenerse, mejorará nuestra capacidad de explicar y predecir el comportamiento de las personas en el trabajo, de cómo se establecen políticas de bienestar y seguridad laboral para sus empleados, cómo se crean espacios de trabajo físico adecuados contribuyendo a la seguridad y mejorando la calidad del ambiente de trabajo.

Tomando como partida los argumentos señalados hasta el momento, vale la pena hacer la interrogación ¿Cuál es el comportamiento, y cómo es tratado el tema de la calidad del ambiente laboral en instituciones de salud y en particular en hospitales?

Al respecto se puede mencionar que existen hospitales en el Ecuador que son abanderados en cuanto a la calidad del ambiente laboral, como es el caso del Hospital Metropolitano, que fue la empresa que registró el mayor mejoramiento en su ambiente laboral, recibiendo en noviembre del 2010, un reconocimiento especial por parte de Great Place to Work, empresa que mide el ambiente laboral y las prácticas de gestión de personas.

También, (Manosalvas A, Nieves, J & Manosalvas L, 2015) expone en las conclusiones de la investigación: “El clima organizacional y la satisfacción laboral: un análisis cuantitativo riguroso de su relación”, realizado al Hospital del IESS de Esmeraldas (2015), “La existencia de una relación significativa entre clima organizacional y satisfacción laboral” (p.6)

Estos antecedentes han sido motivo del interés por conocer lo relacionado con la calidad del ambiente laboral en los hospitales de segundo nivel de atención en la Provincia de Imbabura, prestando atención en aquellas variables que están presentes en el ambiente laboral; contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que en estos establecimientos laboran, en concordancia con todo lo expuesto modificaría a mayor calidad la atención ofertada a la población.

1.2.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1.- Planteamiento del problema

Cuando se estudia la calidad del ambiente físico se habla directamente del Clima Organizacional, donde se evidencia que no existe una unificación teórica sobre su conceptualización. Autores como (Robbins. 2009) y (Gibson, Ivancevich & Donnelly 2006) plantean que clima y cultura organizacional son lo mismo cuando los definen como la personalidad y el carácter de una organización; (Ouchi, 1992) identifica el clima como un componente más de la cultura, pues plantea que la tradición y el clima constituyen la cultura organizacional de una compañía. Por su parte Zapata (2000) lo explica como partes

dependientes entre sí que aportan al desarrollo y cambio organizacional. Por lo tanto, al estudiar el clima organizacional se hace necesario identificar los diferentes elementos que constituyen el concepto de clima y el desarrollo de los diversos métodos de diagnóstico utilizados actualmente en las organizaciones, que permiten hacer un análisis y diagnóstico que evidencia la actitud hacia la organización por parte de los empleados al tiempo que contribuyen al desarrollo de cambios efectivos en las mismas.

Según (Méndez, 2010), el clima organizacional a nivel mundial en los últimos años ha tomado un rol protagónico como objeto de estudio en organizaciones de diferentes sectores y tamaños que buscan identificarlo y utilizan para su medición las técnicas, el análisis y la interpretación de metodologías particulares que realizan consultores del área de gestión humana o desarrollo organizacional. En el Ecuador un estudio realizado en Quito por (López, 2007) tomando como base a los autores (Halpin y Crofts, 1962) mencionan como elemento importante del clima el “espíritu” cuyo significado es la percepción que el empleado tiene de sus necesidades sociales, si se satisfacen y si gozan del sentimiento de la labor cumplida. Otro factor importante tomado en cuenta, es la consideración, hasta qué punto el empleado juzga que el comportamiento de su superior es sustentado o emocionalmente distante.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la Calidad del Ambiente de Trabajo en Hospitales de Segundo Nivel de Atención en la Provincia de Imbabura?

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

La calidad del ambiente de trabajo lejos de ser un tema de preocupación reciente, tiene una gama amplia de complejidad y su delimitación podría llegar a ser casi indefinida; Pues el clima reinante en una organización define un conjunto de rasgos característicos que mantienen una cierta regularidad durante un período determinado, éstos son susceptibles de cambio, en la misma medida que se modifican elementos básicos que lo conforman en el transcurso del desarrollo y madurez de la propia organización. Uno de los efectos de mayor incidencia que tiene el ambiente laboral es que influye en el comportamiento humano y refleja la existencia de disfunciones en el interior de la organización.

Forehand & Gilmer (1965) (citado por (Seidedos, 1985) los cuales al referirse al clima laboral, lo definieron como:

“El conjunto de características objetivas de la organización, perdurables y fácilmente medibles, que distinguen una entidad laboral de otra. Son los estilos de dirección, las normas y el medio ambiente fisiológico, las finalidades y los procesos de contraprestación. Aunque en su medida se hace intervenir la percepción individual, lo fundamental son los índices de dichas características“

De manera general se puede plantear que la calidad de vida laboral está relacionada con el ambiente donde los trabajadores desempeñan sus actividades diarias y donde ocupan una parte importante de su existencia, por lo tanto ese ambiente ejerce una gran influencia en la productividad y la calidad del trabajo.

Según Kolodny, Johnston y Jeffrey (1979), citado por (Azocar & Díaz, 2008), en su tesis titulada análisis del nivel de calidad de vida laboral del personal secretarial que labora

en la universidad de Oriente-núcleo de Anzoátegui define la calidad de vida en el trabajo “como el proceso por medio del cual se establecen nuevas estructuras organizacionales para lograr los objetivos de la misma”.

Investigadores como Brown y Moberg (1990) citado por (Chávez, s.f) manifiestan que: “El clima se refiere a una serie de características del medio ambiente interno organizacional tal y como lo perciben los miembros de ésta”(p.12).

Según Hall (1996) citado por (Chávez, s.f) el clima organizacional se define como: “Un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directa o indirectamente por los empleados, que se supone son fuerzas que influyen en la conducta del empleado” (p.13).

El mismo no se ve ni se toca, pero tiene una existencia real que afecta todo lo que sucede dentro de la organización y a su vez el clima se ve afectado por casi todo lo que sucede dentro de ésta. Una organización tiende a atraer y conservar a las personas que se adaptan a su clima, de modo que sus patrones se perpetúen.

Actualmente, gracias al empeño que han inferido los estudiosos de esta materia, las organizaciones han adaptado sus estructuras a los cambios altamente positivos para ambas partes organización-trabajador, dando la relevancia de lo que esto significa, establecen programas de bienestar y seguridad socio-económica, que se traduce en la calidad de vida laboral.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actualmente, la calidad del ambiente de trabajo en los hospitales de la Provincia de Imbabura dependen de la calidad de vida en el trabajo, es por ello que se busca dirigir todos los esfuerzos por incrementar la productividad y mejorar la moral, el bienestar de los trabajadores y su entorno, enfatizando la participación de los recursos humanos en la organización y la preservación de su dignidad, eliminando los aspectos disfuncionales que la asechan.

Dada la importancia de lo antes expuesto, se ve la necesidad de realizar un estudio sobre la calidad del ambiente de trabajo en los Hospitales de la Provincia de Imbabura, el cual repercutirá en la calidad de vida laboral del personal de los hospitales en estudio.

En los hospitales, los servicios médicos deben estar dirigidos sobre la base de la calidad del ambiente laboral, con la finalidad de identificar los factores o indicadores que afectan el desempeño de la actividad laboral tales como: sueldos, ambiente laboral, seguridad, estabilidad en el trabajo, desarrollo personal, relaciones interpersonales y correctivos funcionales.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo General

1.7.1.1 Evaluar la calidad de ambiente de trabajo, que responda a las características particulares de calidad de los Hospitales.

1.7.2 Objetivos Específicos

1.7.2.1 Describir las políticas de seguridad y salud laboral que se realizan en los hospitales en estudio.

1.7.2.2 Caracterizar los espacios físicos de trabajo y dotación de equipos médicos en los hospitales en estudio.

1.7.2.3 Evaluar la seguridad y mejoramiento de la calidad de los hospitales en estudio.

1.7.2.4 Describir el entorno de servicio de los hospitales en estudio.

1.8 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1.8.1** ¿Qué políticas de seguridad y salud laboral se describen en los hospitales en estudio?
- 1.8.2** ¿Qué aspectos caracterizan los espacios físicos de trabajo y dotación de equipos médicos en los hospitales en estudio?
- 1.8.3** ¿Cómo se evaluaría la seguridad y el mejoramiento en cuanto a la calidad de los hospitales en estudio?
- 1.8.4** ¿Cómo se describe el entorno de servicios en los hospitales en estudio?

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

Los estudios sobre el clima o ambiente laboral se remontan a la primera mitad del siglo XX, tal y como se encarga de incursionar en su aparición y evolución (Vázquez, 1992); plantea que: “Este término está asociado a diferentes autores que en algún momento hicieron referencia al mismo desde una determinada perspectiva, tales como fueron: Tolman (1932); K. Lewin (1935,1939, 1951); Lippit y White (1937), entre muchos más”(p.7).

En las investigaciones realizadas sobre clima organizacional y la satisfacción laboral de los trabajadores; las sociedades han incrementado su desarrollo, comprendiendo los aspectos que deben ser mejor atendidos, desde una posición teórico - práctica, para que el proceso productivo o de servicios se desarrolle en forma armónica y a la vez logre mejores rendimientos, considerando que éstos estén determinados por mejores condiciones de trabajo y de calidad de vida para el personal encargado de lograrlos.

Se puede decir que muchas han sido las propuestas realizadas, partiendo de las investigaciones que se desarrollan en diversas partes del mundo, sobre todo en aquellos lugares en que los empresarios les dan un justo valor a las condiciones en que deben desarrollarse las actividades productivas o de servicios.

En Ecuador existe también el interés por lograr mejores resultados en todas las empresas, para que a su vez puedan lograrse los objetivos planteados del buen vivir; sin embargo, eso debe profundizarse cada vez más en todo lo relacionado con la calidad del ambiente y vida laboral.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

Antecedentes Históricos de los Hospitales de Imbabura:

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

A raíz de la batalla de Ibarra en 1823 las huestes del Coronel Agualongo saquean la capilla del hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo Bolívar en persona, a orillas del Tahuando.

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del hermano Benito Aulin de las escuelas cristianas, con el nombre de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL edificio que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas, fue considerado en su época como uno de los mejores de América.

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministerio de Salud y el presidente de la república, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma italiana, los terrenos son expropiados a la señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo Director del Hospital el Doctor José Abuja, larga es la vida del hospital que sería reflejada en una obra literaria.

HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

En 1923 por iniciativa de una monja, de nombre Lucia Sornear, Superiora del Colegio Inmaculada se organiza, “La liga de la caridad Pro Hospital de Otavalo” el trabajo realizado por largos años, tiene como resultado la adquisición de un lote de terreno en 1924, que es parte de la actual del Hospital.

Los planos de la edificación fueron elaborados por el sacerdote francés Brunig a petición de la monja Sornear, la fecha 25 de diciembre de 1925.

Se recibe la obra del Hospital San Luis de Otavalo, el 22 de mayo de 1953.

Se inaugura el 6 de septiembre de 1953

Con la creación del Ministerio de Salud Pública, mediante resolución 684-A de fecha 26 de junio de 1967, las juntas de asistencia sociales son absorbidas por el nuevo Ministerio de Salud con todos los recursos materiales, y el talento humano a su cargo.

La dictadura militar Rodríguez Lara 72-76, Junta Militar de Gobierno 76-79 en sus planes de gobierno respecto a Salud dio impulso a la construcción de unidades pequeñas y de mediana complejidad entre las que se contó el Hospital de Otavalo

Las propuestas políticas en materia de salud en el período del Ing. Febres Cordero de fortalecer la infraestructuras hospitalarias como base para la atención, contribuyó para que el Hospital sea considerado para la ampliación y remodelación en las áreas críticas que consideraron desde el nivel central, la ampliación de la capacidad para 120 camas, se instalaron 75, se incrementó personal técnico, administrativo y de servicios generales.

Se inaugura las nuevas instalaciones el 7 de marzo de 1987.

HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI

Por iniciativa del Dr. Luis Aguinaga, en el año 1944 se inicia la construcción de la que entonces se llamó Casa de Salud, cuyo objetivo era brindar atención a la población no afiliada al Seguro Social de Antonio Ante.

Se formó el comité de construcción "Casa de Salud" presidido por el Sr. Otto Seifert y se contó con apoyo de la municipalidad y de la propia población, pero por falta de fondos se suspendió.

Pasaron aproximadamente 20 años para que entre en funcionamiento la "Casa de Salud de Atuntaqui" en el año de 1965; ante el incremento de la demanda, desde el 9 de mayo de 1974 el Ministerio de Salud Pública inicia la construcción del actual local, en un terreno donado por la Familia Zumárraga.

La obra concluye y se inaugura el 9 de Mayo de 1975, siendo presidente de la República del Ecuador, Gral. Guillermo Rodríguez Lara, y Ministro de Salud Dr. Raúl Maldonado.

Inicialmente su misión fue: "Realizar acciones de fomento, protección y rehabilitación de la salud a todas las personas en su área de influencia en forma ambulatoria y en hospitalización".

Los servicios médicos con los que inicia esta Casa de Salud son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Odontología, además de Consulta Externa, Emergencias y Centro Quirúrgico.

HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE

En el año 1961 por expresa gestión del Muy Ilustre Municipio del Cantón Cotacachi, los señores Doctores José Antonio Baquero de la Calle y José Gómez de la Torre, Ministro y Subsecretario de Previsión Social y Sanidad, respectivamente, resolvieron crear un Centro de Salud Unificado como medio de mejorar las condiciones sanitarias y reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil y general de la población de Cotacachi.

El Ministerio de Previsión Social consideró en ese entonces que los problemas sanitarios de Cotacachi podrían resolverse con la aplicación de un Programa de Medicina Preventiva y Asistencial que englobe y desarrolle los siguientes aspectos.

En el aspecto preventivo, para reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil y general, con el cuidado de la madre y del niño, higiene escolar, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental y educación sanitaria.

En el aspecto asistencial con la atención médica gratuita, en caso de enfermedad, tanto para niños como para adultos, a través de la Consulta Externa que integrará dicho Centro.

Desde esa fecha hasta 1.977 funcionó el Centro de Salud de Cotacachi en un local de propiedad del Municipio frente al Parque Olmedo más conocido como el Parque de San Francisco en donde actualmente funciona la Agencia del Banco del Pichincha.

En el año 1.971 se crean las Jefaturas Provinciales de Salud entre ellas la de Imbabura, y justamente en esa época el incremento y desarrollo de la población del Cantón Cotacachi llevó a que las Autoridades encabezadas por el Sr. Francisco Espinoza, Presidente del Municipio de Cotacachi y el grupo de Concejales plantear ante el

Ministerio de Salud Pública del Ecuador la necesidad de construir una infraestructura acorde con las necesidades de Cotacachi, el Señor Ministro de Salud, un hombre visionario, imbabureño de nacimiento identificado con Cotacachi acogió esta petición e inmediatamente y un tiempo corto emprendió la construcción y terminación de lo que actualmente es el Centro de Salud Hospital que con mucho honor lleva el nombre de aquella persona el es el Dr. Asdrúbal de la Torre Morán, es así como el 6 de Julio de 1977 en una ceremonia llena de emotividad y orgullo con la presencia mayoritaria de la población de Cotacachi se procede a la inauguración de esta Casa de Salud al servicio del Cantón en un primer tramo que abarcaba los Servicios de Consulta Externa y Odontología, dos años más tarde esto es en el año 1979 se complementaba la que actualmente es la infraestructura que comprende las Áreas de: hospitalización, centro quirúrgico, sala de partos, laboratorio, rayos X, emergencia y servicios generales, primer Director de esta flamante Casa de Salud fue nombrado el Dr. Patricio Nieto Manosalvas de grata recordación para todos quienes tuvieron la oportunidad de trabajar con este prestigioso profesional.

En la actualidad el Centro de Salud Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi es una persona jurídica de Derecho Público, con domicilio en la ciudad de Cotacachi, Provincia de Imbabura, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, se rige por la Constitución Política del Estado, demás instrumentos jurídicos, así como también por sus propios Estatutos y Reglamentos Internos.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Bases Teóricas.

Ha quedado establecido que para poder hablar de la existencia de calidad del ambiente laboral, se hace imprescindible tener en cuenta la calidad de vida laboral, porque los trabajadores deben sentir gran satisfacción en sus puestos de trabajo, por las condiciones que los mismos tengan para desarrollar sus actividades, la consideración que sientan por parte de quienes los dirigen, sus relaciones interpersonales, la correcta balanza de estímulos materiales y espirituales, repercutirá en su bienestar personal y por consiguiente en el ambiente laboral.

Por lo anteriormente expuesto significa que, cualquier estudio que se pueda realizar en función de la calidad del ambiente laboral, tiene necesariamente que analizar la calidad de vida laboral, para lograr que el primero tenga la calidad suficiente que posibilite alcanzar la eficiencia en los servicios; tomando en cuenta que para cualquier intervención que se desee realizar hay que prever los aspectos que sean necesarios para modificar de modo que no afecte o a su vez, resulte favorable en la calidad de vida.

Diversos autores han incursionado en estos dos aspectos estudiados: Calidad de ambiente laboral y calidad de vida laboral, estableciendo parámetros que permiten su medición, de manera tal que puedan ser valorados con la mayor objetividad posible.

Si se retoma y se hace un análisis sobre lo planteado por Hall sobre clima organizacional nos podemos percatar; que el mismo, está compuesto por diversos factores que generarán una percepción favorable o desfavorable en el sujeto y como consecuencia adoptará una actitud hacia el lugar donde labora y la actividad que realiza.

(Arnoletto & Díaz, 2009) se refieren a un planteamiento de Edel et. Al. (2007), en el que señalan:

El estudio del clima organizacional es una tarea muy compleja, por lo que llevaría mucho tiempo tratar de comprender todos los factores que lo determinan. Con esa aseveración, alerta a cualquier investigador interesado a precisar las variables de mayor interés, las cuales en su opinión se relacionan: con la estructura y los procesos organizacionales.

En el libro clima y compromiso organizacional, sus autores Navarros, García y Bustamante (2007) citados por García (2007). Ellos toman en cuenta los criterios de Davis y Newstrom (2001) quienes atribuyen a Douglas McGregor, psicólogo norteamericano, el argumento de que la mayoría de las acciones administrativas se desprenden directamente de la teoría del comportamiento humano, así como ser creador de la teoría “X” y de la teoría “Y”. (Tomas, 2010)

Estas teorías de manera resumida se pueden explicar como las posibles actitudes que los trabajadores manifiestan hacia el trabajo, y la conducta que los directivos asumen en correspondencia.

En el caso de la teoría “X” las actitudes de los trabajadores se asumen como negativas y los directivos utilizan la coerción, control y las amenazas para obtener de los trabajadores un desempeño satisfactorio. Con relación a la teoría “Y” se consideran las amplias posibilidades de los trabajadores y por tal razón los directivos se hacen responsables de brindar el entorno adecuado para que los trabajadores utilicen sus potencialidades pues van a experimentar una mejor calidad de vida, lo cual incidirá en resultados laborales superiores en eficiencia.

Al tomar conciencia de todos los problemas que se presentan en el clima organizacional, que afectan la calidad de vida y alteran todo el funcionamiento de cualquier institución de salud.

Es fundamental asimilar la relación a que se debe valorar la creatividad, la innovación, la flexibilidad, el trabajo en equipo, la calidad de la atención al receptor de nuestro servicio o producto, la autoevaluación y su consiguiente mejora continuada, la formación permanente y el gusto por el trabajo bien hecho, desde el convencimiento de que todo ello beneficia en la calidad del servicio que presta la organización a su comunidad. (Tomas, 2010)

De manera más concreta otros autores como Manosalvas, Nieves & Manosalvas (2015) determinan los componentes del clima organizacional como:

Las comunicaciones internas, relaciones interpersonales, reconocimiento, toma de decisiones, entorno físico, compromiso y adaptación al cambio, tienen una relación directa con la satisfacción que sienten los empleados en su ámbito laboral, en aspectos como: satisfacción con los superiores, con el entorno físico, con el reconocimiento y con el trabajo. (Manosalvas A, Nieves, J & Manosalvas L, 2015)

El clima o ambiente laboral puede ser medido, para ello fue construida una Escala de Ambiente Laboral: WES(Work Enviroment Scale), que está compuesta por tres dimensiones y diez subescalas, estas son:

Dimensión de Relaciones, representa el grado en que los empleados están interesados y comprometidos en su trabajo y el grado en que la dirección apoya a los empleados y les anima a apoyarse unos a otros, y se integra por la Implicación (IM), Cohesión (CO) y el Apoyo (AP)

Dimensión de Autorrealización, evalúa el grado en que se estimula a los empleados a ser autosuficientes y a tomar sus propias decisiones; la importancia que se da a la buena planificación, eficiencia y terminación de las tareas y el grado en que la presión en el trabajo o la urgencia dominan el ambiente laboral: comprende la Autonomía (AU), Organización (OR), Presión (PR).

Dimensión Estabilidad/Cambio, mide el grado en que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados; la importancia que se da a la variedad, al cambio y a las nuevas propuestas y por último, el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable. Sus subescalas son: la Claridad (CL), el Control (CN), la Innovación (IN) y la Comodidad (CF). (Tomas, 2010)

En sentido general por su relación con el clima laboral se examinó el Job Descriptive Index (JDI) de Smith, Kendall y Hulin (1969), el cual según (Salgado, Romeseiro & Iglesias 1996), es:

El instrumento más empleado para la evaluación de la satisfacción laboral y es el modelo por el que se han desarrollado la mayoría de las medidas de satisfacción laboral. El JDI, es identificado en español como Inventario de Satisfacción en el Trabajo (IST), y permite evaluar la satisfacción del empleado con los siguientes aspectos del trabajo: (1) los compañeros, (2) el trabajo y las tareas, (3) las oportunidades de promoción, (4) el mando y la satisfacción, y (5) el salario. (Salgado, J., Romeseiro, C., Iglesias, M, 1996)

2.3.2 Origen y evolución de la calidad de vida en el trabajo

2.3.2.1 Origen

Desde que el hombre comenzó a integrarse a procesos productivos y de servicios ha buscado la manera de que los mismos sean lo más favorables, de acuerdo con sus necesidades, sin embargo fue necesario un largo período de tiempo para que existiera un consenso entre trabajadores, capataces y propietarios. Son múltiples los acercamientos que se han ido realizando para la obtención de la calidad de vida en el trabajo y para la creación de un clima laboral de calidad; con esto no se pretende decir que se haya alcanzado estos niveles en la mayoría de los casos.

2.3.2.2 Calidad de vida

La calidad de vida se puede definir teniendo en cuenta la forma en que se satisfacen las necesidades del trabajador en su puesto de trabajo, todos los recursos necesarios para cumplir con su función, las medidas de seguridad y protección, el ambiente laboral positivo entre compañeros y directivos, así como también el fruto de su trabajo que permita satisfacer sus necesidades personales y familiares.

2.3.3 Definiciones

2.3.3.1 Calidad de vida en el trabajo: Es una filosofía de gestión que mejora la dignidad del empleado, realiza cambios culturales y brinda oportunidades de desarrollo y progreso personal. (Smith-Palliser, 2009).

Según lo expresado en la tesis de grado por Azócar & Díaz (2008) de la Universidad de Oriente del núcleo de Anzoátegui en Venezuela exponen en su referido estudio que:

La Calidad de Vida Laboral se refiere al carácter positivo o negativo de un ambiente laboral con el fin de crear un ambiente que sea excelente para los empleados no solo como miembros de la empresa sino también de la sociedad; además de que contribuye a la salud económica de la organización. (Azocar & Díaz, 2008)

También, los mismos autores plantean que:

La calidad de Vida Laboral puede también expresarse como el grado de satisfacción espiritual del hombre con el trabajo que realiza alcanzando su cima cuando el trabajo se convierte en su primera necesidad vital, de esta manera el empleado definiría el trabajo como la fuente esencial de la Calidad de Vida y no como un medio para producir o prestar un servicio. (Azocar & Díaz, 2008)

Así mismo, plantean que:

El trabajo es un elemento esencial en la calidad de vida del individuo, y esto es así ya que la relación del hombre consigo mismo solo se hace objetivo y real para él a través de su relación con otro hombre y es precisamente en el lugar de trabajo donde estas relaciones pueden materializarse. (Azocar & Díaz, 2008)

2.3.4 Importancia de la Calidad de Vida en el trabajo

Según (Larez, 1998) citado por Azócar & Díaz (2008), la importancia del estudio tiene sus limitaciones y su contribución en los siguientes aspectos:

- La historia de la calidad de vida en el trabajo sugiere la necesidad de crear una nueva taxonomía y mayor sistematización desde el punto de vista teórico.
- Una nueva topología sobre la calidad de vida del trabajador en un ambiente laboral puede ser utilizada en diversos contextos sociales.
- La operacionalización de los componentes de la calidad de vida en el trabajo provee las bases empíricas para futuros estudios sobre este tope.
- La formulación de un modelo integral de calidad de vida laboral, nos permite este concepto desde un punto de vista multidimensional y poder así analizar los componentes particulares en función de las magnitudes en que se presente. (Azocar & Díaz, 2008)

2.3.5 Características de la calidad de vida en el trabajo

Los autores Azócar & Díaz (2008) plantean para que exista una buena calidad en el trabajo debe tener las siguientes características:

- Participación voluntaria de parte de los empleados.
- Conformidad del sindicato con el proceso y su participación en busca de establecer beneficios socioeconómicos.
- Estabilidad laboral.
- Capacitación de los empleados en la resolución de los problemas con el equipo.
- Empleos de círculos de calidad en donde los empleados discutan los problemas que afectan el desempeño de la organización y el ambiente de trabajo.

- Juntas periódicas de la planta y del equipo para discutir aspectos como calidad, seguridad, y programas.
- Fomentar el desarrollo de habilidades y de la rotación de trabajo dentro del equipo.
- Capacitación en diversas habilidades.
- Actitud responsable a las preocupaciones de los empleados. (Azocar & Díaz, 2008)

2.3.6 Ventajas y Desventajas de la Calidad de Vida en el Trabajo.

Azócar & Díaz (2008) exponen en sus estudio realizado las siguientes ventajas y desventajas de la calidad de vida en el trabajo.

Ventajas:

- Desarrollar al trabajador.
- Incrementar la motivación del personal.
- Mejorar la ejecución de sus funciones, actividades y tareas.
- Disminuir la rotación del personal en la organización.
- Disminuir el número de quejas.
- Disminuir el número de horas muertas.
- Incrementar la satisfacción en el empleo.
- Incrementar la eficiencia en la organización. (Azocar & Díaz, 2008)

Desventajas:

- Mayor resistencia al cambio por parte de los trabajadores.
- Mayor número de personas con sensación de salarios reducidos.
- Mayores costos por la innovación tecnológica.
- Mayores costos por concepto de capacitación. (Azocar & Díaz, 2008)

2.3.7 ¿Cómo se puede mejorar la calidad de vida en el trabajo?

Según (Azocar & Díaz, 2008) son muchas las formas con las cuales la calidad de vida en el trabajo puede ser mejorada. Pero lo más importante es lograr que el trabajador se sienta satisfecho, esté implicado con lo que hace, sienta orgullo y alto sentido de pertenencia

- **Enriquecer los Trabajos:** Un término actual llamativo para mejorar la calidad de vida en el trabajo es el enriquecer el trabajo en un concepto que puede tener variedad de formas. Frecuentemente implica la utilización de factores que intentan motivar al trabajador en vez de solo mantener sus sentimientos satisfechos hacia el trabajo. Básicamente el enriquecimiento del trabajo es una forma de cambio o mejoramiento para que el trabajador esté más motivado brindándole la oportunidad de recibir un reconocimiento, logro, crecimiento y responsabilidad. Es por ello que el enriquecimiento del trabajo implica la modificación del trabajo para atraer al trabajador a una necesidad de alto orden.
- **Obtener Carga Vertical y Horizontal:** La carga vertical: Implica enriquecer el trabajo uno mismo al atraer hacia abajo las responsabilidades de arriba y empujar algunas labores a niveles más bajos en la clasificación del trabajo, es decir, el gerente analiza que labores se pueden delegar para que éstos las efectúen.
- **La carga horizontal:** amplía el trabajo al empujar el trabajo en sus primeras etapas y después las atrae a las etapas de la labor. Algunas labores pueden preceder al trabajo haciéndolas una parte básica del trabajo con el propósito de que sea más significativo y responsable así como menos monótono.
- **Creando Trabajos Completos:** Representa el proceso de incrementar la complejidad de un trabajo para recurrir a las necesidades del más alto orden de los trabajadores. Algunos gerentes creen que los trabajadores que tienen oportunidades de hacer uso de sus mentes y habilidades pueden satisfacer sus necesidades personales de autoestima y dignidad. La

aplicación de esta técnica tendrá más éxito si se escucha las sugerencias de los empleados cuando quieren un gran reto en su trabajo.

- **Rotación de Trabajo, Entrenamiento Cruzado y Habilidades Múltiples:** Es el cambio de empleados de un trabajo a otro dentro de la misma organización por cortos períodos de tiempo. Se cree que al promover a los empleados con una variedad de experiencias en su trabajo se puede reducir el aburrimiento entre ellos. Esto también les permite adquirir una variedad de conocimientos más amplios y un entendimiento de las operaciones de la organización lo cual les puede ayudar para sus ascensos.
- **Entrenamiento cruzado:** Para los trabajadores de una producción a otra, como también las habilidades múltiples la cual le permite al empleado conocer más y mejor las diferentes funciones que se llevan a cabo en la organización.
- **Reconocimiento y Elogios:** Los elogios constantes y sinceros y el reconocimiento tienen un efecto significativo en la calidad de vida en el trabajo del empleado; siente mayor motivación cuando su esfuerzo es reconocido y apreciado. El esfuerzo positivo se puede dar a través de palabras, tacto y otras acciones tales como una mirada, una sonrisa, etc.
- **Pago Extra:** El ausentismo excesivo puede ser un problema serio para muchos jefes, para desalentar el ausentismo y los retrasos para llegar al trabajo algunas organizaciones premian a sus empleados a través de un programa de pago extra a los que cumplen con su horario. Bajo este esquema los trabajadores que no faltan y cumplen a cabalidad con su horario se les premian con bonificaciones o un día extra de pago o de descanso.
- **Modificando el Ambiente de Trabajo:** Algunas empresas logran mejorar la calidad de vida en el trabajo modificando al ambiente de trabajo, esto se logra aplicando en conjunto las sugerencias que ellos mismos hacen saber, los miembros del equipo son más productivos cuando pueden escoger ellos mismos a sus compañeros de trabajo para formar grupo; así como también, aceptan nuevas ideas cuando tienen un liderazgo efectivo y se mejoran sus estándares de trabajo de manera tangible. Los empleados generalmente prefieren tener un grado de contacto social entre sí, la oportunidad de charlas le sube la

moral, especialmente en trabajos repetitivos que requieren de mucha concentración mental (Azocar & Díaz, 2008)

Para efecto de nuestro estudio las actividades que por interpretación del análisis de la investigación de campo, sean consideradas en la propuesta sobre: enriquecimiento de los trabajos, obtención de carga vertical y horizontal, creación de trabajos completos, rotación de trabajo, entrenamiento cruzado y habilidades múltiples, reconocimiento y elogios, pago extra y modificación del ambiente de trabajo, serán considerados en la magnitud de los resultados de la investigación de campo realizada.

2.3.8 Descripción de los indicadores de la calidad de vida en el trabajo

Según Sueldan & Freeman (1970) citado por Azócar & Díaz (2008) dan su definición al respecto y dicen que un indicador social es como una estadística de interés normativo directo, que facilita de manera concisa, comprensiva y balanceada, juicios acerca de las condiciones de aquellos aspectos significativos de la sociedad. (Azocar & Díaz, 2008)

En esta sección se presentarán los indicadores de Sueldan & Freeman (1970) citado por (Azocar & Díaz, 2008) que sustentan los diversos componentes de la calidad de vida en el trabajo y los ítems referidos a cada indicador:

2.3.8.1 Participación y control: Se refiere al grado por medio del cual los miembros de las organizaciones, ya sean públicas o privadas, participan (influyen) y controlan (determinan) el proceso de toma de decisiones. El objetivo básico es que la participación y el control deben ser practicados por todos los sectores que configuran la empresa.

2.3.8.2 Información: Trabajadores, empleados o sus representantes, deben ser capaces de obtener en la organización toda la información requerida para evaluar aquellos aspectos

que tienen que ver con el proceso de toma de decisiones en el área de su competencia. Cuando la información es restringida, se limita la participación y el control en la toma de decisiones. Este indicador se mide a través de los siguientes ítems:

- Dirección del flujo de información.
- Extensión de los límites establecidos por los niveles directivos para la información, se refiere hasta dónde están dispuestos a compartir la información de la empresa.
- Precisión de la información.
- Cantidad de información establecida entre los diversos sectores, interactuantes en la organización.

2.3.8.3 Contenido y Asuntos: Este indicador ayuda a identificar las clases, materias y asuntos que toman en consideración los miembros de las organizaciones en el proceso de participación y control. Principales ítems formulados para medir este indicador:

- Promoción de personal y adiestramiento.
- Horas de trabajo, decisiones sobre las mismas.
- Participación en la selección y despidos de personal.
- Condiciones físicas del trabajo, participación y control sobre las mismas.
- Establecimiento de normas y reglas de seguridad laboral.
- Formulación de nuevos planes y programas.
- Formulación de propósitos organizacionales.

2.3.8.4 Nivel de Participación y Control: Toma en consideración el nivel en el cual se manifiesta la participación de los trabajadores y empleados en la organización. A fin de analizar cuáles trabajadores en la estructura de la empresa están participando y controlando el proceso de toma de decisiones:

- Nivel en el cual se toman las decisiones.
- Nivel del proceso de control.

- Estructuras establecidas para la participación.
- Utilización del conocimiento profesional y técnico.

2.3.8.5 *Equidad Económica*: Considera no solo los aspectos restringidos del concepto de sueldo y salario, sino también los beneficios adicionales que se pueden obtener en la organización a la que pertenecen los trabajadores.

Esta dimensión tiene que ver con desigualdades que se producen en el ambiente laboral, en relación a los beneficios económicos que perciben todos los miembros de las organizaciones. Esto no quiere decir que todos los trabajadores y empleados deben percibir el mismo salario o beneficio en la empresa.

2.3.8.6 *Control sobre Asuntos Económicos*: Trabajadores o sus representantes deben ser capaces de ejercer determinado tipo de control sobre diversos aspectos económicos que inciden en la empresa:

- Sistemas de pago.
- Inversión de Capital.
- Distribución de las ganancias de la empresa.
- Evaluación del presupuesto.
- Participación en propuestas sobre incrementos del capital.
- Escogitamiento de mercados y formulación de estrategias.

2.3.8.7 *Información Financiera*: Este indicador mide los niveles de información financiera que se producen en la empresa u organización, relacionándolos con la toma de decisión:

- Extensión de la información financiera.
- Manera como se comparte la información financiera.
- Fuentes de la información.
- Control de los datos.

2.3.8.8 Beneficios y Retorno Económico: Este indicador se ha caracterizado en función de todos los miembros de la empresa u organización objeto de análisis. El mismo responde a la proposición, de que a mayor beneficio y retorno económico, mayor será la equidad económica en la empresa. Ítems propuestos para medir este indicador:

- Incremento de sueldos y salarios.
- Beneficios percibidos por los empleados, trabajadores y demás categorías de la empresa.
- Distribución de los beneficios.
- Relación entre el sueldo más alto y el más bajo.

2.3.8.9 Medio Ambiente: Se refiere a las relaciones entre problemas de salud física, mental y las condiciones existentes en el medio ambiente laboral. La exposición por parte de los trabajadores no controlados, a los tóxicos, químicos y ruidos, falta de iluminación, reducidos espacios y otros aspectos que inciden de manera negativa en la calidad del medio ambiente laboral y por ende en la calidad de vida del trabajador.

2.3.8.10 Percepción ambiental: Se propone un indicador que básicamente esté dirigido a medir como los empleados y trabajadores de las diversas organizaciones, perciben el medio ambiente de su trabajo. En consecuencia, contar con mediciones relacionadas con la percepción de los trabajadores sobre las diversas condiciones que inciden en el proceso del trabajo, es realmente importante para poder complementar una visión amplia sobre los elementos que inciden en la calidad de vida en el trabajo. Los siguientes ítems se proponen para categorizar este indicador:

- Opinión sobre las condiciones físicas donde se desarrolla el trabajo.
- Opinión sobre la iluminación del ambiente laboral.
- Opinión sobre el ruido.
- Opinión sobre la temperatura en el lugar del trabajo.

- Percepción espacial.
- Medio ambiente y descanso laboral.
- Medio ambiente y bebedores de agua.

2.3.8.11 Salud ocupacional: Este indicador está configurado por aquellos aspectos ambientales que tiene incidencia directa sobre la salud e higiene en el trabajador, y que necesariamente configuran elementos básicos para categorizar de manera objetiva, la calidad de vida en el contexto laboral. Los siguientes ítems se han formulado para medir la salud ocupacional:

- Medio ambiente y salud ocupacional.
- Equipamiento y salud ocupacional.
- Accidentes laborales.
- Contaminación sónica.
- Iluminación.
- Prevención de accidentes.

2.3.8.12 Satisfacción en el Trabajo: Es importante considerar que la mayoría de las personas pasan un largo período de sus vidas en el ambiente laboral. En consecuencia, conocer aquellos factores que inciden en el componente subjetivo, la satisfacción laboral, es en realidad relevante para todos aquellos interesados en lograr mejores niveles de calidad de vida en el trabajo. De esta manera se formula que es indeseable la insatisfacción laboral y que toda política de administración de recursos humanos debe proponer hacia el logro de mayores índices de satisfacción en el trabajo.

2.3.8.13 Oportunidad y desarrollo en la organización: Se refiere a la opinión que manifiesta el trabajador o empleado referente a su satisfacción o no, con la oportunidad que la empresa le ofrece para desarrollarse y “crecer” dentro de la organización; ya sea a través de cursos, seminarios, talleres y el aprendizaje de nuevos métodos y técnicas de trabajo. Asimismo,

mide las posibilidades de ascenso y mayores responsabilidades que se le puedan ofrecer al trabajador en la empresa. Los siguientes ítems han sido estructurados para medir este indicador:

- Opiniones acerca del desarrollo de la carrera dentro de la organización.
- Niveles de satisfacción con las oportunidades de adiestramiento que pueda ofrecer la empresa.
- Satisfacción con la aplicación de los conocimientos.
- Niveles de satisfacción con las oportunidades de ascenso dentro de la organización.

2.3.8.14 Reconocimiento: Este indicador considera los factores motivacionales que se hacen presentes en la organización. Es decir, mide los niveles de satisfacción que demuestran los individuos en su lugar de trabajo, en función del reconocimiento que perciben acerca de la labor cumplida. Los siguientes ítems configuran este indicador motivacional:

- Niveles de percepción sobre la política de motivación establecida por la empresa.
- Orientaciones recibidas en relación con el trabajo cumplido o por cumplir.
- Opinión acerca del proceso de evaluación de eficiencia establecido por la empresa.

2.3.8.15 Logro: El Logro tiene una connotación significativa, en momentos en que el individuo evalúa su actuación en la organización y se plantea los logros que se obtienen en el trabajo por su actividad. Es decir, los resultados de la labor realizada en función de objetivos ya sean institucionales o personales. Ítems relacionados con este indicador:

- Opinión sobre los resultados obtenidos en el trabajo en función de las capacidades que el trabajador considera que posee.
- Nivel de satisfacción acerca de los efectos de las acciones realizadas en el trabajo, en relación con los objetivos personales e institucionales que se plantean explícitamente o implícitamente.
- Relación logro y responsabilidad asignada en el trabajo.

2.3.8.16 Características del trabajo: Mide el trabajo en sí, organizado y estructurado por la empresa o industria correspondiente. Básicamente se establece para medir los niveles de satisfacción con la naturaleza del trabajo y su correspondencia con las expectativas y requerimientos de la fuerza laboral. Los siguientes ítems se formulan para medir la percepción del individuo sobre su trabajo:

- Percepción sobre los retos que plantea el trabajo.
- Satisfacción con la complejidad del trabajo.

2.3.8.18 Supervisión: Es aquella que permite medir y evaluar la eficiencia de las diversas organizaciones y empresas. Todo esto se debe a los niveles de satisfacción, que manifiestan las personas de diversas ocupaciones, con la política y formas de supervisión implementadas en la organización. Ítems estructurados para medir este indicador:

- Nivel de satisfacción con los supervisores.
- Percepción acerca de las sugerencias planteadas a los niveles superiores referente al trabajo realizado o por realizar.
- Asignación de tareas. Relación supervisor - supervisado.

2.3.8.19 Sueldo y Salario: Indudablemente que uno de los aspectos que tiene que ver con los niveles de satisfacción en el trabajo, es el sueldo o salario que el trabajador percibe por los roles desempeñados en la organización por esta razón se han incluido una serie de indicadores motivacionales que han demostrado ser significativos. Ítems relacionados con este indicador.

- Satisfacción con los sueldos y salarios.
- Percepción acerca del sueldo recibido y el rol desempeñado.
- Comparación con otros sectores dentro de la empresa.

2.3.8.20 *Identidad y Autoestima Laboral*: Mide los niveles de identidad y la autoestima laboral, considerando la percepción que sobre su estatus y rol que tiene el trabajador en determinada organización. Dentro del orden de ideas se considera de suma importancia, conceptualizar y operacionalizar la concepción de los individuos sobre el trabajo que realizan y las proyecciones que le asignan al mismo dentro del contexto organizacional. Este indicador apunta hacia la medición del significado que el trabajador le asigna a las acciones que la empresa, industria u otra organización prescriben, para este indicador incluyen los siguientes ítems:

- Percepción del trabajo en la organización.
- Percepción como unidad manipulable dentro de la empresa.
- Categorización del cargo y nominación del mismo.
- Percepción del cargo en la estructura y actitudes de los compañeros de trabajo.
- Valoración por parte de los superiores.
- Pérdida de la confianza laboral.

2.3.8.21 *Identificación organizacional*: Este indicador se medirá a través de los siguientes ítems:

- Identificación con las políticas y objetivos de la organización.
- Percepción del trabajo realizado en función de las metas Organizacionales.
- Ausentismo laboral, rotación en el trabajo e identificación.
- Horario de trabajo e identificación.
- Identificación con los esfuerzos realizados por los directivos.
- Identificación y tiempo de trabajo en la organización.
- Percepción de la empresa y los requerimientos de la comunidad.
- Producción de bienes y servicios e identificación.

2.3.9 BIOSEGURIDAD

El significado de la palabra bioseguridad se entiende por sus componentes: “bio” de bios (griego) que significa vida, y seguridad que se refiere a la calidad de ser seguro, libre de daño, riesgo o peligro. Por lo tanto, bioseguridad es la calidad de que la vida sea libre de daño, riesgo o peligro. (Jacqueline Panimboza, 2013)

La bioseguridad es un término utilizado para incorporar y precisar las normas relacionadas, con el comportamiento preventivo del personal que labora en un centro de salud, además es una medida que establece mecanismos de barrera para impedir la transmisión de infecciones para todas aquellas actividades relacionadas con el bienestar de la persona, frente a peligros propios de su actividad diaria. De tal forma que pertenecen al conjunto de normas, disponibilidades y facilidades que la Institución tiene actualizadas para salvar cualquier riesgo físico o psicológico del personal que labora dentro de la institución, igual que de los usuarios, familias, visitantes y comunidades. (BURVANO, 2012)

A nivel hospitalario, es un término empleado para reunir y definir las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del Hospital, frente a riesgos propios de su actividad diaria. Hace relación también al conjunto de normas, disponibilidades y facilidades que un establecimiento de salud tiene permanentemente actualizadas para evitar cualquier riesgo físico o psicológico del personal que labora dentro de la institución, igual que de los usuarios, Además implica tanto, obligaciones del trabajador para preservar su salud, como responsabilidades de la institución para garantizarle los medios y facilidades. (BURVANO, 2012)

La Bioseguridad es una doctrina de comportamiento que abarca obligaciones, compromisos y acciones, orientada a lograr actitudes, aptitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud, me motivo realizar este trabajo investigativo para mejorar la calidad de atención, además salvaguardar la salud del personal de salud que se encargan de la atención de los pacientes directa o indirectamente. (BURVANO, 2012)

El elemento más importante de la bioseguridad es el estricto cumplimiento de las prácticas y procedimientos apropiados y el uso eficiente de materiales y equipos, que constituyen la primera barrera a nivel de contención para el personal y el medio. En los países desarrollados las normas de Bioseguridad en hospitales son cumplidas con suma rigurosidad, a diferencia de los países tercermundistas como Ecuador, donde dichas normas son desconocidas o tomadas a la ligera. Y en los hospitales cantonales la situación es más crítica y es sumamente importante hacer hincapié en las normas de bioseguridad para proteger la vida y evitar riesgos. (BURVANO, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos indica que la Salud Ocupacional, es una actividad multidisciplinaria, que protege la salud de los trabajadores, busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo, en Bioseguridad cuida las condiciones físicas del personal que labora dentro de un área hospitalaria, también trata de estudiar los procesos mentales, analizando los tres pasos como son: cognitiva, afectiva, conductual, por este motivo la (OMS) manifiesta que la salud es el completo bienestar físico, mental, social y espiritual que trasciende la ausencia de dolencias y afecciones. (BURVANO, 2012)

El manejo inadecuado de la bioseguridad puede estar condicionado por varias razones, entre ellas el desconocimiento por parte del personal que laboran en las

instituciones de salud, la ausencia o déficit de capacitaciones en temas referentes a bioseguridad, la inexistencia de recursos o materiales necesarios o la infraestructura física apropiada para la aplicación de las normativas, el desinterés, la actitud negativa o inconsciencia del personal de salud sobre los riesgos que corren sus vidas la de los pacientes y comunidad en general, al no aplicar las normas de bioseguridad de forma oportuna y adecuad. (BURVANO, 2012)

Hoy en día las instituciones tanto públicas como privadas de salud, buscan tener normas de bioseguridad que les permitan evitar cualquier tipo de problema, físico o psicológico, relacionado con las actividades diarias que el personal desarrolla dentro de la institución y hace énfasis también en los protocolos de cuidados especiales para quienes están expuestos al mayor riesgo, como laboratoristas, patólogos, radiólogos, personal de enfermería, instrumentadoras, trabajadores de urgencias, personal de lavandería, personal de mantenimiento, otros. (BURVANO, 2012)

De tal manera que la bioseguridad establece programas de educación dirigidos no solamente a los profesionales de enfermería, sino a los visitantes, acompañantes y a cuantos transiten en alguna forma por las instalaciones donde se presten servicios de salud. Da también la bioseguridad acerca de normas para el propio paciente a fin de que éste haga uso adecuado de elementos o equipos a su alcance, se limite durante su permanencia a cumplir exclusivamente con las prescripciones hechas por personal autorizado. (BURVANO, 2012)

Los hospitales son susceptibles de infinidad de riesgos, a diferencia de otras instituciones de servicios en las cuales se relacionan con actividades específicas dirigidas a un mismo fin. Por las diversas actividades que se desarrollan dentro del hospital y el sin número de circunstancias que allí confluyen, los riesgos son innumerables y de diferente

orden. Pero los más temidos son los de contaminación esto significa que el hospital debe mantener una permanente y confiable Organización de Bioseguridad, para evitar todo tipo de riesgos y los más inesperados accidentes por imprevisión. (BURVANO, 2012)

El no cumplimiento de las normas prescritas dan lugar a la omisión, esta puede desencadenar problemas graves de salud dentro del personal de enfermería y esta a su vez a sus familiares más cercanos, estas normas son necesarias para proteger la vida humana, si no se cumplen pueden desencadenar una infección a nivel global, por ende se trata de un método de gran importancia para la prevención de diferentes enfermedades. (BURVANO, 2012)

Dentro del área laboral se producen accidentes fortuitos, hoy en día estas situaciones pueden ser prevenidas por el personal que laboran en su espacio técnico, si no se manejan estos puntos, pueden llevar a accidentes o situaciones lamentables, que pueden llevar a infecciones, traumatismo, enfermedades y a la muerte. (BURVANO, 2012)

Esto nos indica que prevenir es evitar, posible riesgo, o peligro de contagio o contaminación, por lo que requiere mucha precaución al cliente protegiendo nuestra salud y de quienes forman el equipo de trabajo, para disminuir la tasas de morbilidad y mortalidad que pueden darse en una institución hospitalaria, así como el ingreso de pacientes con un elevado grado de infección, las bajas defensas de los enfermos crónicos, la toma de muestras en las habitaciones, evitar el manejo de ropa contaminada el ingreso de alimentos y preparación de los mismos en áreas no adecuadas, al no realizar esto estaríamos reduciendo costos elevados a los clientes como la familia y comunidad en general. (BURVANO, 2012)

2.3.9.1 Importancia de la Bioseguridad en Centros Hospitalarios

La Bioseguridad Hospitalaria es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para proteger a pacientes, personal médico, administrativo y de servicio, a la exposición a agentes potencialmente infecciosos. Las medidas deben involucrar a trabajadores y profesionales de todos los servicios, quienes deben seguir las normas establecidas para prevenir la exposición de la piel y de las mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, especialmente, al contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente, lo que se consigue mediante el uso de barreras protectoras como: mandiles, guantes, mascarillas, la eliminación adecuada del material contaminado y el cuidado del ambiente. (MOREIRA, 2011-2012)

Estas precauciones, deben ser igualmente aplicadas a todos los enfermos, independientemente de su patología, especialmente a los pacientes con bajas defensas orgánicas y nutricionales. Niveles de bioseguridad que están sujetos a la clasificación y a estándares internacionales dados en función del grado de letalidad de las enfermedades que se atienden. (MOREIRA, 2011-2012)

Los asuntos de seguridad y salud pueden ser atendidos de la manera más convincente en el entorno de un programa completo de prevención que tome en cuenta todos los aspectos del ambiente de trabajo, que cuente con la participación de los trabajadores y con el compromiso de la gerencia. (MOREIRA, 2011-2012)

La Agencia de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (OSHA), reconoce la necesidad de un reglamento que prescriba las medidas de seguridad para proteger a los trabajadores de los peligros contra la salud relacionados con los patógenos transmitidos por la sangre. La aplicación de los controles de ingeniería, la modificación de las prácticas peligrosas de trabajo, los cambios administrativos, la educación y

concienciación sobre la seguridad, son aspectos muy importantes de un programa amplio de prevención, que deben cumplirse con un diseño adecuado de la instalación, así como con equipos de seguridad necesarios. (MOREIRA, 2011-2012)

2.3.9.2 La Bioseguridad en el Sistema De Salud

La bioseguridad en el sistema de salud no es solo necesario, sino inevitable y por supuesto deseable. Ello permitirá al país establecer los instrumentos para poder analizar, evaluar, gestionar las oportunidades y riesgos. Por supuesto un Sistema Nacional de Bioseguridad va a tener de algún modo elementos generales, que se repiten de modo sistemático de uno a otro país, y que se concentran en tres áreas básicas, las políticas, el derecho y la institucionalidad. Prácticamente todos los elementos de un eventual sistema pueden ser ubicados en una de estas tres áreas. Sin embargo y al propio tiempo, muchas diferencias pueden existir de un país a otro o de una subregión a otra, de hecho en Latinoamérica están tomando particular fuerza los desarrollos subregionales en este campo. (BURVANO, 2012)

Comenta Según ESPINOZA Gaby, (2006). Que “la bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento cuyo fin es lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del personal de salud de adquirir infecciones o propagar las mismas en el medio que se desenvuelven”. (BURVANO, 2012)

2.3.9.3 Principios de Bioseguridad

Según Papone, V. 2008 define Bioseguridad de la siguiente manera: “Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en

el ambiente asistencial, ambiente que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos”. Papone incorpora tres principios que los mencionamos a continuación: (Jacqueline Panimboza, 2013)

UNIVERSALIDAD

Las medidas involucran a los pacientes de todos los servicios, de todas las áreas independientemente de conocer o no su enfermedad. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías infectocontagiosas, de estar o no expuestas al contacto con fluidos corporales, cualquier riesgo se disminuye al utilizar las medidas de bioseguridad siempre durante la atención hospitalaria. (Jacqueline Panimboza, 2013)

USO DE BARRERA

El uso de barreras es la principal herramienta de protección personal contra 14 infecciones, la misma que debe existir en cantidad suficiente y adecuada, la cual debe ser proporcionada por los empleadores. Soule, B. Larson, E. y Preston, G (2008) consideran que “las barreras están destinadas a “prevenir la transmisión de infecciones de pacientes a enfermera o viceversa, el riesgo aumenta cuando hay contacto con superficies corporales húmedas”. (Jacqueline Panimboza, 2013)

GUANTES

Los guantes son una barrera importante de protección, se utilizan tanto para proteger al paciente de la infección, como también del personal en la protección de sus manos en la manipulación de los fluidos corporales, existen guantes estériles se los utiliza cuando se realizan procedimientos con técnica estéril, y desechables no estériles para cuando se va a manipular fluidos corporales. (BURVANO, 2012)

Los guantes deben ajustarse a las manos, para realizar con facilidad los procedimientos, los guantes deben cambiarse después del contacto con pacientes, fluidos corporales y al realizar diferentes técnicas por lo cual se deben lavarse las manos antes y después del uso de los guantes, aunque los guantes no estén rotos. (BURVANO, 2012)

LAVADO DE MANOS

Es la principal medida para evitar las infecciones nosocomiales y la de protección del personal frente al riesgo biológico, ya que está demostrado que las manos del personal sanitario constituyen la vía de transmisión de la mayoría de infecciones nosocomiales, así como de alguno de los brotes epidémicos. La técnica de lavado de las manos será distinta dependiendo del tipo de maniobras que se van a realizar. (BURVANO, 2012)

El lavado de manos higiénico tiene como finalidad la eliminación de la suciedad, materia orgánica y microorganismos de contaminación de la piel por medios mecánicos mediante un lavado vigoroso con agua y jabón neutro, se realizan antes y después del contacto con los pacientes, sus fluidos corporales, y equipos contaminados, al iniciar y finalizar la jornada, antes de comer y después de ir al baño y de sonarse o estornudar. (BURVANO, 2012)

El lavado antiséptico tiene como finalidad eliminar la suciedad, materia orgánica, el mayor número de microorganismos de contaminación y la disminución de la flora de la piel de las manos y antebrazos por medio de lavado mecánico, con la utilización de productos químicos, esto se realiza antes de practicar un procedimiento invasivo de corta duración y que requiera técnica estéril, y antes y después del contacto con pacientes que se sabe o se sospeche que están infectados o colonizados con microorganismos epidemiológicamente importantes. (BURVANO, 2012)

El lavado quirúrgico su finalidad es eliminar la suciedad, el mayor número de contaminación y al disminución de la flora residente de capas superficial y profunda de la piel de las manos y antebrazos con el lavado mecánico y desinfección con productos químicos, los cepillos utilizados para el lavado de manos deben ser estériles y secos para evitar la contaminación. (BURVANO, 2012)

El personal sanitario no debe llevar joyas, debe tener las uñas cortas, sin lacas ni postizas, puesto que en ellas se acumula la mayor parte de microorganismos de déficit eliminación siendo reservorios, el lavado de manos se realizará con papel desechable para el lavado de manos higiénico y con material estéril para el antiséptico y quirúrgico. (BURVANO, 2012)

MASCARILLAS

Las mascarillas actúan como filtros para la protección de los pacientes en la realización de procedimientos invasivos y al personal sanitario la protección de las membranas mucosas la nariz, ojos y boca en procedimientos con riesgo de salpicaduras con fluidos corporales y al atender a pacientes con infección por microorganismos cuya transmisión es aérea o gotitas. (BURVANO, 2012)

La mascarilla debe desecharse cuando se humedezca se manche, para que sea efectiva debe colocarse sobre la boca y nariz, para el cuidado de pacientes infectados por microorganismos cuya transmisión es aérea, antes de colocarse y retirar la mascarilla se debe lavar las manos. (BURVANO, 2012)

BATAS

Actúan como barrera de protección del paciente en procedimientos invasivos y para reducir el riesgo de salpicaduras con fluidos corporales y desinfectantes de los antebrazos y

el uniforme del personal sanitario, se usan estériles en procedimientos invasivos para el paciente y no esteriles cuando hay riesgo de salpicadura con fluidos corporales y líquidos infectantes en la piel y ropa del personal sanitario. (BURVANO, 2012)

Se recuerda que las superficies exteriores de la bata estéril se contaminan cuando entran en contacto con el paciente, la cama, ropa y otros materiales no estériles, se dan múltiples definiciones de accidentes pero nosotros definimos como cualquier incidente no esperado que trastorna el trabajo debido al peligro que se expone el personal sanitario. (BURVANO, 2012)

MANEJO DE DESECHOS Estos comprenden algunos procedimientos adecuados a través de los cuales, los materiales que son utilizados en la atención de pacientes, son colocados en recipientes adecuados y eliminados de manera que no causen daño alguno. (Jacqueline Panimboza, 2013)

Las Normas de Bioseguridad

Son medidas preventivas que se implementan en las instituciones para proteger la salud y disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos, los cuales están presentes en el ambiente, especialmente en el área hospitalaria. El personal de enfermería está expuesto a diferentes factores de riesgo biológico por el contacto directo e indirecto, permanente o temporal, con material orgánico proveniente de la atención de pacientes: sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, o a la manipulación de instrumental contaminado. (Nivel de conocimiento y aplicación de las, 2013)

Las normas de bioseguridad son las medidas y disposiciones que buscan proteger la vida a través del logro de actitudes y conocimientos adecuados. El conocimiento en Bioseguridad hospitalaria disminuye la probabilidad de contagio de enfermedades infectocontagiosas,

por que minimiza el riesgo a exponerse, ofreciendo pautas para la actuación correcta frente a un accidente laboral o exposición involuntaria y garantizando la realización del trabajo de manera segura. Para ello a través de medidas científicas organizativas define las condiciones y criterios bajo las cuales el personal debe trabajar, considerándolas como precauciones universales, correspondiendo a ellas: la universalidad, las barreras de protección y las medidas de eliminación, siendo estas incluidas en el estudio junto con el lavado de manos. (Nivel de conocimiento y aplicación de las, 2013)

2.4 MARCO LEGAL

LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SU ORGANIZACIÓN

2.4.1 BASE LEGAL

2.4.1.1 Ley orgánica de la salud

Es importante aclarar que desde el año (2006), donde la Ley Orgánica de la Salud, se puso en práctica con diferentes capítulos según la actividad a realizar, a continuación se hace un análisis de capítulo V, sobre Salud y Seguridad en el trabajo.

CAPITULO V

Salud y seguridad en el trabajo

Art. 117.

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores.

Art. 118.

Los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores, dotándoles de información suficiente, equipos de protección, vestimenta apropiada, ambientes seguros de trabajo, a fin de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos, accidentes y aparición de enfermedades laborales.

Art. 119.

Los empleadores tienen la obligación de notificar a las autoridades competentes, los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, sin perjuicio de las acciones que

adopten tanto el Ministerio del Trabajo y Empleo como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Art. 120.

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio del Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, vigilará y controlará las condiciones de trabajo, de manera que no resulten nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de las mujeres trabajadoras. Los empleadores tienen la obligación de cumplir las normas y adecuar las actividades laborales de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Art. 121.

Las instituciones públicas o privadas cuyo personal esté expuesto a radiación ionizante y emisiones no ionizantes, están obligadas a proveer de dispositivos de cuidado y control de radiación y de condiciones de seguridad en el trabajo que prevengan riesgos para la salud. El incumplimiento de esta disposición por parte de los empleadores, que ocasione daño a la salud del trabajador, dará lugar a la aplicación de la sanción determinada por la ley.

Es preciso señalar que aunque está dispuesto en la Ley Orgánica de la Salud para el Ecuador en el capítulo V de la misma, no siempre se cumple con lo dispuesto en dicha Ley Orgánica.

Decreto 703, sobre aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada (ACCESS)

En Ecuador, a través del Decreto 703, del 25 de junio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS, como instancia especializada, para promover y controlar la calidad de servicios públicos

y privados de salud, y para proporcionar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y a profesionales de salud una instancia técnica conformada por expertos para evaluar casos de atención médica que hayan tenido resultados negativos o en los que se hayan cometido presuntos errores en la atención. (2015)

Por lo que la Agencia trabajará con los servicios de salud públicos y privados, la medicina prepagada y el personal de salud. Su directorio estará compuesto por la ministra o ministro de Salud, el secretario o la secretaria nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, y un delegado del Presidente de la República. (2015)

De conformidad con el Decreto, los recursos que el Ministerio de Salud Pública (MSP), venía empleando para el control de servicios de salud serán transferidos a la agencia especializada. También se transferirán las mismas competencias de sanción que ya venían siendo manejadas por el MSP, estipuladas en la Ley Orgánica de Salud. La Agencia no tiene facultad de establecer nuevas sanciones.

La nueva agencia asegurará que la tarea de promoción y control de la calidad y el análisis de casos cuente con una instancia autónoma, que desarrollará los siguientes enfoques:

a) Desarrollo de una cultura de calidad: con una visión de mejoramiento continuo, no punitiva, asesorando la mejora de los servicios de salud y promoviendo la capacitación de profesionales de la salud.

b) Control de la calidad de los servicios: con normativa construida participativamente, eliminando subjetividad en los controles y realizando evaluación externalizada a través de organizaciones independientes, competentes y transparentes, en relación directa con el desarrollo de la cultura de calidad.

c) Respaldo a los usuarios y usuarias del sistema y a la gestión de profesionales de la salud: habiéndose identificado, conjuntamente con representantes gremiales, la necesidad de una instancia especializada de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, se crea el ACESS como instancia de análisis y conciliación de quejas y reclamos, generando una vía técnica, distinta a la judicialización de casos y propiciando la evaluación por pares.

d) Asegurar el adecuado funcionamiento de los servicios de salud: con emisión de habilitaciones, certificaciones y acreditaciones sanitarias con enfoque de fortalecer la calidad de los servicios y la simplificación de trámites, y asesoría a profesionales y establecimientos prestadores de servicios de salud.

2.5 MARCO ÉTICO

El profesional de la salud tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer su profesión y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería. (Bedón, 2015)

Como resultado de su educación formal, éstos profesionales se encuentran identificados con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad justicia e igualdad. La piedra angular de la ética profesional es la beneficencia siendo este un principio moral de actuación para el bien del paciente y de la humanidad. (Galvizu, 2014)

La posición ética del personal de salud implica brindar servicios cargados de valores morales como: humanismo, abnegación, altruismo, solidaridad amor al trabajo, respetuosidad, responsabilidad, sensibilidad, eficiencia, honestidad, modestia y competencia; para así brindar una excelente atención y pretender que los usuarios no vean el hospital como un lugar de sufrimiento más bien lo relacionen con amor y responsabilidad.

CAPITULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Metodología

Investigación cualitativa debido a que procurará generar una descripción holística tratando de analizar exhaustivamente un asunto o actividad de la investigación en curso.

3.2 Tipo de Estudio

Este estudio es de carácter *descriptivo* porque describe situaciones y acontecimientos mediante la utilización de encuestas para probar hipótesis específicas, *observacional* debido a que se interesa por analizar la percepción de los trabajadores de salud con relación al ambiente de trabajo y *transversal* apunta a un momento o tiempo.

3.3 Diseño de la Investigación

La investigación es de campo, debido a que el proceso de cogida de datos se realiza mediante el uso de encuestas, con la finalidad de obtener directamente de una muestra definitiva, un contexto real para la aplicabilidad práctica de la exploración.

3.4 Lugar de Investigación

El lugar que se desarrolló la investigación fue en cuatro de los seis cantones de la Provincia de Imbabura, siendo éstos: Ibarra, Otavalo, Cotacachi y Antonio Ante, donde respectivamente se encuentran los hospitales a investigar.



3.5 Población

La población de estudio estuvo integrada por trabajadores de la salud de los diferentes Hospitales (San Vicente de Paúl, San Luis de Otavalo, Asdrúbal de la Torre, Básico de Atuntaqui).

3.6 Técnicas de recolección de datos.

Para esta investigación se utilizó varias técnicas e instrumentos como los siguientes:

Observación Directa: Esta técnica se aplicó llegando a los lugares del acontecimiento.

Informantes Claves: Trabajadores de la salud que son una fuente importante de información a la vez abren el acceso a otras personas o escenarios para ampliar la investigación.

Grupos Focales: Compuesto por un total de 8 personas las cuales dieron sus opiniones acerca de las preguntas planteadas en base al estándar de calidad.

Estándar de Calidad (Qmentu) Internacional Canadá: es una norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

3.7.1 Criterios de inclusión:

Se incluyó a todos los profesionales de salud, limpieza y mantenimiento, que se encontraron presentes en el momento de la aplicación de la encuesta.

Luego de contar con la respectiva autorización de los directivos de cada uno de los hospitales en estudio, se acudió a las áreas respectivas, se explicó sobre los objetivos de la investigación, así como la libertad para participar en ella y el manejo confidencial de este instrumento.

3.7.2 Criterios de exclusión:

Se excluyó a pacientes y sus familiares.

3.8 Procedimiento:

Para la realización del presente proyecto se hizo una revisión exhaustiva de artículos científicos sobre la Calidad del Ambiente de Trabajo donde se desarrollan los profesionales de Salud.

Se evaluó mediante la aplicación de estándares además de observación directa para ver el cumplimiento de las actividades de calidad y mejora, para lo cual se tomó de manera aleatoria al personal evaluado, en los servicios de cada institución. Se evaluó el desarrollo profesional, normas del espacio físico de trabajo, mantenimiento de equipos de salud y aspectos sobre la seguridad del paciente.

En la encuesta se calificó con 1: Ausencia, 2: En Proceso, 3: Elaborado y 4: desarrollado, la calificación obtenida se interpretó mediante la escala de Likert.

3.9 Variables a Estudiar

3.9.1 Ambiente de Trabajo

3.9.2 Espacio de Trabajo Físico

3.9.3 Equipos de Trabajo

3.9.4 Seguridad y Mejora de la Calidad

3.9.5 Entorno de Servicios

3.9.6 Supervisión y mejora de la Calidad

3.10 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	PREGUNTA ORIENTADORA	INDICADOR	ESCALA DE LIKERT
AMBIENTE DE TRABAJO	Políticas de seguridad y salud laboral	* ¿Existe un documento escrito de seguridad y salud laboral?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí la mitad no se cumple 2. Sí más de la mitad se cumple 3. Sí se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Sí se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En Proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Políticas de desarrollo profesional	* ¿Presenta plan de capacitación y desarrollo profesional del año en curso?		
	Revisión y medición de estrés y fatiga profesional	* ¿Presenta informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros de equipo?		
	Sistema de quejas y problemas del personal	* ¿Dispone de proceso estandarizado de que el personal transmita sus quejas? * ¿Existe un buzón de quejas para el usuario interno?		
	Sistema de confidencialidad del personal de problemas y quejas	* ¿Presentan por escrito el proceso confidencial para el personal y proveedores de servicios de brindar una retroalimentación de quejas o inquietudes?		
	Grado de satisfacción del personal y se usa para su retención y mejora.	* ¿Presentan resultados de estudio de satisfacción del personal? * ¿Posee un plan de retención y mejoras?		

VARIABLE	DIMENSIÓN	PREGUNTA ORIENTADORA	INDICADOR	ESCALA DE LIKERT
ESPACIO DE TRABAJO FÍSICO	Se cumplen con las normas del espacio físico de trabajo	* ¿El espacio físico de la organización cumple con las regulaciones y códigos locales aplicables?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí la mitad no se cumple 2. Sí más de la mitad se cumple 3. Sí se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Sí se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En Proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Espacios adecuados de trabajo (calefacción, ventilación, iluminación...).	* ¿La organización tiene espacios adecuados para sentarse calefacción, ventilación e iluminación?		
	Se recoge información del personal y usuarios para la mejora de los espacios físicos	* ¿Existen resultados de la última encuesta de sondeo aplicada al personal para evaluar mejoras en los espacios físicos?		
	Observación de rótulos que restringen el acceso a zonas de alto riesgo.	* ¿Cuenta con señalética en arreas restringidas y de alto riesgo? * ¿Cuenta con plan de inspecciones periódicas en áreas de alto riesgo?		
	Programa de educación y prevención de riesgos	* ¿Presentan por escrito programación de educación y prevención de riesgos laborales? * ¿Existen documentos de coordinación con instituciones especializadas en riesgos laborales?		

VARIABLE	DIMENSIÓN	PREGUNTA ORIENTADORA	INDICADOR	ESCALA DE LIKERT
ENTORNO DE SERVICIOS	Procedimientos de limpieza adecuada, desinfección y esterilización	<ul style="list-style-type: none"> * ¿Dispone de políticas y procedimientos para la limpieza adecuada, desinfección y esterilización del equipo y de sus instalaciones? * ¿Cuenta con cronograma permanente de limpieza, desinfección y esterilización? * ¿Dentro de las políticas y procedimientos cuenta con un capítulo sobre uso racional de desinfectantes? * ¿Cuenta con un manual para almacenamiento y manejo de ropa, provisiones e instrumental adecuado? * ¿Considera instrucciones del fabricante para prevenir contaminación de instrumental médico y de equipos? * ¿Cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable? 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sí la mitad no se cumple 2. Sí más de la mitad se cumple 3. Sí se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Sí se cumple con totalidad 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En Proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Descarte de material no reutilizable			

VARIABLE	DIMENSIÓN	PREGUNTA ORIENTADORA	INDICADOR	ESCALA DE LIKERT
SUPERVISIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD	Persona designada responsable de la calidad	¿Tiene una carta de designación del responsable de la mejora de la calidad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí la mitad no se cumple 2. Sí más de la mitad se cumple 3. Sí se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Sí se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En Proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Plan de mejoramiento de la calidad	¿Existe plan escrito de mejoramiento de la calidad? * ¿El plan de mejora se alinea con los objetivos y metas de la organización?		
	Compromiso de los directivos en el plan de calidad	¿Existe una partida presupuestaria específica para el plan de mejora de la calidad? * ¿Se designa por escrito al personal para llevar a cabo el plan de mejora de la calidad? * ¿Mantiene un plan de capacitación en calidad dirigido al personal?		

VARIABLE	DIMENSIÓN	PREGUNTA ORIENTADORA	INDICADO	ESCALA DE LIKERT
SEGURIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD	Constatación escrita de que el cliente es la meta estratégica de la institución.	* ¿Existe un compromiso escrito de la seguridad del cliente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí la mitad no se cumple 2. Sí más de la mitad se cumple 3. Sí se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Sí se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En Proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Identificación de riesgos y eventos de seguridad del usuario.	* ¿Tiene un proceso formal para manejar riesgos e identificar los eventos de seguridad del cliente?		
	Capacitación sobre seguridad del paciente para directivos, personal y proveedores de servicios	<p>* ¿Dispone de plan de capacitación anual en seguridad del usuario?</p> <p>* ¿Mantienen un plan de capacitación en áreas específicas sobre seguridad?</p>		

CAPÍTULO IV

4.- Presentación de Resultados y Análisis

4.1 AMBIENTE DE TRABAJO:

Figura Semántica 1: Seguridad y Salud Laboral (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 1: Seguridad y Salud Laboral

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
SEGURIDAD Y SALUD LABORAL	HSVP: “ La institución maneja un documento de estas políticas y se la cumple a cabalidad”	a) Según Bernardo Moreno la seguridad y salud en el trabajo en la mayoría de casos son sutiles y con una carga de imprecisión que hace difícil su concreción, evaluación, manejo y operativización. (Jiménez, 2014)
	HSLO: “Se encuentra elaborado pero no está en total ejecución, solo se cumple por partes”	b) Según José Salazar es la percepción del trabajador acerca del conjunto de acciones hacia la seguridad realizadas por la empresa, con efectos sobre la conducta de los trabajadores. (Salazar, 2015).
	HAT: “No tenemos ese documento”	c) Según Pilar Díaz Zazo la salud laboral es la necesidad y condiciones que un trabajador realice en donde puede suponer un peligro para la salud. (Zazo, 2015)
	HBA: “La institución si cuenta con el documento y el personal lo conoce”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Riesgos y Servicios de cada hospital en estudio.

La categoría de Seguridad y Salud Laboral arroja que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui, tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 3 alcanzando un nivel de Platino, y, por último el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio solo la mitad dispone de un documento por escrito de políticas de seguridad y salud laboral y que es difundido en todas y cada una de las áreas de los hospitales, mientras que los restantes no cumplen con los requerimientos.

Para (Salazar, 2015), la seguridad y salud laboral es la percepción del trabajador acerca del conjunto de acciones hacia la seguridad realizadas por la empresa, con efectos sobre la conducta de los trabajadores, al igual que (Zazo, 2015), propone que la salud laboral es la necesidad y condiciones que un trabajador realiza donde puede suponer un peligro para la salud, por lo que según los hallazgos de la investigación se propone una aplicación de medidas planteadas por cada una de las instituciones y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, por lo que éstas se las debe difundir a los trabajadores para que conozcan de su seguridad y así evitar poner en peligro su vida por falta de información.

Figura Semántica 2: Desarrollo Profesional (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 2 : Desarrollo Profesional

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
DESARROLLO PROFESIONAL	HSVP: “Nuestra institución cuenta con el plan que manifiesta, se lo realiza trimestralmente”	a) Según Ramón Salas el desarrollo profesional plantean la necesidad de un nuevo proceso, fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia. (Salas, 2015)
	HSLO: “El hospital realiza capacitaciones al personal periódicamente y se realiza informes de constancia”	b) Según Viviana González es el “Conjunto de características de una persona que están relacionadas directamente con una buena ejecución en una determinada tarea o puesto de trabajo.” (González, 2014)
	HAT: “Está en proceso de aplicar este plan”	c) Según Viviana González es el “Conjunto de características de una persona que están relacionadas directamente con una buena ejecución en una determinada tarea o puesto de trabajo.” (González,
	HBA: “No contamos en sí con el plan que pide, lo que hacemos son capacitaciones cuando se lo requiere, pero no seguido”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DESORROLLO PROFESIONAL

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Desarrollo Profesional proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital San Luis de Otavalo, tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Básico de Atuntaqui como en el Hospital Asdrúbal de la Torre la frecuencia es de 1 alcanzando un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio solo la mitad dispone de un plan de capacitación y desarrollo profesional, en el que debe constar las horas anuales para la formación y capacitación del personal que labore en cada una de las casa de salud, mientras que la otra mitad no cuenta con este plan.

Según (Salas, 2015) el desarrollo profesional plantean la necesidad de un nuevo proceso, fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia; al igual que cita (González, 2014) siendo el conjunto de características de una persona que está relacionada directamente con una buena ejecución en una determinada tarea o puesto de trabajo. Por lo que se debería implementar en cada uno de los hospitales en estudio un plan bien cimentado en principios de ética para que el desarrollo profesional sea de calidad y calidez hacia el usuario tanto interno como externo.

Figura Semántica 3: Estrés y Fatiga Profesional (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 3: Estrés y Fatiga Profesional

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
ESTRÉS Y FATIGA PROFESIONAL	HSVP: “Se hace un informe mensual sobre estrés y fatiga del personal, para mitigar los impactos negativos hacia el usuario externo”	a) Según Oscar E. Slipak el Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta ya sea fisiológica o psicológica ante un estresor ambiental. (Slipak, 2014)
	HSLO: “ Este informe es realizado por los líderes de cada servicio, para mejorar la calidad y calidez en atención”	b) Según Arlene Oramas la fatiga profesional impone demandas físicas mentales, emocionales y relacionales que en interacción con los recursos individuales pueden impactar negativamente en la salud y el bienestar. (Arlene Oramas, Padro Armirall , 2015)
	HAT: “ Hace algún tiempo se estaba planificando realizar, pero nunca se lo puso en acción”	c) Según Fernando Mansilla el estrés no ocurre por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier empresa entre los distintos individuos. (Mansilla, 2015)
	HBA: “El plan es realizado trimestralmente y se busca medidas para bajar la carga de horas de trabajo”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA ESTRÉS Y FATIGA PROFESIONAL

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Estrés y Fatiga Profesional proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl, Hospital San Luis de Otavalo y Hospital Básico de Atuntaqui, tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre la frecuencia es de 1 alcanzando un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, más de la mitad presenta un informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros del equipo, mientras que en el hospital restante manifiesta que se encuentra en elaboración.

Según (Slipak, 2014) el estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta ya sea fisiológica o psicológica ante un estresor ambiental y según (Arlene Oramas, Padro Armirall ,2015) la fatiga profesional impone demandas físicas mentales y emocionales que en interacción con los recursos individuales pueden impactar negativamente en la salud y el bienestar. La investigación arroja un resultado favorable en su mayoría, pero se necesita asegurar que los profesionales en salud deben estar informados acerca de los derechos relacionados al descanso y así evitar estrés laboral.

Figura Semántica 4: Quejas y Problemas del Profesional (Herrera, Chicaiza, 2015)

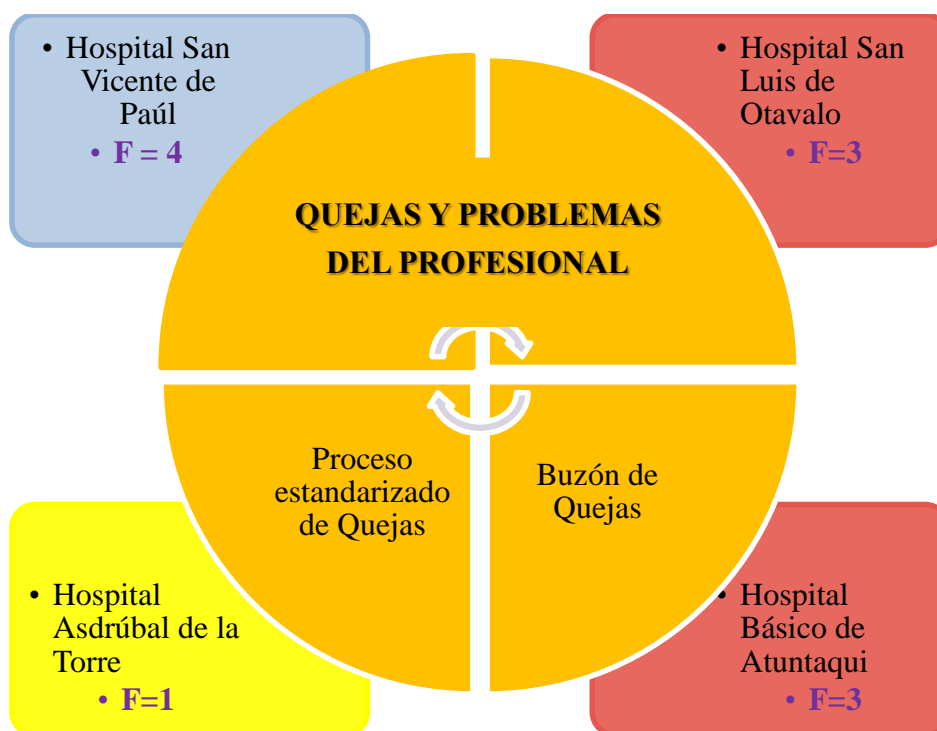


Tabla de Vaciamiento 4: Quejas y Problemas del Personal

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
QUEJAS Y PROBLEMAS DEL PERSONAL	HSVP: “Existe un buzón de quejas y sugerencias donde el personal presenta sus quejas”	a) Según Reyes Agustín su sistema para recibir, manejar y resolver las porque enfoca uno de los problemas más humanos que se da en la empresa. (Agustín, 2014)
	HSLO: “El proceso estandarizado de quejas está elaborado pero solo contamos con el buzón de quejas para el usuario externo”	b) Proceso formal y sistemático que permite a los empleados expresar sus quejas sin poner en riesgo sus empleos. (Mondy, 2014)
	HAT: “Para el personal no hay proceso estandarizado de quejas”	c) Según la revista corazón azul es la manera en la que una empresa enfrenta las quejas de los clientes, esto determinará la ganancia o pérdida de los clientes. (Azul, 2014)
	HBA: “Este proceso se lo hace cuando existe problemas interpersonales entre profesionales”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA QUEJAS Y PROBLEMAS DEL PERSONAL

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

En la categoría Quejas y Problemas del Personal se observa que el Hospital San Vicente de Paúl tiene una frecuencia de 4 según la escala de Likert, lo que equivale a una puntuación nivel Diamante, mientras el Hospital San Luis de Otavalo y Hospital Básico de Atuntaqui, tienen una frecuencia de 3 dándole una puntuación Nivel Platino, y por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con una frecuencia de 1 alcanzando una puntuación nivel Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, la mitad no dispone de un proceso estandarizado para que el personal transmita sus quejas, en vista de que se lo está elaborando, o no se lo ha difundido, mientras que menos de la mitad solo cuenta con un buzón de quejas por medio del cual el personal hace llegar sus inconformidades pero no hay solución.

Según (Agustín, 2014) es un sistema para recibir, manejar y resolver las quejas porque enfoca uno de los problemas más humanos que se da en la empresa; al igual que corrobora (Mondy, 2014) donde cita que, es un proceso formal y sistemático que permite a los empleados expresar sus quejas sin poner en riesgo sus empleos. Según lo hallado en la investigación, se toma en cuenta que el personal de salud utiliza el sistema de buzón de quejas, para exponer sus desacuerdos hacia las autoridades pero con educación y respeto; por lo que se cumple perfectamente con esta categoría en los lugares de investigación.

Figura Semántica 5: Confidencialidad de Quejas y Problemas (Herrera, Chicaiza, 2015)

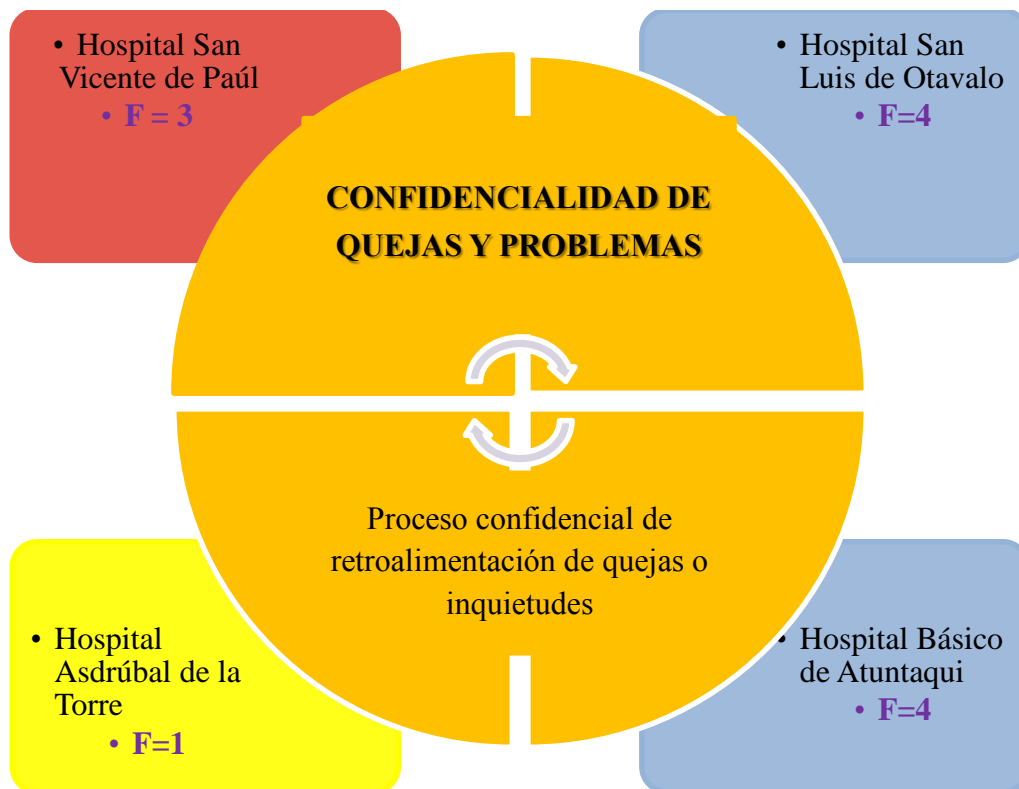


Tabla de Vaciamiento 5: Confidencialidad de Quejas y Problemas

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
CONFIDENCIALIDAD DE QUEJAS Y PROBLEMAS	HSVP: “ Este proceso se lo ha elaborado más no con retroalimentación”	a) La confidencialidad se dedicada a atender y resolver quejas que los usuarios de los servicios de salud presentan. (Aguirre, 2014)
	HSLO: “Las quejas son puestas a consideración de los líderes siempre con confidencialidad”	b) Son obligaciones de garantizar, respetar, proteger y realizar dicho derecho diseñando para tales efectos. (Maya, 2010)
	HAT: “Como no exista buzón de quejas para el personal no se puede realizar este proceso”	c) Es el reporte de cualquier evento adverso o reacción grave tan pronto sea posible cuando descubra el problema. (Marks, 2011)
	HBA: “Proceso que se realiza conjuntamente con el personal y se da solución a lo pedido”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA CONFIDENCIALIDAD DE QUEJAS Y PROBLEMAS

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Confidencialidad de Quejas y Problemas arroja que tanto en el Hospital San Luis de Otavalo como en el Hospital Básico de Atuntaqui, tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Vicente de Paúl tiene una frecuencia de 3 por lo que su puntuación es de Platino, y por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con frecuencia de 1 alcanzando un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, la mitad presenta por escrito el proceso confidencial para el personal y proveedores de servicios de brindar una retroalimentación de quejas o inquietudes, mientras que menos de la mitad no lo hace o se encuentra en proceso.

Según (Maya, 2010) la confidencialidad de quejas y problemas son obligaciones de garantizar, respetar, proteger y realizar dicho derecho diseñando para tales efectos, al igual que otro estudio realizado por (Marks, 2011) donde cita que, es el reporte de cualquier evento adverso o reacción grave tan pronto sea posible cuando descubra; por lo que según la investigación realizada debe existir en toda organización una retroalimentación de quejas para poder cambiar o mejorar el o los asuntos pendientes.

Figura Semántica 6: Grado de Satisfacción del Personal (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 6: Grado de Satisfacción del Personal

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL	HSVP: “Los resultados de satisfacción se presentan por escrito mensualmente”	a) Según Alonso Martín es la habilidad de la organización para satisfacer las necesidades de los trabajadores. (Martín, 2014)
	HSLO: “El plan de mejoras se lo ha realizado por varias ocasiones pero nunca se lo presenta al personal”	b) Según Claudia García la satisfacción laboral es producir beneficios a los empleados al ayudarles a mantener una buena salud mental. (García, 2015)
	HAT: “Nunca se ha realizado un sondeo sobre la satisfacción del personal”	c) Según Niulvis Guillén es la satisfacción del trabajador frente a su propio trabajo. (Guillen, 2014)
	HBA: “Se ha puesto en consideración la elaboración de este plan pero no tiene aceptación”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

El indicador de Satisfacción del Personal proyecta que tanto en el Hospital San Básico de Atuntaqui como en el Hospital Asdrúbal de la Torre, tienen una frecuencia de 1 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Oro para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Vicente de Paúl tiene una frecuencia de 4 siendo su puntuación de Diamante, y por último el Hospital San Luis de Otavalo con frecuencia de 3 alcanzando un nivel Platino.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, la mitad no posee un plan de retención y mejoras además de los resultados de satisfacción del personal, mientras que menos de la mitad si cumple con estos planes o por lo menos los ponen en consideración de los trabajadores.

Según (Martín, 2014) el grado de satisfacción es la habilidad de la organización para compensar las necesidades de los trabajadores; al igual que cita (García, 2015) donde expone que la satisfacción laboral es producir beneficios a los empleados al ayudarles a mantener una buena salud mental. Por lo que en los lugares de estudio se evidenció que el grado de satisfacción del personal está directamente relacionado con el plan de retención y mejoras, puesto a disposición para su conocimiento.

4.2 ESPACIO FÍSICO DE TRABAJO

Figura Semántica 7: Normas de Espacio Físico de Trabajo (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 7: Normas de Espacio Físico de Trabajo

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
NORMAS DE ESPACIO FÍSICO DE TRABAJO	HSVP: “No todo la institución cumple con las normas”	a) Según Otto Friedrich es organizar el espacio para vivirlo y sentirlo, en función de la búsqueda de satisfacer sus necesidades. (Friedrich, 2015)
	HSLO: “Se cumple las normas pero siempre hay cosas que no se cumplirán”	b) Según Isaí Rojas hace referencia a todos los recursos del ambiente que contribuyen a que una oficina sea considerada un buen lugar de trabajo, como la iluminación, ventilación, aspectos “visuales” y ruido. (Rojas, 2014)
	HAT: “El hospital siendo pequeño trata de cumplir con estas normas”	
	HBA: “La mayor parte de espacios físicos de la institución no cumple con las regulaciones requeridas”	c) Según Martín Santos es donde proporciona servicios para que un grupo de personas puedan realizar actividades de colaboración en forma asincrónica o síncrona. (Santos, 2015)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA NORMAS DE ESPACIO FÍSICO DE TRABAJO

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Normas de Espacio Físico de Trabajo proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital San Luis de Otavalo, tienen una frecuencia de 3 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Platino para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Básico de Atuntaqui tiene una frecuencia de 1 siendo su puntuación de Oro, y por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con frecuencia de 4 alcanzando un nivel Diamante.

Se interpreta que el espacio físico de más de la mitad, cumple con las regulaciones y códigos aplicables mientras que el hospital restante no cumple con lo requerido.

Según (Friedrich, 2015) el espacio físico es, organizar el área para vivirla y sentirla, en función de la búsqueda de satisfacer sus necesidades; mientras que (Santos, 2015) cita que es donde se proporciona servicios para que un grupo de personas puedan realizar actividades de colaboración en forma asincrónica o síncrona. Es necesario que cada hospital cumpla con dichas normas para que los trabajadores se desempeñen de la mejor manera y satisfagan sus necesidades laborales.

Figura Semántica 8: Espacios Adecuados de Trabajo (Herrera, Chicaiza, 2015)

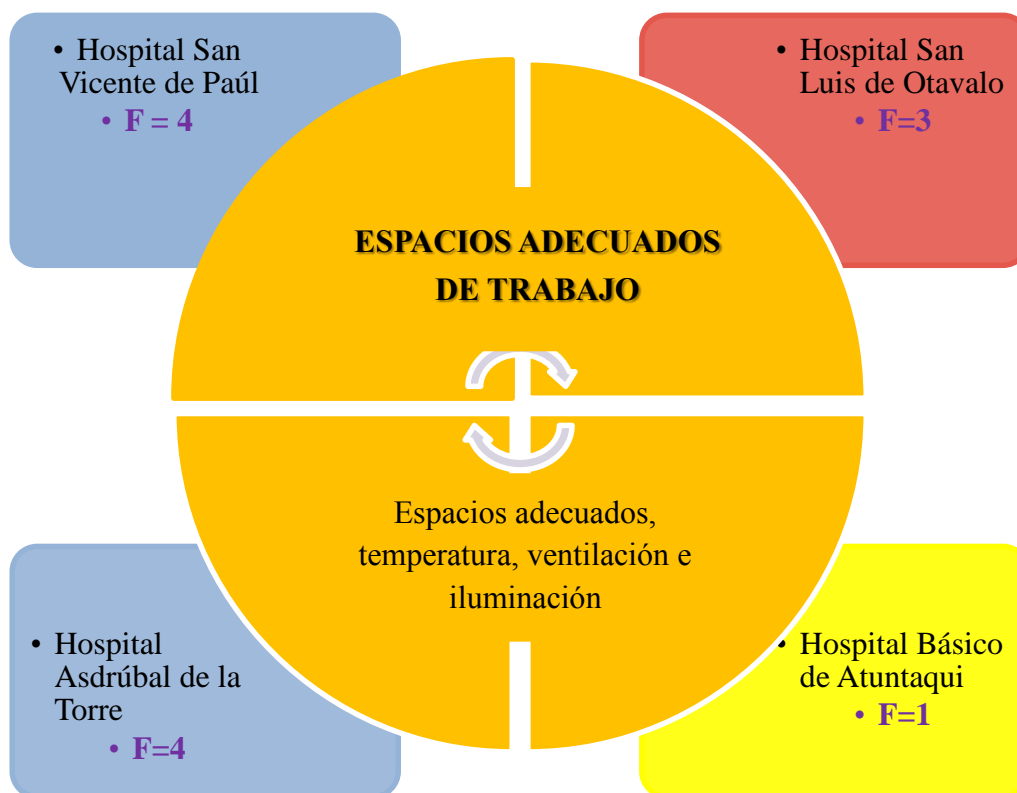


Tabla de Vaciamiento 8: Espacios Adecuados de Trabajo

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
ESPACIOS ADECUADOS DE TRABAJO	HSVP: “La institución cumple con espacios adecuados, para el confort de los usuarios internos y externos”	a) Es un espacio isotrópico controlado artificialmente, con una relación con el exterior atenuada. (Prieto, 2010)
	HSLO: “Si cuenta con espacios adecuados, pero no toda la institución”	b) Constituyen dos componentes de esencial importancia para la elevación de la productividad laboral. El clima organizacional es un componente esencial del proceso de socialización del conocimiento y la cultura. (Salazar, 2015)
	HAT: “Cuenta con estos espacios y requerimientos citados”	c) Los espacios adecuados son muy importantes porque no solo eliminan barreras físicas, las paredes, sino también las emocionales, debido que establecen roles y se favorece la comunicación entre todos los miembros. (Hallet, 2015)
	HBA: “La mayor parte de los servicios no tiene buena iluminación ni cuenta con calefacción”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA ESPACIOS ADECUADOS DE TRABAJO

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Espacios Adecuados de Trabajo proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Asdrúbal de la Torre, tienen una frecuencia de 3 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Platino para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Básico de Atuntaqui tiene una frecuencia de 1 siendo su puntuación de Oro, y por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con frecuencia de 4 alcanzando un nivel Diamante.

Se interpreta que el espacio físico de más de la mitad cumple con las regulaciones y códigos aplicables, mientras que el hospital restante no cumple con lo solicitado.

Según (Hallet, 2015) los espacios adecuados son muy importantes porque no solo eliminan barreras físicas, las paredes, sino también las emocionales, debido que establecen roles y se favorece la comunicación entre todos los miembros; otro autor como (Salazar, 2015) propone que el espacio de trabajo está constituido por dos componentes de esencial importancia para la elevación de la productividad laboral. Por lo que según la investigación realizada la organización del espacio físico en los cuatro hospitales es buena, pero debe existir constante mejora para que el personal de una mejor atención.

Figura Semántica 9: Mejora de Espacios Físicos (Herrera, Chicaiza, 2015)

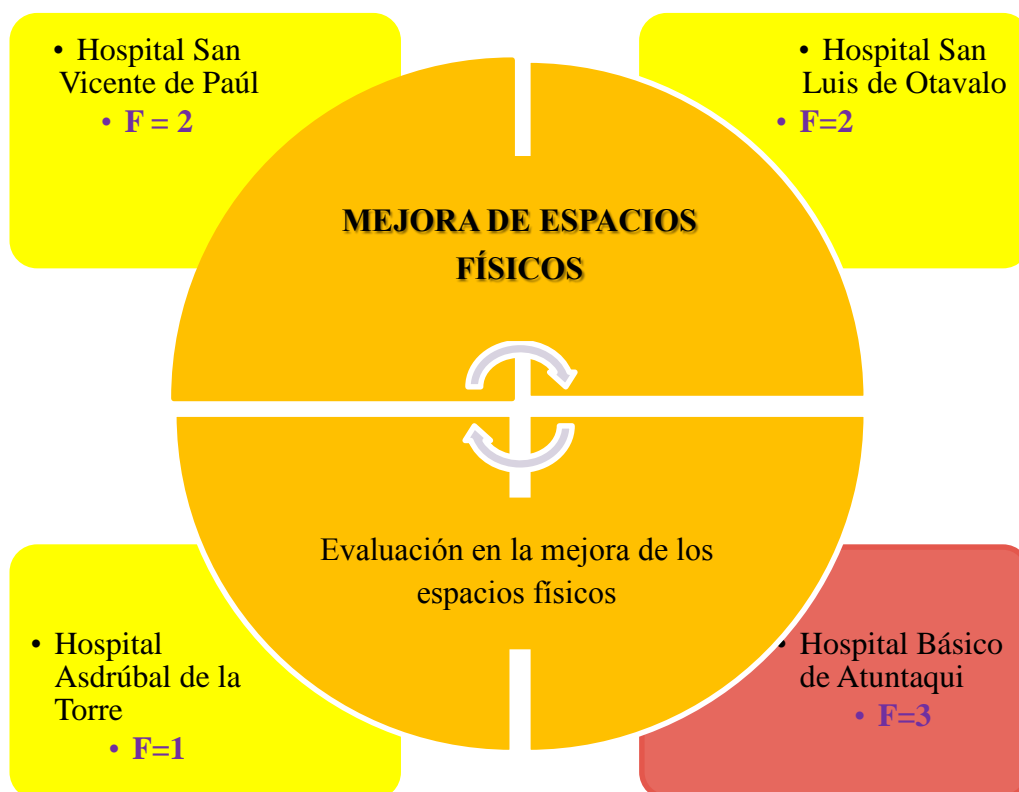


Tabla de Vaciamiento 9: Mejora de Espacios Físicos

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
MEJORA DE ESPACIOS FÍSICOS	HSVP: “No se ha aplicado sondeo para conocer la percepción de los espacios físicos”	a) Mejorar consta de procesos continuos y flexibles en que los actores involucrados desarrollan prácticas organizacionales creativas basadas en la flexibilidad para hacer y rehacer los espacios de trabajo. (García, 2014)
	HSLO: “ Nunca se ha realizado este sondeo”	
	HAT: “Se pensaba hacer este sondeo pero nunca se lo llevo a cabo”	b) Promover zonas habitables bien diseñadas, confortables y de alto valor medioambiental, favoreciendo el desarrollo de ciudades sustentables. (Pascual, 2013)
	HBA: “Si se realizó varios sondeos pero hace no mucho tiempo-claro que se presentó resultados”	c) Facilita el manejo de documentos u otros objetos que se refieren a un trabajo o proyecto en particular. (Paz, 2011)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA MEJORA DE ESPACIOS FÍSICOS

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría sobre Mejora de espacios físicos proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital San Luis de Otavalo, tienen una frecuencia de 2 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Oro para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Básico de Atuntaqui tiene una frecuencia de 3 siendo su puntuación Platino, y por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con frecuencia de 1 alcanzando un nivel Oro.

Se interpreta que más de la mitad no cumple con presentar los resultados de la última encuesta de sondeo aplicada al personal para evaluar mejoras en los espacios físicos, mientras que el hospital restante solo elaboró esta encuesta pero no la difundió ni la aplicó.

Según (García, 2014) mejorar los espacios físicos consta de procesos continuos y flexibles en que los actores involucrados desarrollan prácticas organizacionales creativas basadas en la flexibilidad para hacer y rehacer los espacios de trabajo; al igual que plantea (Pascual, 2013) donde se debe promover zonas habitables bien diseñadas, confortables y de alto valor medioambiental, favoreciendo el desarrollo de ciudades sustentables. El mejoramiento de espacios físicos mejorara la calidad de atención y las relaciones interpersonales con los profesionales de salud para conseguir un rendimiento superior.

Figura Semántica 10: Restricción en Áreas de Alto Riesgo (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 10: Restricción el Áreas de Alto Riesgo

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
RESTRICCIÓN EN ÁREAS DE ALTO RIESGO	HSVP: “Toda la institución cuenta con señalética y se realizan inspecciones periódicas en estas zonas”	a) Está orientada con el propósito de evitar la destrucción total o parcial de la instalación, la intromisión de personas no autorizadas, la fuga de informaciones o documentos de vital interés. (Tovar, 2010)
	HSLO: “La señalética existe pero las inspecciones últimamente no se las realiza”	b) Lugar de cuidado de pacientes críticos, de pacientes sumamente vulnerables o zonas protegidas. (González, 2011)
	HAT: “Si hay señalética y también se hacen inspecciones”	c) Serán las áreas planificadas que, en razón de su especial destino o naturaleza, estarán sujetas a restricciones casi totales en cuanto a su urbanización y edificación. (Latse, 2014)
	HBA: “La señalética en áreas de alto riesgo están presentes al igual que las inspecciones”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA RESTRICCIÓN EN ÁREAS DE ALTO RIESGO

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría sobre la Restricción en áreas de alto riesgo, proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl, Hospital Básico de Atuntaqui y Hospital Asdrúbal de la Torre tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 3 siendo su puntuación Platino.

Se interpreta que todos los hospitales cuentan con señalética en áreas restringidas y de alto riesgo, además de gozar con un plan de inspecciones periódicas que son puestas a disposición de cada una de las áreas de los mismos.

Según (González, 2011) es el lugar de cuidado de pacientes críticos, sumamente vulnerables o zonas protegidas; de tal forma lo plantea en otra investigación de (Latse, 2014) quien define como, áreas planificadas que en razón de su especial destino o naturaleza, estarán sujetas a restricciones casi totales en cuanto a su urbanización y edificación. Las casas de salud deben contar con la señalética adecuada, para poder orientar a los profesionales y pacientes, éstas pueden ser de gran peligro si no existieran, es por esto que en los hospitales en estudio se verificó la presencia y la importancia que les dan.

Figura Semántica 11: Educación y Prevención de Riesgos Laborales (Herrera, Chicaiza, 2015)

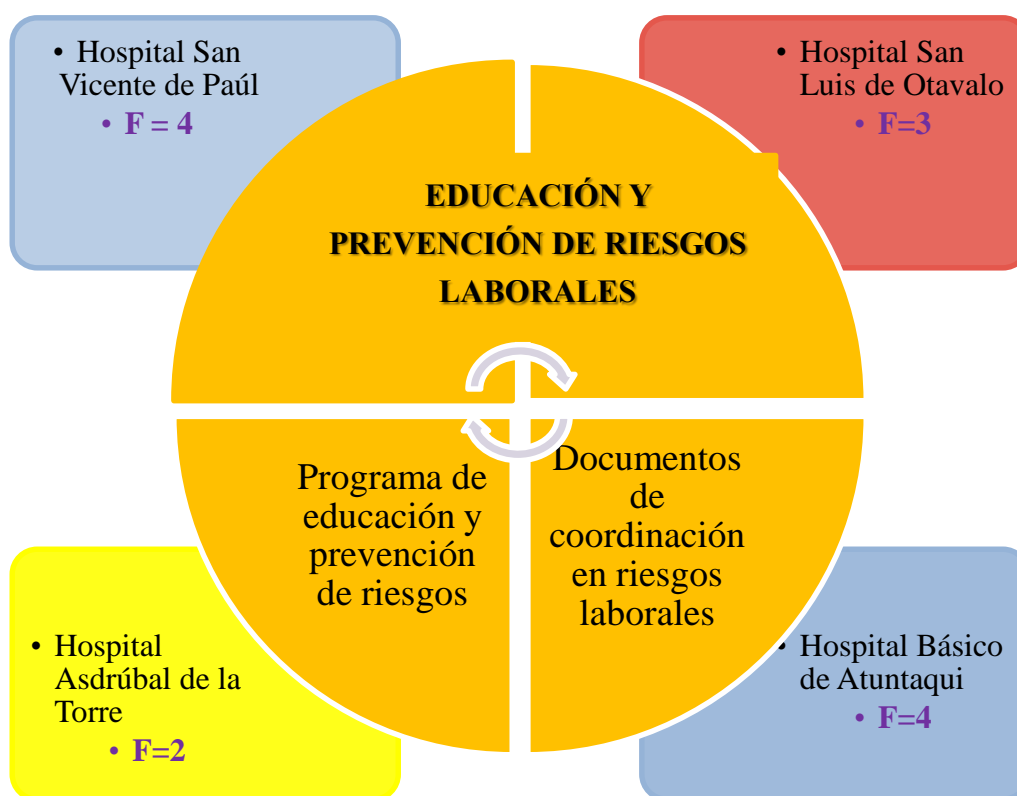


Tabla de Vaciamiento 11: Educación y Prevención de Riesgos Laborales

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	HSVP: “La prevención de riesgos se la realiza mediante la planificación de programas”	a) Conjunto de actividades que se realizan en la empresa con la finalidad de descubrir anticipadamente los riesgos que se producen en cualquier trabajo. (Barba, 2014)
	HSLO: “La educación y prevención de riesgos se la realiza periódicamente pero no existe documentos de coordinación”	b) Se utiliza para mejorar las condiciones de trabajo y reducir el riesgo de accidentes y enfermedades se precisa más atención a la salud preventiva, movilizand o medios para la creación de ambientes saludables, como el desarrollo de actividades de educación permanente en salud y la participación de los trabajadores en la gestión de los riesgos. (Global, 2013)
	HAT: “Las coordinaciones sobre riesgos laborales no se han elaborado pero la educación si se la realiza”	
	HBA: “La prevención de riesgos es lo primordial para la institución”	c) Se define como el conjunto de actividades o de medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad en una institución de salud, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.(Otita, 2011)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de Talento Humano de cada hospital en estudio.

La categoría de Educación y Prevención de Riesgos Laborales, proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 3 siendo su puntuación Platino, y, por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con su frecuencia de 2 equivalente a una puntuación de nivel Oro.

Se interpreta que más de la mitad cumple por escrito con un programa de prevención de riesgos laborales, además de tener documentos acerca de coordinaciones con instituciones especializadas en riesgos laborales, mientras que el hospital restante mantiene que el programa se lo elaboró pero nunca se lo concluyó.

Según (Global, 2013) ésta educación se utiliza para mejorar las condiciones de trabajo y reducir el riesgo de accidentes y enfermedades, se precisa más atención a la salud preventiva, movilizand o medios para la creación de ambientes saludables, como el desarrollo de actividades de educación permanente en salud y la participación de los trabajadores en la gestión de los riesgos. Las instituciones deben contar con un programa o protocolo de cómo manejar riesgos laborales, siendo necesario la implementación y promulgación de las normas pertinentes al tema tratado.

4.3 EQUIPOS DE TRABAJO

Figura Semántica 12: Equipos en Salud (Herrera, Chicaiza, 2015)

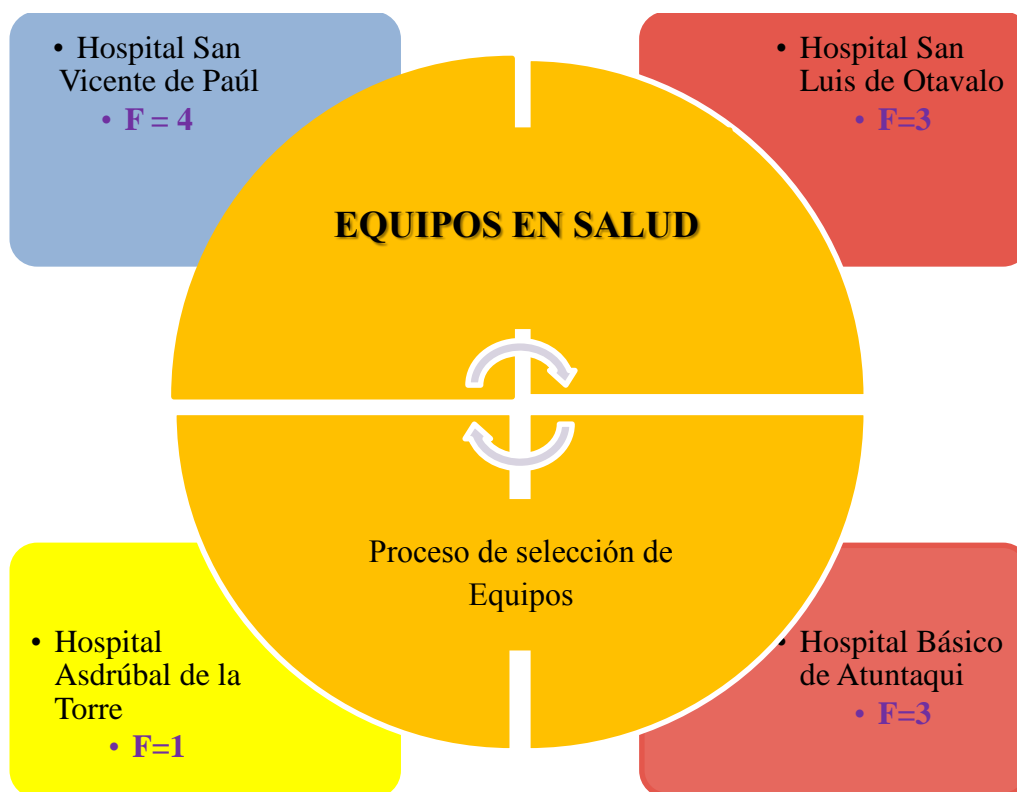


Tabla de Vaciamiento 12: Equipos en Salud

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
EQUIPOS EN SALUD	HSVP: “Existe un proceso de selección de equipos por áreas”	a) Una adecuada elección, utilización y mantenimiento de los equipos resultan vitales para conseguir los objetivos propuestos de reducción de los niveles de riesgo existentes en el lugar de trabajo. (García-Pintos, 2010)
	HSLO: “La selección de equipos está a cargo del departamento de mantenimiento pero el plan se está elaborando”	b) Producto, instrumento, aparato o máquina que se usa para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades y dolencias, o para detectar, medir, restaurar, corregir o modificar la anatomía o función del organismo con un fin sanitario. (Loto, 2013)
	HAT: “La selección de equipos se la realiza pero no con proceso solo en equipos dañados”	c) Se usan con un fin determinado de diagnóstico y tratamiento de enfermedades o de rehabilitación después de una enfermedad o lesión; se los puede usar individualmente, con cualquier accesorio o consumible o con otro equipo médico. (Barba, 2014)
	HBA: “Se encuentra en proceso de elaboración como se podría seleccionar los equipos de trabajo”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA EQUIPOS EN SALUD

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de mantenimiento informático de cada hospital en estudio.

La categoría de Equipos en Salud, arroja que tanto en el Hospital San Luis de Otavalo como en el Hospital Básico de Atuntaqui tienen una frecuencia de 3 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Platino para acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Vicente de Paúl tiene una frecuencia de 4 siendo su puntuación nivel Diamante, y, por último el Hospital Asdrúbal de la Torre con su frecuencia de 1 equivalente a una puntuación de nivel Oro.

Se interpreta que más de la mitad cumple con un documento por escrito del proceso de selección de equipos y dispositivos médicos, mientras que el hospital restante no cuenta con las exigencias.

Según (García-Pintos, 2010) una adecuada elección, utilización y mantenimiento de los equipos resultan vitales para conseguir los objetivos propuestos de reducción de los niveles de riesgo existentes en el lugar de trabajo. Por lo que el funcionamiento adecuado de los equipos o dispositivos médicos es de gran importancia debido a que se los utiliza a cada instante y para cada paciente, es por esto que deben estar en buen estado y con un calendario de reemplazo o mantenimiento preventivo antes de que existan fallas.

Figura Semántica 13: Mantenimiento de Equipos en Salud (Herrera, Chicaiza, 2015)

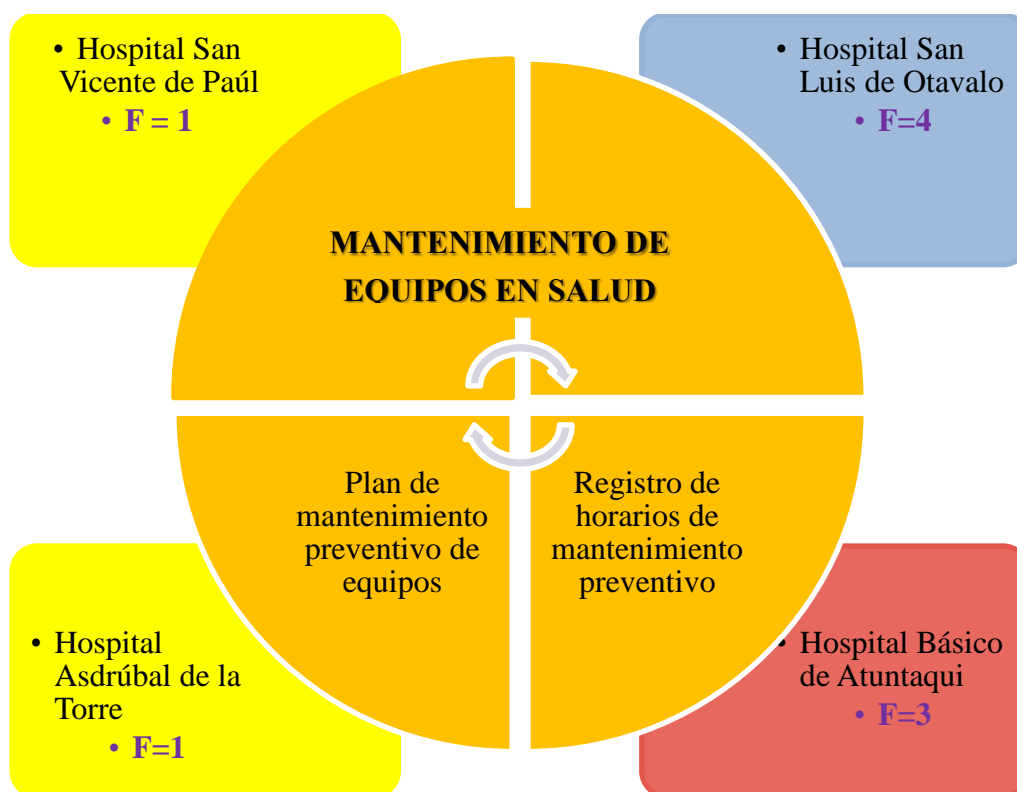


Tabla de Vaciamiento 13: Mantenimiento de Equipos en Salud

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
MANTENIMIENTO DE EQUIPOS EN SALUD	HSVP: “En esta institución solo se realiza mantenimiento preventivo cuando hay necesidad.”	a) Son procedimientos de inspección y también de mantenimiento preventivo y correctivo que aseguran que el equipo funciona correctamente. (OMS, 2012)
	HSLO: “Presentamos este plan en cada área, con un registro de horas de laboradas”	b) Acción técnico-administrativa para el cuidado e inspección sistemática de un equipo clínico, con el propósito de mantenerlo en buen estado de funcionamiento y evitar y detectar fallas menores, antes de que estas se conviertan en defectos mayores (Técnica, 2014)
	HAT: “No se manejan este plan.”	
	HBA: “Se da mantenimiento de dispositivos médicos en cada área, evitando daños irreparables”	c) Es un instrumento de planificación y gestión de los recursos físicos y financieros destinados a garantizar el funcionamiento oportuno y seguro de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. (Neoplásicas, 2015)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA MANTENIMIENTO DE EQUIPOS EN SALUD

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la unidad de mantenimiento de cada hospital en estudio.

La categoría de mantenimiento de equipos en salud proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Asdrúbal de la Torre, tienen una frecuencia de 1 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Oro según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 4 alcanzando un nivel Diamante, y, por último el Hospital Básico Atuntaqui obtiene una frecuencia de 3 que equivale a un nivel Platino.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio solo la mitad, no dispone de un plan y registro de mantenimiento preventivo de equipos que son necesario para cada área hospitalaria, mientras que el resto de hospitales cumplen con este plan.

Según (la OMS 2012), el mantenimiento de equipos de salud son procedimientos de inspección y también de mantenimiento preventivo y correctivo que aseguran que el equipo funciona correctamente y (Técnica, 2014), que manifiesta que es una acción técnico-administrativa para el cuidado e inspección sistemática de un equipo clínico, con el propósito de mantenerlo en buen estado de funcionamiento, evitar y detectar fallas menores, antes de que estas se conviertan en defectos mayores o daños irreparables, por lo que cada área hospitalaria maneja un cronograma de revisión para cada equipo garantizando su buen funcionamiento.

Figura Semántica 14: Reemplazo y Actualización de Equipos Sanitarios (Herrera, Chicaiza, 2015)

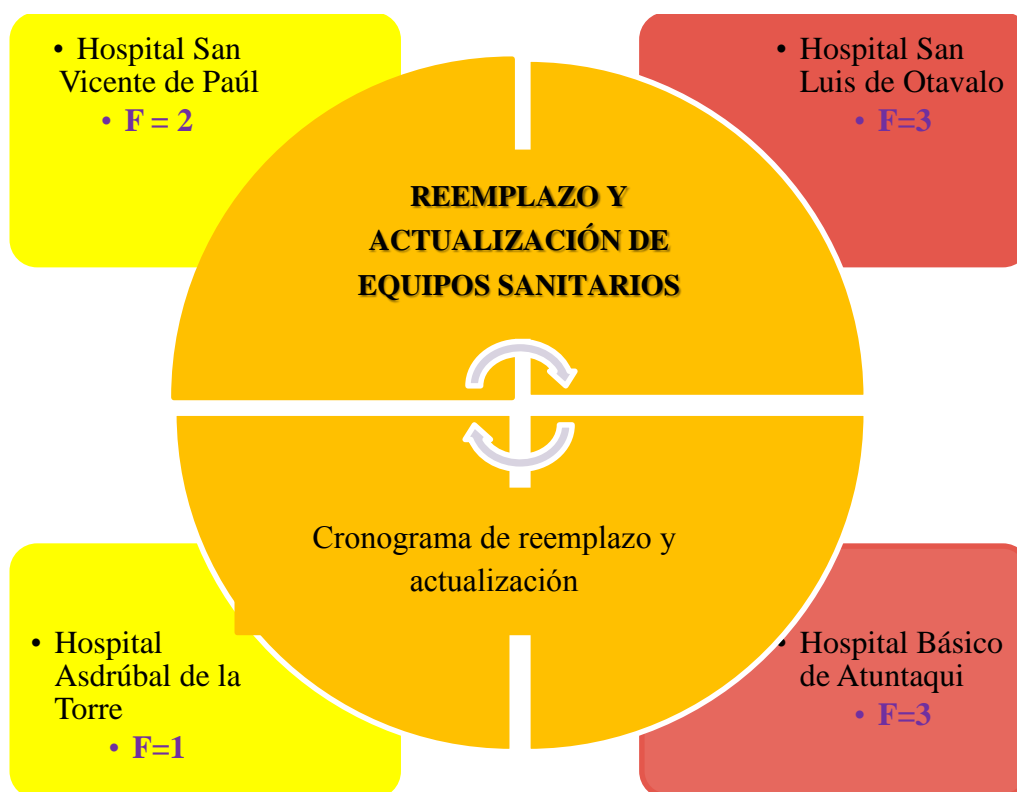


Tabla de Vaciamiento 14: Reemplazo y Actualización de Equipos Sanitarios

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
REEMPLAZO Y ACTUALIZACIÓN DE EQUIPOS SANITARIOS	HSVP: “Emplazamos o actualizamos equipos de salud solo cuando hay daños irreparables”	a) Reemplazar los componentes con una vida útil limitada antes de lleguen al punto de desgaste con una alta probabilidad de fallo logra un enfoque mucho más confiable para lograr una larga vida útil de sus sistemas críticos. (Azocar & Díaz, 2008)
	HSLO: “Está elaborado el cronograma pero no está en ejecución, por falta de coordinación”	
	HAT: “No contamos con un cronograma de reemplazo de equipos médicos”	b) Cambio de equipos por daño o culminación de su vida útil. (Hallet, 2015)
	HBA: “Disponemos de un cronograma para el reemplazo de equipos pero el jefe de mantenimiento no lo maneja”	c) Mantenimiento preventivo o actualización de programas operativos. (Chávez, s.f)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA REEMPLAZO Y ACTUALIZACIÓN DE EQUIPOS SANITARIOS

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad de Mantenimiento de Equipos de cada hospital en estudio.

La categoría de reemplazo y actualización de equipos sanitarios proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Asdrúbal de la Torre, tienen una frecuencia de 1 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Oro según acreditación CANADÁ y el Hospital San Luis de Otavalo y el Hospital Básico Atuntaqui tienen una frecuencia de 3 alcanzando un nivel de Platino.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, la mitad dispone de un cronograma de reemplazo y actualización de equipos sanitarios por cada área hospitalaria, mientras que la otra mitad no cumple con este cronograma.

Para (Azocar y Díaz, 2008), el reemplazo y actualización de equipos sanitarios es sustituir los componentes con una vida útil limitada antes de lleguen al punto de desgaste con una alta probabilidad de fallo lo que logra un enfoque mucho más confiable para lograr una larga vida útil de sus sistemas críticos, además (Chávez s.f), muestra que es un mantenimiento preventivo o actualización de programas operativos utilizados con el fin de evitar eventos adversos reflejados en los usuarios o en los profesionales de salud al momento de utilizarlos, ésta actualización dependerá de su condición y tiempo de empleo.

Figura Semántica 15: Reporte de Eventos Adversos con los Equipos Sanitarios (*Herrera, Chicaiza, 2015*)

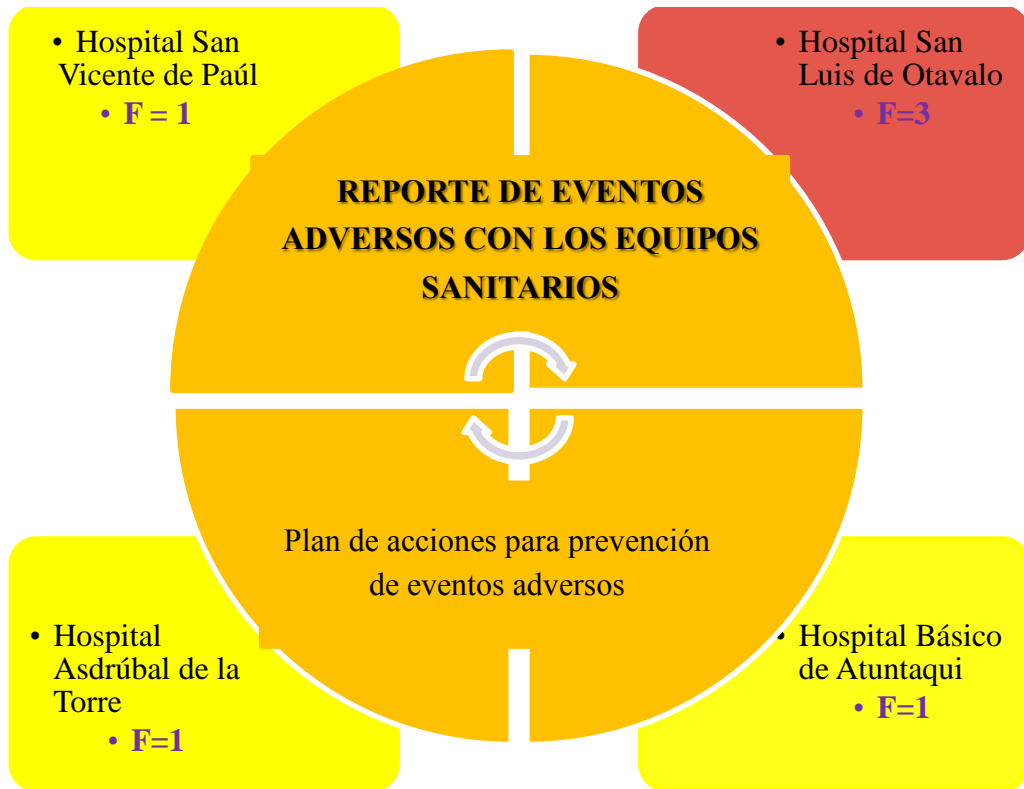


Tabla de Vaciamiento 15: Reporte de Eventos Adversos con los Equipos Sanitarios

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS CON LOS EQUIPOS SANITARIOS	HSVP: “No manejamos este plan, cuando hay alguna falla con un equipo médico se llama a mantenimiento para la revisión del mismo”	a) Es una alerta para reducir la frecuencia de los problemas de seguridad y que es necesario entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes (Salud, 2013)
	HSLO: “Tenemos un plan de prevención de eventos adversos pero no en escrito, solo en digital”	b) Es la vigilancia que regula la mejora del monitoreo de la efectividad de los equipos médicos comercializados e introducidos en todos los niveles de atención de salud. (CENTRO PARA EL CONTROL ESTATAL DE MEDICAMENTOS, 2012)
	HAT: “No disponemos de este plan”	
	HBA: “No contamos con un plan, cuando hay un evento adverso con algún equipo, se da de baja al mismo hasta que se lo repare y este apto para su uso”	c) Serie de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión, seguimiento y divulgación oportuna de la información relacionada con eventos e incidentes (TECNOVIGILANCIA, 2012)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS CON LOS EQUIPOS SANITARIOS

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Mantenimiento de cada hospital en estudio.

La categoría de reporte de eventos adversos de equipos sanitarios arroja que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y Asdrúbal de la Torre tienen una frecuencia de 1 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Oro según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 3 alcanzando un nivel de Platino.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, más de la mitad no dispone de un plan de acciones para la prevención de eventos adversos a causa de equipos defectuosos que debe estar presente en cada área hospitalaria, mientras que menos de la mitad cumple con esta regla. El (CENTRO DE CONTROL ESTATAL DE MEDICAMENTOS, 2012), manifiesta que el reporte de eventos adversos de equipos sanitarios, es la vigilancia que regula la mejora del monitoreo de la efectividad de los equipos médicos comercializados e introducidos en todos los niveles de atención de salud, además este proceso trata de prevenir que haya una consecuencia en el usuario, por lo cual se trata de revisarlos con precaución y elabora un cronograma de mantenimiento o actualización de equipos sanitarios y según (TECNOVIGILANCIA, 2012), este programa consiste en una serie de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión, seguimiento y divulgación oportuna de la información relacionada con los eventos e incidentes adversos y problemas de seguridad que presenten los dispositivos médicos durante su uso, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos y su pronta solución evitando daños irreparables.

4.4.- SEGURIDAD Y MEJORA DE LA CALIDAD

Figura Semántica 16: Meta Estratégica de la Institución (Herrera, Chicaiza, 2015)

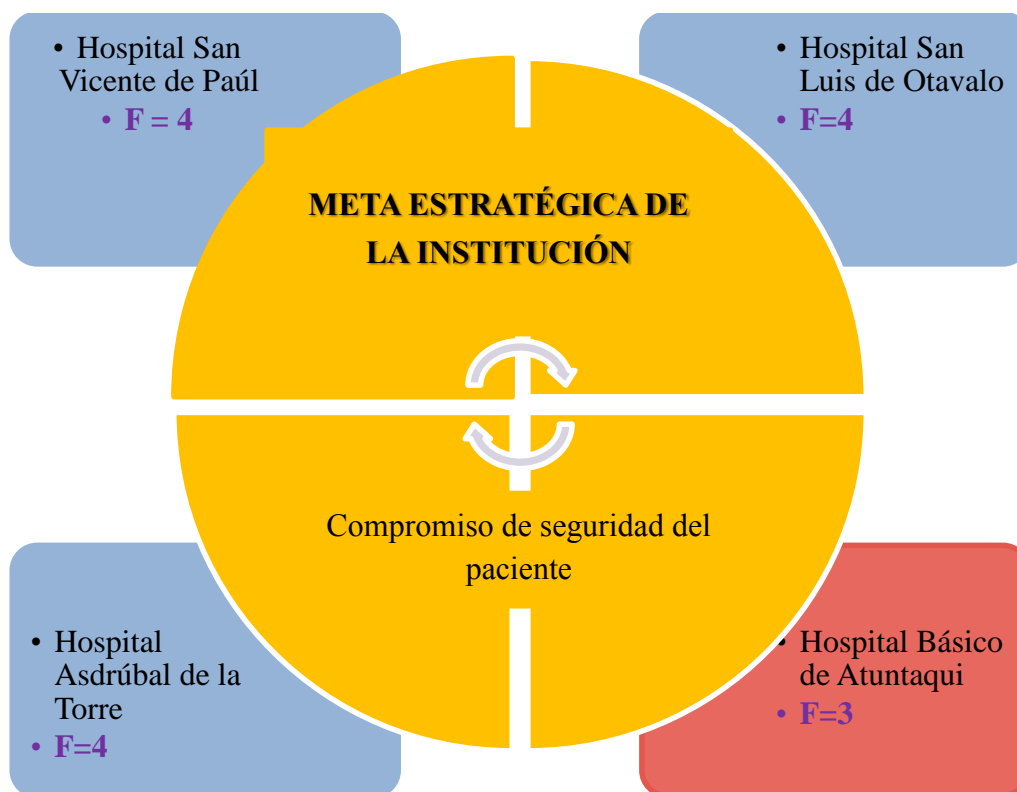


Tabla de Vaciamiento 16: Meta Estratégica de la Institución

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
META ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN	HSVP: "Cada área hospitalaria cuenta con este compromiso escrito para resguardar la seguridad del usuario"	a) Con este documento se pretende direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura para los clientes. (Social, 2008)
	HSLO: "Si contamos con un compromiso, es parte de las políticas de seguridad del paciente"	b) Esta constatación a de abordar para mejorar la seguridad. Esta guía constituye una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. (Salud, 2005)
	HAT: "De manera obligatoria se maneja este compromiso, para evitar cualquier evento inesperado"	c) Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. (Calidad, :2009)
	HBA no tenemos un compromiso, cuando se amerita se firma un consentimiento informado para procedimientos"	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA META ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Calidad de cada hospital en estudio.

La categoría de la meta estratégica de la institución proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital San Luis de Otavalo y el Hospital Asdrúbal de la Torre tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ y el Hospital Básico de Atuntaqui tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio más de la mitad dispone de un compromiso escrito de seguridad del cliente fundamental para cada una de las áreas de los hospitales, mientras que menos de la mitad no cumplen con este instrumento.

Social, 2008), exhibe que la meta estratégica de la institución maneja un documento donde se pretende direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura para los clientes y para (Calidad, 2009), Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes profesionales para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos, además de que es fundamental en la atención de salud segura para cada usuario evitando un evento inesperado que afecte la condición de vida del mismo.

Figura Semántica 17: Riesgos y Eventos de Seguridad del Usuario (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 17: Riesgos y Eventos de Seguridad del Usuario

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
RIESGOS Y EVENTOS DE SEGURIDAD DEL USUARIO	HSVP: “Ejecutamos éste proceso, en beneficio del cliente evitando eventos inesperados que empeoren su condición de salud”	a) Proceso por el que se detecta un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud. (MSP, 2015)
	HSLO: “Tenemos un proceso para manejar riesgos e identificar eventos adversos en la seguridad de un cliente, pero no está en ejecución”	b) Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias. (Social, 2008)
	HAT: “Cada área hospitalaria, cuenta con este proceso”	
	HBA: “no desarrollamos este proceso, tenemos en digital”	c) Procedimiento para reporte y gestión de eventos adverso y generar barreras de seguridad prevenir nuevos EA). (salud, 2008)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA RIESGOS Y EVENTOS DE SEGURIDAD DEL USUARIO

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad de Seguridad del usuario de cada hospital en estudio.

La categoría de riesgos y eventos de seguridad del usuario se observa que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Asdrúbal de la Torre, tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ y el Hospital San Luis de Otavalo y el Hospital Básico Atuntaqui tienen una frecuencia de 3 alcanzando un nivel de Platino.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, la mitad dispone de un proceso desarrollado para manejar riesgos e identificar eventos adversos en el usuario en cada área hospitalaria, mientras que la otra mitad tiene este proceso en elaboración.

Según el (MSP, 2015), los riesgos y eventos de seguridad del usuario es un proceso por el que se detecta un incidente inesperado e indeseable, relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al cliente. El incidente se produce durante el proceso de recepción de los servicios de salud y durante la estancia del usuario en la institución, además (Social, 2008), lo define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias en el mismo.

Figura Semántica 18: Capacitación sobre Seguridad del Paciente (Herrera, Chicaiza, 2015)

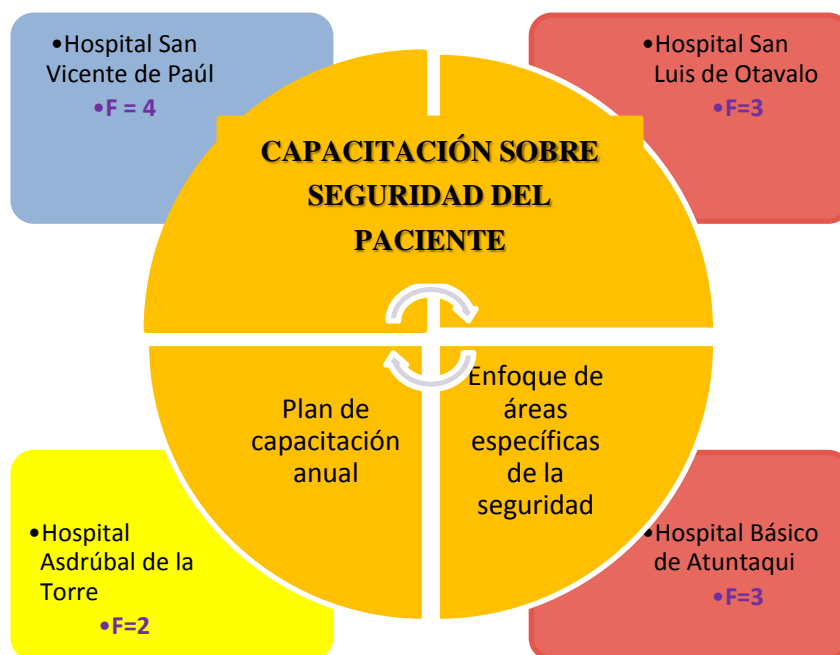


Tabla de Vaciamiento 18: Capacitación sobre Seguridad del Paciente

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
CAPACITACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE	HSVP: “si disponemos de este plan de capacitación de seguridad para el usuario desarrollado anualmente”	a) La seguridad del paciente se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (MSP, NORMA TECNICA DE, 2015)
	HSLO: “Este plan de capacitación está elaborado pero no se ejecuta en algunas áreas”	b) La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. (Salud, 2010)
	HAT: “No contamos con este plan”	
	HBA: “Este plan si se desarrolla en nuestra institución.”	c) Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. (Salud M. d., MANUAL DE DESINFECCIÓN Y, 2002)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA CAPACITACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Seguridad al cliente de cada hospital en estudio.

La categoría de seguridad del paciente proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como el Hospital Básico Atuntaqui tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ mientras que el Hospital San Luis de Otavalo tiene una frecuencia de 3 alcanzando un nivel de Platino, y, por último el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio la mitad dispone de un plan desarrollado de capacitación, con un enfoque en áreas específicas necesario en todas las áreas de cada hospital, mientras que la otra mitad no ejecuta este plan.

El (MSP, 2015), afirma que la seguridad del paciente se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias y según (Salud, 2010), la Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de atención en la casa de salud

4.5 ENTORNO DE SERVICIOS

Figura Semántica 19: Limpieza Adecuada, Desinfección y Esterilización (Herrera, Chicaiza, 2015)

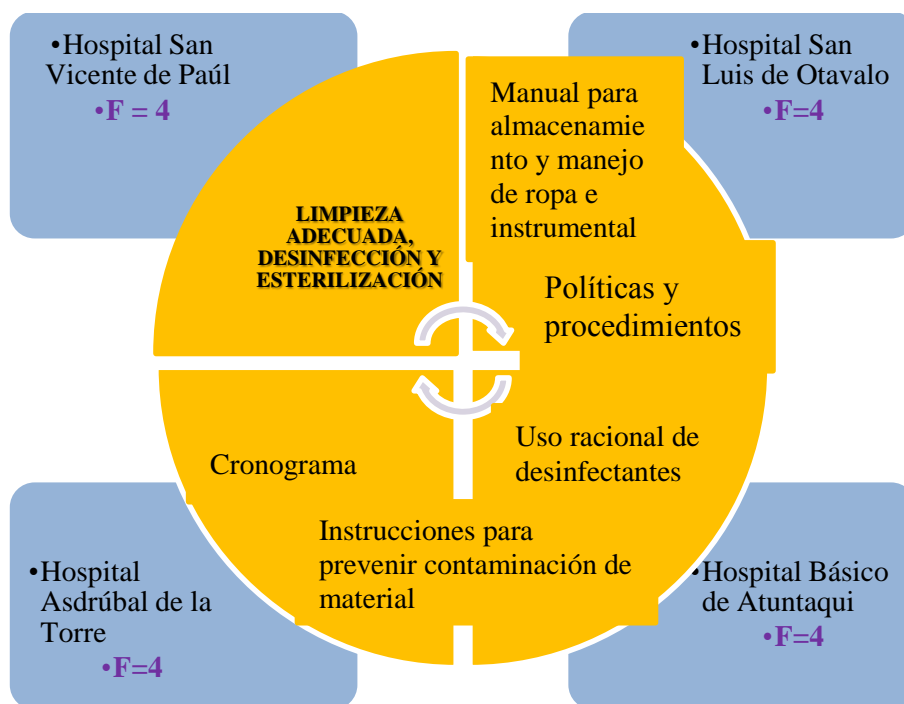


Tabla de Vaciamiento 19: Limpieza Adecuada, Desinfección y Esterilización

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
LIMPIEZA ADECUADA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	HSVP: “En todas las áreas se dispone de estas políticas”	a) La aplicación de los procedimientos de limpieza y desinfección, constituyen factores significativos para prevenir infecciones nosocomiales en todos los servicios de salud. (Salud M. d., 2002)
	HSLO: “Tratamos de cumplir con todos estos procedimientos y contamos con un cronograma permanente de limpieza”	b) Procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales. (Ocupacional, 2001)
	HAT: “Cada área maneja estos procedimientos de una manera obligatoria”	c) Son medidas preventivas necesarias para proteger la salud de los pacientes y la propia, frente a riesgos producidos por diferentes agentes, minimizando el riesgo de contraer infecciones. (Unánue, 2010)
	HBA: “Nuestra institución se preocupa por realizar estos procedimientos de la mejor manera.”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA LIMPIEZA ADECUADA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Limpieza de cada hospital en estudio.

La categoría de limpieza adecuada, desinfección y esterilización proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl, Hospital Básico de Atuntaqui, Hospital San Luis de Otavalo y Hospital Asdrúbal de la Torre tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio todos disponen de un documento de políticas y procedimientos y cronograma de limpieza, además de un manual de almacenamiento de ropa e instrumental médico que es manejado en todas y cada una de las áreas de los hospitales.

Para (Salud Ocupacional, 2001), la limpieza adecuada, desinfección y esterilización son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales y (Unánue, 2010), manifiesta que son medidas preventivas necesarias para proteger la salud de los pacientes y la de los mismos profesionales, frente a riesgos producidos por diferentes agentes, minimizando el riesgo de contraer infecciones nosocomiales , usando medidas preventivas que aseguren la correcta estancia del usuario en la casa de salud y su pronta recuperación.

Figura Semántica 20: Descarte de Material no Reutilizable (Herrera, Chicaiza, 2015)

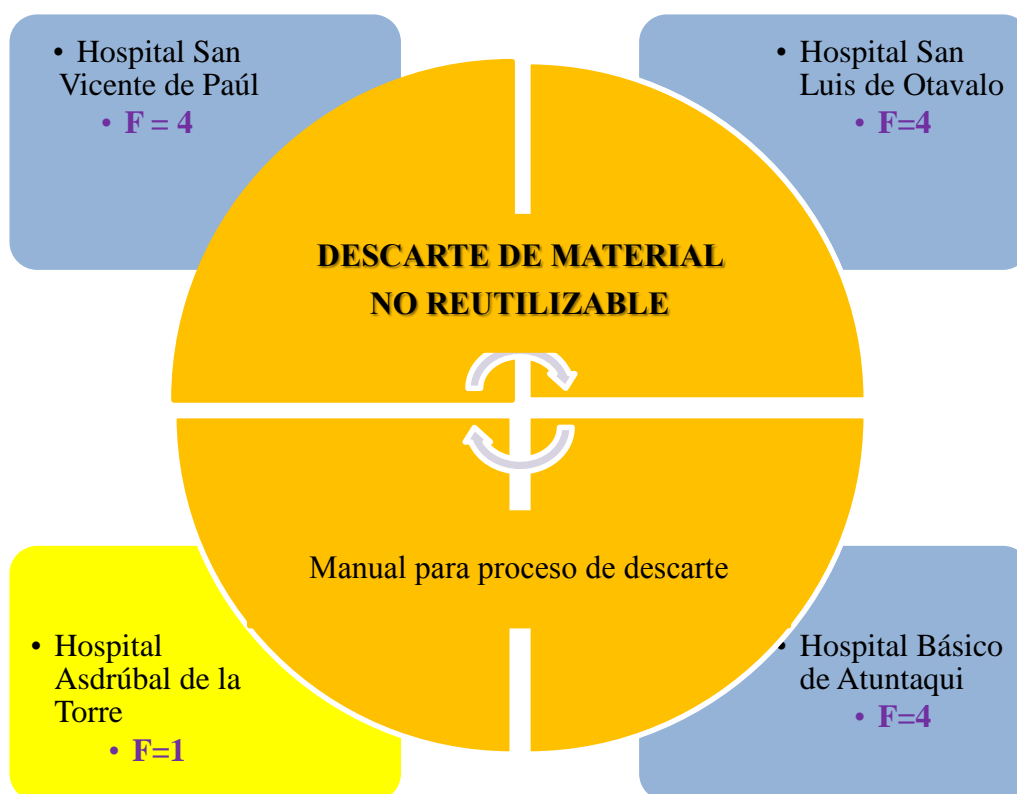


Tabla de Vaciamiento 20: Descarte de Material no Reutilizable

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
DESCARTE DE MATERIAL NO REUTILIZABLE	HSVP: “Nuestra institución pone en práctica este manual”	a) Proceso que asegura la correcta eliminación del material que no se puede volver a utilizar. (Asistencial, 2011)
	HSLO: “En todos los servicios cada líder cuenta con un manual de descarte de material”	b) Proceso donde deberá ser colocado en recipientes irrompibles y resistentes al calor, para posteriormente ser esterilizados y descartados estos deben ser ubicados en el área de trabajo. (SALVADOR, 2012)
	HAT: “No contamos con un manual, el personal de limpieza se ocupa de retirar el material y eliminarlo”	c) Luego de usar el material no reutilizable se deben colocar en recipientes adecuados como fundas que garanticen una correcta eliminación (Pediatria, 2010)
	HBA: “Manejamos un manual, por cada área hospitalaria”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA DESCARTE DE MATERIAL NO REUTILIZABLE

Los datos fueron obtenidos directamente del jefe de la Unidad de Personal de Limpieza de cada hospital en estudio.

La categoría de descarte de material no reutilizable proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y el Hospital San Luis de Otavalo tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio, más de la mitad cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable que es fundamental en todas y cada una de las áreas hospitalarias, mientras que menos de la mitad no cumplen con este manual.

Según (SALVADOR, 2012), el descarte de material no reutilizable es un proceso donde deberá ser colocado en recipientes irrompibles y resistentes al calor, para posteriormente ser esterilizados y descartados estos deben ser ubicados en el área de trabajo y (Pediatria, 2010), menciona que luego de usar el material no reutilizable se deben colocar en recipientes adecuados como fundas que garanticen una correcta eliminación y deben estar apropiadamente rotulados.

4.6 SUPERVISIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD

Figura Semántica 21: Responsable de la Calidad (Herrera, Chicaiza, 2015)

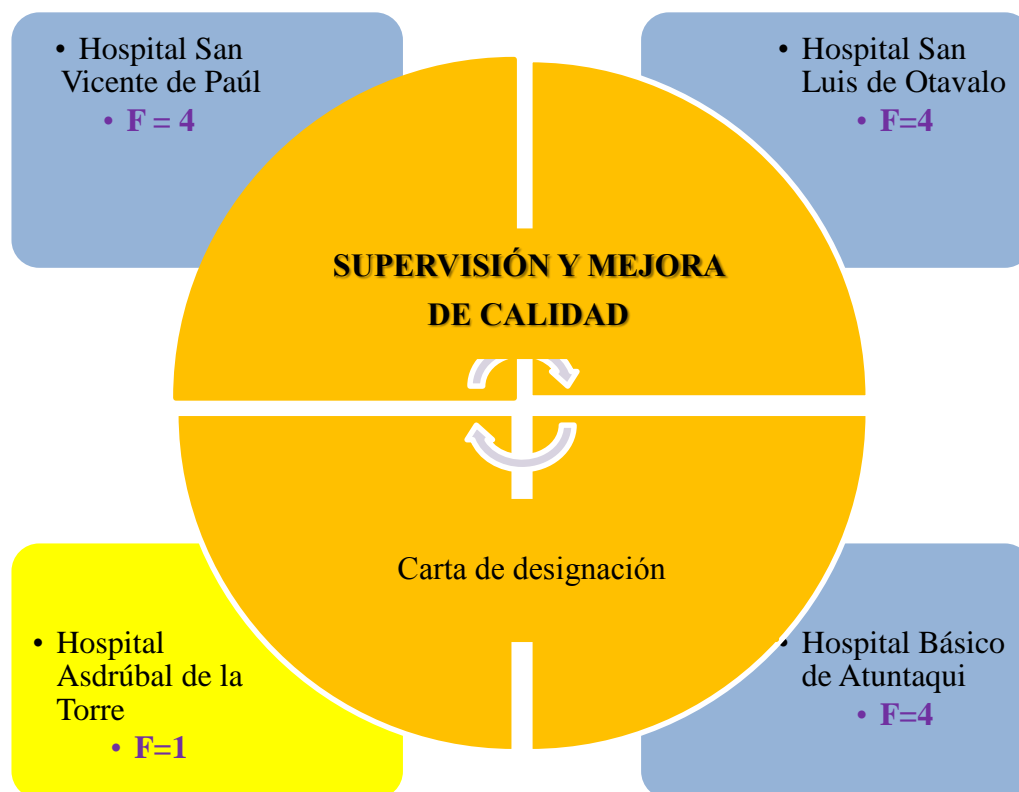


Tabla de Vaciamiento 21: Responsable de la Calidad

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
RESPONSABLE DE LA CALIDAD	HSVP: “Este responsable vela por el cumplimiento de la mejora de la calidad en toda la institución”	a) Responsable de la ejecución de las actividades que se generan en un plan que mejora la calidad de una institución de salud. (Asistencial, INDICADORES DE CALIDAD, 2011)
	HSLO: “Contamos con un departamento de mejora de la calidad con su respectivo responsable”	b) Se utiliza para desarrollar las capacidades institucionales de adaptación e innovación, del hospital, sus servicios y sus profesionales, orientadas a una mejora de la calidad asistencial. (Nieves, 2005- 2010)
	HAT: “Por este momento no hay nadie quien se ocupe de este departamento”	c) Un plan para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, debe ser ampliamente conocida por las jefaturas y el personal a fin de que todos se involucren en su ejecución, asegurando que se informe y detalle sobre la misma al personal actual y al nuevo, tanto técnico como administrativo. (SALVADOR, ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA, 2012)
	HBA: “Si hay una persona asignada de mejora de la calidad “	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA RESPONSABLE DE LA CALIDAD

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad Calidad de cada hospital en estudio.

La categoría responsable de la calidad proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y el Hospital San Luis de Otavalo tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio más de la mitad cuenta con una carta de designación del responsable de la mejora de la calidad siendo indispensable en cada área hospitalaria, mientras que menos de la mitad no cumplen con este carta.

(Nieves, 2005- 2010), manifiesta que el responsable de calidad ayuda a desarrollar las capacidades institucionales de adaptación e innovación, del hospital, sus servicios y sus profesionales, orientadas a una mejora de la calidad asistencial y (SALVADOR, 2012), expone que este responsable tiene como obligación cumplir con las actividades que pone en marcha un plan para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, debe ser ampliamente conocido por las jefaturas y el personal a fin de que todos se involucren en su ejecución, asegurando que se informe y detalle sobre la misma al personal actual y al nuevo, tanto técnico como administrativo.

Figura Semántica 22: Mejoramiento de la Calidad (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 22: Mejoramiento de la Calidad

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	HSVP: “Este plan se desarrolla en nuestra institución y cumple con lo establecido”	a) Es aquel que impulsa el desarrollo de planes de calidad en las diferentes áreas institucionales, bajo la supervisión del comité de calidad hospitalaria. (Pediatría, Mejora de la Calidad y Seguridad de los Pacientes, 2010)
	HSLO: “Manejamos este plan y tratamos de cumplir con las metas propuestas”	b) Para evidenciar que se deberán dar prioridad a las situaciones críticas relacionadas con los usuarios y así dar poner en práctica un plan de mejora, pero para eso se deberá conseguir una puesta presupuestaria. (Educación M. d., 2014)
	HAT: “No existe un plan de mejora de la calidad”	c) Para mejorar el bienestar de los trabajadores a través de un ambiente de trabajo seguro y buen clima organizacional que se incluye en un plan de mejora. (HIGUERAS, Plan Estratégico, 2011 - 2014)
	HBA: “Se cumple con este plan, por medio del responsable de calidad”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad de Calidad de cada hospital en estudio.

La categoría mejoramiento de la calidad proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y el Hospital San Luis de Otavalo tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio más de la mitad cuenta con plan escrito de mejoramiento de la calidad que está alineado con objetivos y metas que son fundamentales en cada área hospitalaria, mientras que menos de la mitad no cumplen con este plan.

Para (Educación M. d., 2014), el Mejoramiento de la calidad es el proceso para evidenciar situaciones críticas que se deberán dar prioridad, relacionadas con los usuarios y así dar poner en práctica un plan de mejora, pero para eso se deberá conseguir una puesta presupuestaria e (HIGUERAS, 2011 - 2014), expone que esta actividad mejora el bienestar de los trabajadores a través de un ambiente de trabajo seguro y buen clima organizacional que se incluye en un plan de mejora, poniendo en ejecución, objetivos y metas estratégicas de cada institución.

Figura Semántica 23: Plan de Calidad (Herrera, Chicaiza, 2015)

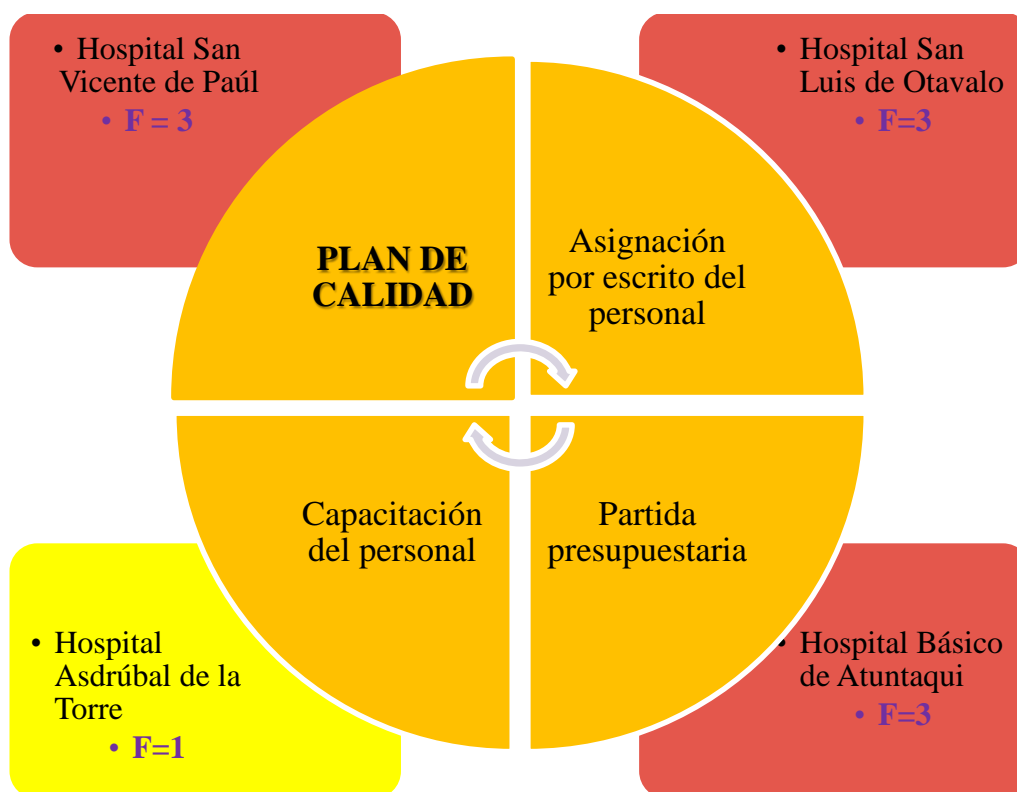


Tabla de Vaciamiento 23: Plan de Calidad

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
PLAN DE CALIDAD	HSVP: “Nuestra institución si cuenta con este plan de capacitación”	a) El plan de mejora es un buen instrumento para identificar y organizar las posibles respuestas de cambio a las debilidades encontradas en la autoevaluación institucional. (Educación M. d., Plan de Mejora, 2014)
	HSLO: “Existe este plan y una partida presupuestaria para su cumplimiento”	
	HAT: “No contamos con este plan”	b) El Plan de Mejora es la razón de ser y, a la vez, el efecto más importante del proceso de autoevaluación, ya que es un medio para elevar la calidad de los centros hospitalarios y una herramienta para mejorar la gestión hospitalaria y aprender como organización(Pública, 2007)
	HBA: “Hay asignación de una partida presupuestaria para ejercer este plan”	c) Se hace referencia a la evaluación y mejora de la calidad de las actividades científicas desarrolladas en un Instituto de salud. (Sanitaria, 2009)

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA PLAN DE CALIDAD

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad de Calidad de cada hospital en estudio.

La categoría plan de calidad proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y el Hospital San Luis de Otavalo tienen una frecuencia de 3 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Platino según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio más de la mitad cuenta con una partida presupuestaria, asignación escrita del personal y un plan de capacitación de calidad que está elaborándose, mas no se desarrolla aún, mientras que menos de la mitad no cumplen con estas medias de calidad.

(Educación M. d., Plan de Mejora, 2014), detalla que el plan de mejora es un buen instrumento para identificar y organizar las posibles respuestas de cambio a las debilidades encontradas en la autoevaluación institucional y (Pública, 2007), revela que el Plan de Mejora es la razón de ser y, a la vez, el efecto más importante del proceso de autoevaluación, ya que es un medio para elevar la calidad de los centros hospitalarios y una herramienta para mejorar la gestión hospitalaria y aprender como organización.

Figura Semántica 24: Funcionamiento del Plan de Mejora de la Calidad (Herrera, Chicaiza, 2015)



Tabla de Vaciamiento 24: Funcionamiento del Plan de Mejora de la Calidad

CATEGORÍA	DISCURSO	DESCRIPCIÓN
REPORTE DEL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD	HSVP: “Si contamos con este informe escrito”	a) El plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas. (ANECA, 2010)
	HSLO: “Una vez al año se conocen los datos de este plan y se renuevan estrategias para su cumplimiento”	b) Es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa la organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante la mejora de sus procedimientos y estándares de servicios, además debe ser difundido y comunicado a todos los integrantes de la organización apoyo e involucramiento colectivo en obtener sus resultados. (MAP, 2014)
	HAT: “No funciona este plan en nuestra institución”	c) Es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa la organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante la mejora de sus procedimientos y estándares de servicios, además debe ser difundido y comunicado a todos los integrantes de la organización apoyo e involucramiento colectivo en obtener sus resultados. (MAP, 2014)
	HBA: “Anualmente se presenta este informe para conocer de su funcionamiento”	

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA REPORTE DEL FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD

Los datos fueron obtenidos directamente del responsable de la Unidad de Calidad de cada hospital en estudio.

La categoría reporte del funcionamiento del plan de mejora de la calidad proyecta que tanto en el Hospital San Vicente de Paúl como en el Hospital Básico de Atuntaqui y el Hospital San Luis de Otavalo tienen una frecuencia de 4 según la Escala de Likert, lo que equivale a una puntuación Nivel Diamante según acreditación CANADÁ; mientras que el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene una frecuencia de 1 que equivale a un nivel de Oro.

Se interpreta que de los cuatro hospitales en estudio más de la mitad cumplen con un informe escrito de reportes del funcionamiento del plan de mejora de la calidad, mientras que menos de la mitad no cumplen con este informe. Para (ANECA, 2010), EL plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes acciones a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctoras ante posibles contingencias no previstas y (MAP, 2014), menciona que es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa la organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante la mejora de sus procedimientos y estándares de servicios, además debe ser difundido y comunicado a todos los integrantes de la organización apoyo e involucramiento colectivo en obtener sus resultados.

CAPÍTULO V

5.1 DISCUSIÓN

Existen tres categorías donde se encontraron problemas en los cuatro hospitales en estudio; a continuación se procese en hacer la discusión de ellas:

Actividades de seguridad y mejora en cuanto a atención al usuario externo, en los cuatro hospitales se halló que se cumplen éstos, por medio de un compromiso escrito de seguridad del cliente, además de un formulario para identificar riesgos y eventos adversos del mismo, también se examinó una serie de problemas que existía debido a la mala organización de las actividades por parte de los líderes de cada servicio, tomando como relevancia el mal uso de los derechos de los usuarios atendidos en estas casas de salud; resultado que es similar con el estudio sacado de Andalucía, (Contreras, 2012) con el tema: “Desastres provocados por usuarios externos en hospitales estatales” donde se dice que las características y la vulnerabilidad de los usuarios contribuye enormemente a la aparición de los incidentes. No obstante, se han destacado otros factores causantes como son los relacionados con las actitudes y conductas de los profesionales, con su formación, condiciones de trabajo o con los problemas de comunicación (paciente-profesional, profesional-profesional y/o centro socio sanitario-centro sanitario), un evento adverso es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Estudio que se contrapone al encontrado en Cuba por (Betancourt, 2011) con el tema: “Factores que puede afectar la seguridad del paciente”, donde cita que la seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con alguno de los servicios de salud, por lo que es necesario

implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud del mismo ya que desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos.

En cuanto al *espacio físico* de las organizaciones se identificó que las instituciones, se caracterizan por cumplir con regulaciones y códigos locales aplicables además de espacios adecuados y señalética en áreas restringidas de alto riesgo, pero más de la mitad de los hospitales no hacen visitas periódicas en éstas áreas; poniendo en peligro la vida del personal como de los usuarios. esta deducción es afín al estudio con el estudio encontrado en Zamora, (Nicolaci, 2012) con el tema: Condiciones y medio ambiente de trabajo que refiere que en algunos países instituciones no disponen de ambientes de trabajo saludables, por lo que el personal de salud tiene consecuencias que abarcan aspectos tan diferentes como los trastornos musculoesqueléticos como dolor de cuello y espalda, la monotonía, exposición a determinadas condiciones ambientales de ruido, temperatura y humedad e iluminación, además de condiciones de higiene de trabajo y de los factores que puedan engendrar situaciones de peligro o riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores. Resulta innegable entonces que es posible aumentar la productividad mejorando las condiciones en que se desarrollan las tareas, obteniendo mayor eficiencia y eficacia, sin perjudicar la salud de quienes aportan su fuerza de trabajo.

Por el contrario un estudio realizado en Bogotá por (Rubio, 2011) con el tema: “Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud” plantea que los responsables de la gestión de calidad en cuanto al ambiente físico de instituciones prestadoras de servicios, está directamente relacionado con el cumplimiento de normas y protocolos aplicados en servicios de salud, además abarca la evaluación de las condiciones

sanitarias y en áreas de alto riesgo, y por último la exposición de los trabajadores a los agentes peligrosos con la utilización de una señalética clara y adecuada para cada área.

La *calidad del ambiente de trabajo*, repercute diariamente en la vida laboral de los profesionales de salud, con el cumplimiento de políticas de seguridad y salud laboral, medición de estrés y fatiga profesional; se identificó que lo relacionado a estrés y fatiga en los hospitales en estudio es lo más prevalente y que no se hace ninguna clase de programa para evitar o mitigar este problema, esto resulta semejante con el estudio encontrado en Costa Rica, (Mora, 2014) con el tema: Política Nacional de Salud Ocupacional que se destaca que: el ambiente de trabajo refleja una alta siniestralidad laboral, con personas trabajadoras que ven deteriorada su salud a causa de desfavorables condiciones de trabajo y por ende una fatiga y estrés laboral por lo que cada institución maneja Políticas de Seguridad laboral a fin de dar una respuesta integral a la situación de salud tanto para el profesional como para el usuario, ordenando las diferentes acciones que se deben realizar por parte de las instituciones y organizaciones y estableciendo prioridades y relaciones de coordinación que permitan optimizar los recursos, y a su vez mejorar la calidad de los ambientes de trabajo.

Esta deducción se puede contraponer con un estudio realizado en Lima – Perú, (Estero, 2013) con el tema: Política de Seguridad y Salud en el Trabajo que demuestra que las políticas en seguridad y salud en el trabajo son trascendentales para promover un entorno seguro y saludable para todas las trabajadoras y trabajadores, evitando o disminuyendo los riesgos laborales, los horarios de trabajo deben ajustarse a sus derechos y obligaciones a fin de disminuir el estrés y la fatiga de tipo laboral que influya en la calidad de atención prestada a los usuarios.

5.2 CONCLUSIONES:

- 5.2.1 La calidad del desempeño laboral está influenciada por el medio ambiente donde se desenvuelve el profesional de salud, esto no solo se basa en la mejora de los espacios sino en la adecuación de los mismos a las necesidades de los trabajadores y así brindar una atención de calidad al usuario.
- 5.2.2 En lo referente a políticas de seguridad y salud laboral cada uno de los hospitales practican el cumplimiento de estas leyes, lo que promueve el buen desarrollo de actividades y garantizar la integridad física de sus trabajadores sin dar lugar a eventos peligrosos que se encuentran a diario en las zonas de trabajo hospitalario.
- 5.2.3 Las condiciones ambientales varían considerablemente de una institución a otra, la contribución del ambiente físico a la satisfacción o insatisfacción en el trabajo será determinada de un entorno agradable y bien equipado que facilite la obtención de los objetivos del profesional mediante la atención a sus necesidades básicas y así mejorar la calidad de vida laboral.
- 5.2.4 El entorno de servicios de cada institución no es tan suministrado, con respecto al descarte de material no reutilizable, no se cumple este procedimiento que debe formar parte de nomas de bioseguridad empleadas en cada área hospitalaria y cumplida obligatoriamente.
- 5.2.5 Para la seguridad y mejora de la calidad se establecen estrategias, para identificar acciones específicas destinadas a mejorarla y aplicarla en todas las unidades del hospital, optimizando la prestación de servicios hacia el usuario.

5.3 RECOMENDACIONES:

- 5.3.1 Difundir las Políticas de seguridad y salud laboral a todo el personal, las cuales serán actualizadas periódicamente conforme lo establezcan las necesidades de la institución.
- 5.3.2 Todas las instituciones deben manejar un plan de mejora de la calidad que permita establecer estrategias para calidad de los centros hospitalarios y ser una herramienta para mejorar la gestión hospitalaria.
- 5.3.3 El departamento de mantenimiento debe disponer de un cronograma de mantenimiento preventivo, remplazo y actualización, de dispositivos médicos que permitan evitar, disminuir o eliminar eventos adversos o irreparables en los mismos.
- 5.3.4 A los profesionales de salud, deben mantenerse en actualización continua sobre el manejo de las normas de calidad de ambiente establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- 5.3.5 Realizar encuestas periódicas para saber las necesidades de los profesionales de salud y grado de satisfacción con respecto al medio donde laboran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, H. (03 de 06 de 2014). *Análisis crítico de quejas*. Obtenido de Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3625179>
2. Arnoletto & Díaz. (2009). *Enciclopedia Virtual*. Recuperado el 29 de 08 de 2015, de eumed.net: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2009b/550/>
3. Azocar & Díaz. (07 de 2008). *Ribib.edu.ve*. Recuperado el 26 de 08 de 2015, de Análisis del nivel de calidad de vida laboral: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/946/1/TESIS.ANALISIS%20DE%20VIDA%20DE%20CALIDAD.pdf>
4. Barba, S. (14 de 02 de 2014). *Prevención de Riesgos Laborales* . Obtenido de Scielo: http://www.osalan.euskadi.eus/s94-osa0050/es/contenidos/informacion/trabajadores_preencion/es_preenc/trabajador_es_preencion.html
5. Bedón. (2015). *Ecoepidemiología del Dengue*. Ibarra: UTN.
6. Betancourt, J. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *scielo*, 2,3.
7. Chavez, C. (s.f). *Monografias.com*. Recuperado el 28 de 08 de 2015, de Clima laboral en las organizaciones: <http://www.monografias.com/trabajos71/clima-laboral-organizaciones/clima-laboral-organizaciones2.shtml>

8. Galvizu, K. (22 de 11 de 2014). *Revista Ciencias* . Obtenido de Principios y valores éticos del personal de salud :
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEAllpukkyrnAuGMq.php>
9. García, C. (11 de 05 de 2014). *Espacios de innovación y transformación: el caso de IDEO*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-69962007000200009&script=sci_arttext
10. González, L. (02 de 09 de 2011). *Prevenciones hospitalarias* . Obtenido de medline: <http://www.monografias.com/trabajos94/higiene-hospital/higiene-hospital.shtml>
11. Hallet, J. (31 de 07 de 2015). *LA IMPORTANCIA DEL ESPACIO FÍSICO* . Obtenido de WSL: <http://www.pymesyautonomos.com/vocacion-de-empresa/la-importancia-del-espacio-de-trabajo>
12. HERRANZ, G. (2013). EL HOSPITAL COMO ORGANISMO ÉTICO.
13. Jacqueline Panimboza, C. C. (2013). Medidas de Seguridad que aplica el.
14. Latse, J. (18 de 11 de 2014). *Manejo de áreas de lato riesgo* . Obtenido de scielo:
http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA%20Repository/Portal/Banners/Contenidos/Seminario_Manual/Jefa_Desarrollo_Urbano
15. LEY ORGÁNICA DE SALUD. (06 de 12 de 2006). *EDICIONES LEGALES*. Recuperado el 28 de 08 de 2015, de LEY ORGÁNICA DE SALUD:
<http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>

16. Loto, S. (11 de 10 de 2013). *Mantenimiento de equipos en salud* . Obtenido de scielo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44830/1/9789243501536_spa.pdf
17. Manosalvas A, Nieves, J & Manosalvas L. (2015). *Revista AD-minister*. Recuperado el 28 de 08 de 2015, de El clima organizacional y la satisfacción laboral: un análisis cuantitativo riguroso de su relación:
<http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/administer/article/view/2650/2694>
18. Marks, N. (22 de 12 de 2011). *Reporte de Problemas* . Obtenido de FDA:
<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ConsumerUpdatesEnEspa%20nol/ucm328763.htm>
19. Maya, E. (22 de 09 de 2010). *El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud*. Obtenido de scielo:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400003
20. MOREIRA, J. P. (2011-2012). "FORTALECIMIENTO DE LAS NORMAS DE.
21. Nivel de conocimiento y aplicación de las. (2013). *Ciencia y Cuidado*.
22. Pascual, A. (03 de 06 de 2013). *Espacios abiertos de uso público*. Obtenido de SCIELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1815-58982012000100003&script=sci_arttext
23. Paz, M. B. (08 de 06 de 2011). *Espacios de trabajo compartido (workspace): metodología y posibles aplicaciones*. Obtenido de Posters:
<http://lsm.dei.uc.pt/ribie/docfiles/txt200372923753Espacios%20de%20trabajo%20compartido.pdf>

24. Prieto, A. (01 de 11 de 2010). *LA APERTURA DEL ESPACIO DE TRABAJO*.
Obtenido de scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-69962012000300018&script=sci_arttext
25. Rubio, Z. (2011). Sistema para el monitoreo de la calidad de atención en salud.
scielo, 3.
26. Salazar, J. G. (10 de 01 de 2015). *constituyen dos componentes de esencial importancia para la elevación de la productividad laboral. El clima organizacional es un componente esencial del proceso de socialización del conocimiento y la cultura*. Obtenido de scielo: *constituyen dos componentes de esencial importancia para la elevación de la productividad laboral. El clima organizacional es un componente esencial del proceso de socialización del conocimiento y la cultura*.
27. Salgado, J., Romeseiro, C., Iglesias, M. (1996). *Psicothema.COM*. Recuperado el 29 de 08 de 2015, de CLIMA ORGANIZACIONAL Y SATISFACCIÓN:
<http://www.psicothema.com/pdf/31.pdf>
28. Seidedos, N. (1985). *copmadrid.org*. Recuperado el 27 de 08 de 2015, de El clima laboral y su medida:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/1985/vol2/arti1.htm>
29. Smith-Palliser, M. (19 de 05 de 2009). *Monografías.com*. Recuperado el 6 de 09 de 2015, de Calidad de vida en el trabajo:
<http://www.monografias.com/trabajos5/calvida/calvida.shtml>
30. Stephen P., R. (2009). *ACADEMIA*. Recuperado el 24 de 08 de 2015, de COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL:
http://www.academia.edu/6214645/COMPORTAMIENTO_ORGANIZACIONAL

_PRENTICE-

HALL_HISPANOAMERICANA_S.A._M%C3%89XICO_at_BULLET_NUEVA_YORK_at_BULLETBOGOT%C3%81_at_BULLET_LONDRES_at_BULLET_SYDNEY_PAR%C3%8DS_at_BULLET_MUNICH_at_BULLET_TORONTO_at_BULLET_NUEVA_DELHI_

31. Tomas, U. (10 de 05 de 2010). *http://elpsicoasesor.com*. Recuperado el 27 de 08 de 2015, de Escala de Clima Social Laboral: <http://elpsicoasesor.com/escala-de-clima-social-laboral-work-environment-scale-wes/>
32. Tovar, E. (15 de 10 de 2010). *Protecciones en empresas* . Obtenido de Medline: <http://www.monografias.com/trabajos85/proteccion-fisica-instalaciones/proteccion-fisica-instalaciones.shtml>
33. Vazquez, S. (1992). *Copmadrid.org*. Recuperado el 28 de 08 de 2015, de El Clima en las Organizaciones. Teoría, método e intervención.: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/trabajo/1992/vol2/noti.htm>

ANEXOS:

Anexo # 1: Espacios Físicos y señalética de Alto Riesgo de los Hospitales

Hospital San Vicente de Paúl

ESPACIO FÍSICO:



SEÑALETICA ÁREAS DE ALTO RIESGO



Hospital San Luis de Otavalo

ESPACIO FÍSICO:



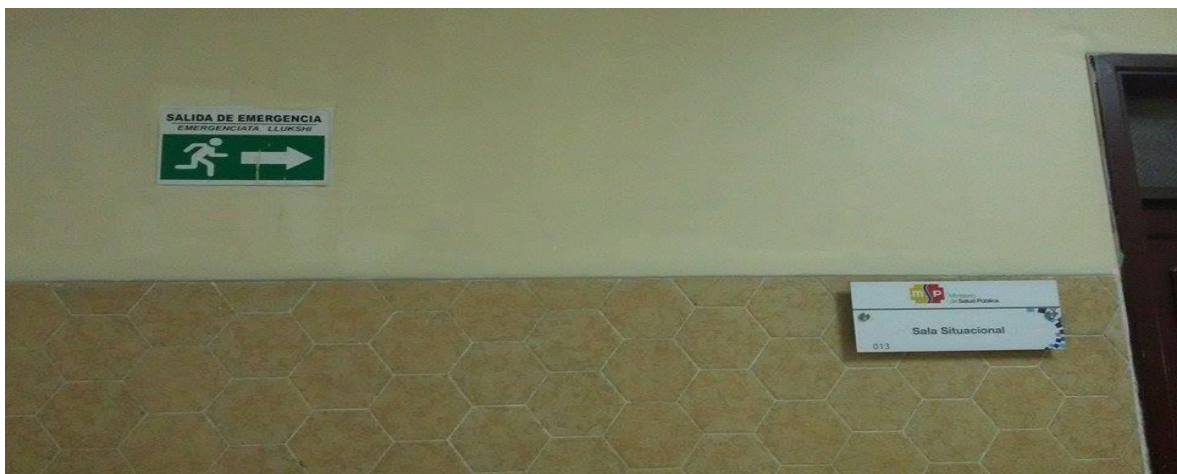
Hospital Básico de Atuntaqui

SEÑALETICA ÁREAS DE ALTO RIESGO



Hospital Asdrúbal de la Torre

SEÑALÈTICA ÁREAS DE ALTO RIESGO



Anexo #2: Estándares de Calidad de los Diferentes Hospitales

ESTÁNDAR DE CALIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

Ambiente de Trabajo		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones				
Políticas de seguridad y salud laboral					4			x		
	Documento escrito de políticas de seguridad y salud laboral									
Políticas de desarrollo profesional (horas/año en formación y capacitación).					4			x		
	Presentar plan de capacitación y desarrollo profesional del año en curso									
Revisión y medición del estrés y fatiga profesional					4			x		
	Presenta informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros de equipo									
Sistema de quejas y problemas del personal					4			x		
	Disponen de proceso estandarizado de que el personal transmita sus quejas									
	Presencia de buzón de quejas para el usuario interno									
Sistema de confidencialidad del personal de problemas y quejas					3		x			

	Presentar por escrito el proceso confidencial para el personal y proveedores de servicios de brindar una retroalimentación de quejas o inquietudes														
Se conoce el grado de satisfacción del personal y se usa para su retención y mejora					4							x			
	Presentar resultados de estudio de satisfacción del personal														
	Posee un plan de retención y mejoras														
Espacio de trabajo físico						Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
						Unidad					2	3	4	1	C
Indicador						A	B	C	D	Observaciones					
Se cumplen con las normas del espacio físico de trabajo									3				x		
	El espacio físico de la organización cumple con las regulaciones y códigos locales aplicables														
Espacios adecuados de trabajo (calefacción, ventilación, iluminación...).									4				x		
	La organización tiene espacios adecuados para sentarse, calefacción, ventilación e iluminación														
Se recoge información del personal y usuarios para la mejora de los espacios físicos									2				x		
	Resultados de la última encuesta de sondeo aplicada al personal para evaluar														

	mejoras en los espacios físicos												
Se restringe el acceso a áreas de alto riesgo y se inspecciona periódicamente: Observación de rótulos que restringen el acceso a zonas de alto riesgo					4							x	
	Cuenta con señalética en arreas restringidas y de alto riesgo												
	Cuenta con plan de inspecciones periódicas en áreas de alto riesgo												
Programa de educación y prevención de riesgos laborales					4							x	
	Presentar por escrito programación de educación y prevención de riesgos laborales												
	Documentos de coordinación con instituciones especializadas en riesgos laborales												
Equipos de trabajo		Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO						
		Unidad					2	3	4	1	C		
Indicador		A	B	C	D	Observaciones							
Programa de selección de equipos en salud					4							x	
	Presentar por escrito proceso de selección de equipos y dispositivos médicos												
Mantenimiento preventivo de los equipos en salud					1								x

	Presentar por escrito el plan de mantenimiento preventivo de equipos y dispositivos médicos												
	Registros actualizadas de horarios de mantenimiento preventivo de los equipos o sus piezas												
Calendario de remplazo y actualización de los equipos sanitarios					2							x	
	Presentar por escrito cronograma de remplazo y actualización de equipos sanitarios												
Procedimiento de reporte de eventos adversos o mala utilización con los equipos sanitarios					1							x	
	Dispone por escrito de plan de acciones para prevención de eventos adversos repetitivos a causa de equipos defectuosos												
Seguridad y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO			
					Unidad				2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones				
Constatación escrita de que el cliente o usuario es la meta estratégica de la institución					4							x	
	Compromiso escrito de la seguridad del cliente												

Proceso formal de identificación de riesgos y eventos de seguridad del usuario					4				x			
	Tiene un proceso formal para manejar riesgos e identificar los eventos de seguridad del cliente											
Capacitación sobre seguridad del paciente una vez al año para directivos, personal y proveedores de servicios					4				x			
	Dispone de plan de capacitación anual en seguridad del usuario											
	El plan de capacitación tiene un enfoque en áreas específicas de la seguridad como: uso seguro de medicamentos, reporte de eventos adversos, técnicas para la comunicación efectiva, equipos, servicio de esterilización, lavado e higiene de manos, prevención y control de infecciones.											
Entorno de servicios					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO		
					Unidad			2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones			
Procedimientos de limpieza adecuada, desinfección y esterilización					4					x		

	Dispone de políticas y procedimientos para la limpieza adecuada, desinfección y esterilización del equipo y de sus instalaciones												
	Cuenta con cronograma permanente de limpieza, desinfección y esterilización												
	Dentro de las políticas y procedimientos cuenta con un capítulo sobre uso racional de desinfectantes, correcta dilución y tiempo efectivo de contacto												
					4							x	
	Cuenta con un manual para almacenamiento y manejo de ropa, provisiones e instrumental adecuado Almacenamiento y manejo de ropa, provisiones, instrumental adecuado												
	Considera instrucciones del fabricante para prevenir contaminación de instrumental médico y de equipos												
Descarte de material no reutilizable					4							x	
	Cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable												

Supervisión y mejora de la calidad		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				Observaciones	2	3	4	1
Indicador		A	B	C	D					
Persona designada responsable de la calidad					4			x		
	Carta de designación de persona responsable de la mejora de la calidad									
Plan de mejoramiento de la calidad					4			x		
	Plan escrito de mejoramiento de la calidad									
	El plan de mejora está alineado con los objetivos y metas de la organización									
Compromiso de los directivos en el plan de calidad					4			x		
	Partida presupuestaria específica para el plan de mejora de la calidad									
	Asignación por escrito al personal con tiempo adicional para llevar a cabo el plan de mejora de la calidad									
	Plan de capacitación en calidad dirigido al personal									
Reporte del funcionamiento del plan de mejora de la calidad					1				x	
	Informe escrito de reportes del funcionamiento del plan de mejora de la									

calidad										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTÁNDAR DE CALIDAD HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

Ambiente de Trabajo		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones				
Políticas de seguridad y salud laboral					3		X			
	Documento escrito de políticas de seguridad y salud laboral									
Políticas de desarrollo profesional (horas/año en formación y capacitación).					4			X		
	Presentar plan de capacitación y desarrollo profesional del año en curso									
Revisión y medición del estrés y fatiga profesional					1				X	
	Presenta informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros de equipo									
Sistema de quejas y problemas del personal					3		X			
	Disponen de proceso estandarizado de que el personal transmita sus quejas									

	Presencia de buzón de quejas para el usuario interno													
Sistema de confidencialidad del personal de problemas y quejas					4							X		
	Presentar por escrito el proceso confidencial para el personal y proveedores de servicios de brindar una retroalimentación de quejas o inquietudes													
Se conoce el grado de satisfacción del personal y se usa para su retención y mejora					3							X		
	Presentar resultados de estudio de satisfacción del personal													
	Posee un plan de retención y mejoras													
Espacio de trabajo físico					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					
Se cumplen con las normas del espacio físico de trabajo					3							X		
	El espacio físico de la organización cumple con las regulaciones y códigos locales aplicables													
Espacios adecuados de trabajo (calefacción, ventilación, iluminación...).					3							X		
	La organización tiene espacios adecuados para sentarse, calefacción, ventilación e iluminación													

Se recoge información del personal y usuarios para la mejora de los espacios físicos				2		X						
Resultados de la última encuesta de sondeo aplicada al personal para evaluar mejoras en los espacios físicos												
Se restringe el acceso a áreas de alto riesgo y se inspecciona periódicamente: Observación de rótulos que restringen el acceso a zonas de alto riesgo				3		X						
Cuenta con señalética en arreas restringidas y de alto riesgo												
Cuenta con plan de inspecciones periódicas en áreas de alto riesgo												
Programa de educación y prevención de riesgos laborales				3		X						
Presentar por escrito programación de educación y prevención de riesgos laborales												
Documentos de coordinación con instituciones especializadas en riesgos laborales												
Equipos de trabajo				Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
				Unidad				2	3	4	1	C
Indicador				A	B	C	D	Observaciones				
Programa de selección de equipos en salud							3		X			

	Presentar por escrito proceso de selección de equipos y dispositivos médicos													
Mantenimiento preventivo de los equipos en salud					4						X			
	Presentar por escrito el plan de mantenimiento preventivo de equipos y dispositivos médicos													
	Registros actualizadas de horarios de mantenimiento preventivo de los equipos o sus piezas													
Calendario de remplazo y actualización de los equipos sanitarios					3					X				
	Presentar por escrito cronograma de remplazo y actualización de equipos sanitarios													
Procedimiento de reporte de eventos adversos o mala utilización con los equipos sanitarios					3					X				
	Dispone por escrito de plan de acciones para prevención de eventos adversos repetitivos a causa de equipos defectuosos													
Seguridad y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad				2	3	4	1	C	
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					

Constatación escrita de que el cliente o usuario es la meta estratégica de la institución					4				X		
	Compromiso escrito de la seguridad del cliente										
Proceso formal de identificación de riesgos y eventos de seguridad del usuario					3			X			
	Tiene un proceso formal para manejar riesgos e identificar los eventos de seguridad del cliente										
Capacitación sobre seguridad del paciente una vez al año para directivos, personal y proveedores de servicios					3			X			
	Dispone de plan de capacitación anual en seguridad del usuario										
	El plan de capacitación tiene un enfoque en áreas específicas de la seguridad como: uso seguro de medicamentos, reporte de eventos adversos, técnicas para la comunicación efectiva, equipos, servicio de esterilización, lavado e higiene de manos, prevención y control de infecciones.										
Entorno de servicios		Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
		Unidad					2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					

Procedimientos de limpieza adecuada, desinfección y esterilización					4			X		
	Dispone de políticas y procedimientos para la limpieza adecuada, desinfección y esterilización del equipo y de sus instalaciones									
	Cuenta con cronograma permanente de limpieza, desinfección y esterilización									
	Dentro de las políticas y procedimientos cuenta con un capítulo sobre uso racional de desinfectantes, correcta dilución y tiempo efectivo de contacto									
					4			X		
	Cuenta con un manual para almacenamiento y manejo de ropa, provisiones e instrumental adecuado Almacenamiento y manejo de ropa, provisiones, instrumental adecuado									
	Considera instrucciones del fabricante para prevenir contaminación de instrumental médico y de equipos									
Descarte de material no reutilizable					4		X			

	Cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable													
Supervisión y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					
Persona designada responsable de la calidad								4			X			
	Carta de designación de persona responsable de la mejora de la calidad													
Plan de mejoramiento de la calidad								4			X			
	Plan escrito de mejoramiento de la calidad													
	El plan de mejora está alineado con los objetivos y metas de la organización													
Compromiso de los directivos en el plan de calidad								3		X				
	Partida presupuestaria específica para el plan de mejora de la calidad													
	Asignación por escrito al personal con tiempo adicional para llevar a cabo el plan de mejora de la calidad													
	Plan de capacitación en calidad dirigido al personal													
Reporte del funcionamiento del plan de mejora de la calidad								4			X			

Informe escrito de reportes del funcionamiento del plan de mejora de la calidad										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTÁNDAR DE CALIDAD HOSPITAL BÁSICO DE ATUNTAQUI

Ambiente de Trabajo		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones				
Políticas de seguridad y salud laboral					4			x		
	Documento escrito de políticas de seguridad y salud laboral									
Políticas de desarrollo profesional (horas/año en formación y capacitación).					4			x		
	Presentar plan de capacitación y desarrollo profesional del año en curso									
Revisión y medición del estrés y fatiga profesional					1				x	
	Presenta informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros de equipo									
Sistema de quejas y problemas del personal					4			x		
	Disponen de proceso estandarizado de que el personal transmita sus quejas									

	Presencia de buzón de quejas para el usuario interno													
Sistema de confidencialidad del personal de problemas y quejas					3					x				
	Presentar por escrito el proceso confidencial para el personal y proveedores de servicios de brindar una retroalimentación de quejas o inquietudes													
Se conoce el grado de satisfacción del personal y se usa para su retención y mejora					4						x			
	Presentar resultados de estudio de satisfacción del personal													
	Posee un plan de retención y mejoras													
Espacio de trabajo físico					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					
Se cumplen con las normas del espacio físico de trabajo					1								x	
	El espacio físico de la organización cumple con las regulaciones y códigos locales aplicables													
Espacios adecuados de trabajo (calefacción, ventilación, iluminación...).					1								x	
	La organización tiene espacios adecuados para sentarse, calefacción, ventilación e iluminación													

	Presentar por escrito proceso de selección de equipos y dispositivos médicos													
Mantenimiento preventivo de los equipos en salud					3					x				
	Presentar por escrito el plan de mantenimiento preventivo de equipos y dispositivos médicos													
	Registros actualizadas de horarios de mantenimiento preventivo de los equipos o sus piezas													
Calendario de remplazo y actualización de los equipos sanitarios					3					x				
	Presentar por escrito cronograma de remplazo y actualización de equipos sanitarios													
Procedimiento de reporte de eventos adversos o mala utilización con los equipos sanitarios					1								x	
	Dispone por escrito de plan de acciones para prevención de eventos adversos repetitivos a causa de equipos defectuosos													
Seguridad y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					

Constatación escrita de que el cliente o usuario es la meta estratégica de la institución					3			x										
	Compromiso escrito de la seguridad del cliente																	
Proceso formal de identificación de riesgos y eventos de seguridad del usuario					3			x										
	Tiene un proceso formal para manejar riesgos e identificar los eventos de seguridad del cliente																	
Capacitación sobre seguridad del paciente una vez al año para directivos, personal y proveedores de servicios					4				x									
	Dispone de plan de capacitación anual en seguridad del usuario																	
	El plan de capacitación tiene un enfoque en áreas específicas de la seguridad como: uso seguro de medicamentos, reporte de eventos adversos, técnicas para la comunicación efectiva, equipos, servicio de esterilización, lavado e higiene de manos, prevención y control de infecciones.																	
Entorno de servicios					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO								
					Unidad							2	3	4	1	C		
Indicador					A	B	C	D	Observaciones									

Procedimientos de limpieza adecuada, desinfección y esterilización					4				x		
	Dispone de políticas y procedimientos para la limpieza adecuada, desinfección y esterilización del equipo y de sus instalaciones										
	Cuenta con cronograma permanente de limpieza, desinfección y esterilización										
	Dentro de las políticas y procedimientos cuenta con un capítulo sobre uso racional de desinfectantes, correcta dilución y tiempo efectivo de contacto										
					4				x		
	Cuenta con un manual para almacenamiento y manejo de ropa, provisiones e instrumental adecuado Almacenamiento y manejo de ropa, provisiones, instrumental adecuado										
	Considera instrucciones del fabricante para prevenir contaminación de instrumental médico y de equipos										
Descarte de material no reutilizable					4				x		

	Cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable													
Supervisión y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					
Persona designada responsable de la calidad								4			x			
	Carta de designación de persona responsable de la mejora de la calidad													
Plan de mejoramiento de la calidad								4			x			
	Plan escrito de mejoramiento de la calidad													
	El plan de mejora está alineado con los objetivos y metas de la organización													
Compromiso de los directivos en el plan de calidad								3		x				
	Partida presupuestaria específica para el plan de mejora de la calidad													
	Asignación por escrito al personal con tiempo adicional para llevar a cabo el plan de mejora de la calidad													
	Plan de capacitación en calidad dirigido al personal													
Reporte del funcionamiento del plan de mejora de la calidad								4			x			

Informe escrito de reportes del funcionamiento del plan de mejora de la calidad										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTÁNDAR DE CALIDAD HOSPITA ASDRÚBAL DE LA TORRE

Ambiente de Trabajo		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO					
		Unidad				2	3	4	1	C	
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					
Políticas de seguridad y salud laboral					1					X	
	Documento escrito de políticas de seguridad y salud laboral										
Políticas de desarrollo profesional (horas/año en formación y capacitación).					1					X	
	Presentar plan de capacitación y desarrollo profesional del año en curso										
Revisión y medición del estrés y fatiga profesional					1					X	
	Presenta informe sobre horas de trabajo, estrés y fatiga de los miembros de equipo										

	La organización tiene espacios adecuados para sentarse, calefacción, ventilación e iluminación												
Se recoge información del personal y usuarios para la mejora de los espacios físicos					1								X
	Resultados de la última encuesta de sondeo aplicada al personal para evaluar mejoras en los espacios físicos												
Se restringe el acceso a áreas de alto riesgo y se inspecciona periódicamente: Observación de rótulos que restringen el acceso a zonas de alto riesgo					4								X
	Cuenta con señalética en áreas restringidas y de alto riesgo												
	Cuenta con plan de inspecciones periódicas en áreas de alto riesgo												
Programa de educación y prevención de riesgos laborales					2								X
	Presentar por escrito programación de educación y prevención de riesgos laborales												
	Documentos de coordinación con instituciones especializadas en riesgos laborales												
Equipos de trabajo		Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO						
		Unidad				2	3	4	1	C			

Indicador		A	B	C	D	Observaciones						
Programa de selección de equipos en salud					1						X	
	Presentar por escrito proceso de selección de equipos y dispositivos médicos											
Mantenimiento preventivo de los equipos en salud					1						x	
	Presentar por escrito el plan de mantenimiento preventivo de equipos y dispositivos médicos											
	Registros actualizadas de horarios de mantenimiento preventivo de los equipos o sus piezas											
Calendario de remplazo y actualización de los equipos sanitarios					1						X	
	Presentar por escrito cronograma de remplazo y actualización de equipos sanitarios											
Procedimiento de reporte de eventos adversos o mala utilización con los equipos sanitarios					1						X	
	Dispone por escrito de plan de acciones para prevención de eventos adversos repetitivos a causa de equipos defectuosos											
Seguridad y mejora de la calidad		Clasificación Estándar Calidad						O, P, D, NO				

	Unidad				Observaciones	2	3	4	1	C
	A	B	C	D						
Indicador										
Constatación escrita de que el cliente o usuario es la meta estratégica de la institución				4			x			
Compromiso escrito de la seguridad del cliente										
Proceso formal de identificación de riesgos y eventos de seguridad del usuario				4			4			
Tiene un proceso formal para manejar riesgos e identificar los eventos de seguridad del cliente										
Capacitación sobre seguridad del paciente una vez al año para directivos, personal y proveedores de servicios				2		x				
Dispone de plan de capacitación anual en seguridad del usuario										
El plan de capacitación tiene un enfoque en áreas específicas de la seguridad como: uso seguro de medicamentos, reporte de eventos adversos, técnicas para la comunicación efectiva, equipos, servicio de esterilización, lavado e higiene de manos, prevención y control de infecciones.										
Entorno de servicios	Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO					

		Unidad					2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					
Procedimientos de limpieza adecuada, desinfección y esterilización					4				x		
	Dispone de políticas y procedimientos para la limpieza adecuada, desinfección y esterilización del equipo y de sus instalaciones										
	Cuenta con cronograma permanente de limpieza, desinfección y esterilización										
	Dentro de las políticas y procedimientos cuenta con un capítulo sobre uso racional de desinfectantes, correcta dilución y tiempo efectivo de contacto										
					4				x		
	Cuenta con un manual para almacenamiento y manejo de ropa, provisiones e instrumental adecuado Almacenamiento y manejo de ropa, provisiones, instrumental adecuado										
	Considera instrucciones del fabricante para prevenir contaminación de instrumental médico y de equipos										

Descarte de material no reutilizable								1					X	
Cuenta con un manual para proceso de descarte de material no reutilizable														
Supervisión y mejora de la calidad					Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
					Unidad					2	3	4	1	C
Indicador					A	B	C	D	Observaciones					
Persona designada responsable de la calidad								1					x	
Carta de designación de persona responsable de la mejora de la calidad														
Plan de mejoramiento de la calidad								1					X	
Plan escrito de mejoramiento de la calidad														
El plan de mejora está alineado con los objetivos y metas de la organización														
Compromiso de los directivos en el plan de calidad								1					x	
Partida presupuestaria específica para el plan de mejora de la calidad														
Asignación por escrito al personal con tiempo adicional para llevar a cabo el plan de mejora de la calidad														
Plan de capacitación en calidad dirigido al personal														

Reporte del funcionamiento del plan de mejora de la calidad					1					X	
	Informe escrito de reportes del funcionamiento del plan de mejora de la calidad										