



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

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR**

**TEMA:**

**“CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN  
LUIS DE OTAVALO, 2024”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciatura en Enfermería

**Línea de investigación:** Salud y Bienestar Integral

**AUTOR:**

Nathaly Lizbeth Chuquin Escola

**DIRECTOR:**

Msc. María Ximena Tapia Paguay

**Ibarra – Ecuador 2026**



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1005100019		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Chuquin Escola Nathaly Lizbeth		
DIRECCIÓN:	San Antonio, Imbabura, Ecuador		
EMAIL:	<a href="mailto:nlchuquine@utn.edu.ec">nlchuquine@utn.edu.ec</a>		
TELÉFONO FIJO:	0980628199	TELÉFONO MÓVIL:	0980628199

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Clima de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, 2024
AUTOR (ES):	Nathaly Lizbeth Chuquin Escola
FECHA: DD/MM/AAAA	2024/10/26
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Ximena Tapia

## CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 04 días del mes de marzo del 2026

### EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por  
**NATHALY LIZBETH  
CHUQUIN ESCOLA**

(Firma).....

Nombre: Nathaly Lizbeth Chuquin

# CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

En la ciudad de Ibarra, a los 04 días del mes de marzo del 2026

Msc. María Ximena Tapia Paguay

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular por autoría de Nathaly Lizbeth Chuquin Escola para obtener el Título de Licenciada en Enfermería cuyo tema es: “Clima de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, 2024”. Mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Firmado electrónicamente por:

MARIA XIMENA  
TAPIA PAGUAY

Validar Únicamente con FirmaEC

(firma).....

Msc. María Ximena Tapia Paguay

# APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: “Clima de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo, 2024” Elaborado por Nathaly Lizbeth Chuquin Escola, previo a la obtención del título de LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:



Firmado electrónicamente por:

**MARIA XIMENA  
TAPIA PAGUAY**

Validar únicamente con FirmaEC

(firma).....

Msc. María Ximena Tapia Paguay

DIRECTORA



Firmado electrónicamente por:

**MARIA XIMENA  
TAPIA PAGUAY**

Validar únicamente con FirmaEC

(firma).....

Msc. María Ximena Tapia Paguay

ASESORA

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo primero a Dios por ser mi fortaleza en cada momento difícil, y por darme la serenidad para llegar a esta meta, a mi hijo por ser mi mayor inspiración y la luz que guía mis pasos; cada esfuerzo lo hice pensando en él. A mis padres, por su amor, su ejemplo y los valores que me enseñaron, porque este logro también es suyo. Y a mí misma, por no rendirme, por levantarme ante cada tropiezo y por continuar con valentía. Hoy cierro este capítulo con gratitud y la certeza de que todo valió la pena.

*Nathaly Lizbeth Chuquin Escola*

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi profundo agradecimiento a mi directora de tesis, MSC. Ximena Tapia, por su guía, sus valiosos aportes y su acompañamiento incluso en medio de circunstancias difíciles. Su dedicación y apoyo fueron esenciales para culminar este trabajo. Que Dios la bendiga siempre.

A mi tía, Cecilia Chuquin, quien ha sido como una segunda madre, gracias por su apoyo incondicional y por creer firmemente en mí. Tu presencia y tus palabras fueron un impulso constante para seguir adelante. A mis padres, por su amor, sacrificio y los valores que me inculcaron.

Y de manera muy especial, a mi hijo, mi mayor motivación y fuerza. Gracias por ser mi motor y recordarme que todo esfuerzo vale la pena cuando se hace por amor.

*Nathaly Lizbeth Chuquin Escola*

## RESUMEN

La seguridad del paciente ha sido señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad fundamental dentro de la atención sanitaria. El objetivo de esta investigación fue recopilar los datos sociodemográficos y laborales de los profesionales de salud, además de evaluar el clima de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo. Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, con un enfoque cuantitativo no experimental, que incluyó una muestra por conveniencia de 81 profesionales, entre ellos personal de enfermería, médicos tratantes y médicos especialistas.

Los resultados obtenidos mediante la encuesta AHRQ mostraron una tendencia positiva en los cuatro factores evaluados: trabajo en equipo (63,7%), relación con la supervisión/jefatura (46,0%), comunicación (42,3%) y frecuencia de sucesos notificados (67,9%). No se identificó una relación significativa entre la percepción de que los directivos consideran las sugerencias del personal y la frecuencia de reporte de errores, ni entre la percepción del trabajo en equipo y la cantidad de incidentes reportados. Sin embargo, se evidenció que la percepción general sobre la seguridad del paciente se encuentra significativamente asociada con la pérdida de información durante los cambios de turno, lo que resalta la necesidad de fortalecer los procesos de comunicación en estos momentos críticos.

En conclusión, el establecimiento presenta un importante potencial de desarrollo en materia de seguridad del paciente. Asimismo, se destaca la necesidad de mejorar la comunicación entre los trabajadores y sus supervisores, con el fin de optimizar el clima de seguridad y favorecer la calidad de la atención.

**Palabras claves:** seguridad del paciente, clima de seguridad, personal de salud

## ABSTRACT

Patient safety has been identified by the World Health Organization as a priority within healthcare delivery. The objective of this study was to collect sociodemographic and occupational data from healthcare professionals and to evaluate the patient safety climate at the San Luis de Otavalo Hospital. This was an observational, descriptive, and cross-sectional study with a non-experimental quantitative approach, including a convenience sample of 81 professionals such as nursing staff, attending physicians, and medical specialists.

The results obtained through the AHRQ survey showed a positive trend in the four evaluated factors: teamwork (63.7%), supervision/management relationship (46.0%), communication (42.3%), and frequency of reported events (67.9%). No significant relationship was found between the perception that managers consider staff suggestions and the frequency of error reporting, nor between the perception of teamwork and the number of reported incidents. However, the general perception of patient safety was found to be significantly associated with information loss during shift changes, highlighting the need to strengthen communication processes during these critical moments.

In conclusion, the institution demonstrates significant potential for development regarding patient safety. Additionally, the need to improve communication between workers and supervisors is emphasized, with the aim of optimizing the safety climate and enhancing the quality of care.

**Keywords:** patient safety, safety climate, health personnel

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	6
AGRADECIMIENTO .....	7
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	10
TEMA .....	13
INTRODUCCION .....	14
El problema de la investigación .....	14
Formulación del problema .....	15
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Preguntas de investigación .....	16
CAPÍTULO I.....	17
Marco Teórico .....	17
Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación .....	17
Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias.....	18
Evaluación del clima de seguridad en varios servicios con labor asistencial en un hospital valenciano de segundo nivel.....	18
Evaluación del clima de seguridad del paciente en unidades de estancia hospitalaria: un estudio transversal .....	19
Fundamentación Teórica .....	19
Seguridad del Paciente .....	19
Teoría de Florence Nightingale .....	20
Modelo de James Reason.....	20
Evento adverso.....	20
Metas de la seguridad del paciente.....	20
Calidad en la administración de medicación.....	21
Cultura de la seguridad del paciente .....	22
Clima de seguridad del paciente .....	22
Diferencia Entre Cultura y Clima de Seguridad.....	22
Clima y Cultura de Seguridad del Paciente .....	23
Instrumento de Evaluación: AHRQ .....	23

Marco Legal y Ético.....	24
Marco Legal.....	24
Constitución de la República del Ecuador 2008.....	24
Ley Orgánica de la Salud 2006.....	24
Marco Ético .....	25
Código de Helsinki.....	25
Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.....	25
Declaración de Helsinki .....	26
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>27</b>
Materiales y métodos .....	27
Tipo de Investigación .....	28
Población de estudio .....	28
Muestra.....	29
Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación .....	29
Análisis de datos.....	31
Consideraciones éticas.....	31
Privacidad y confidencialidad .....	31
Consentimiento informado.....	31
Consideraciones bioéticas .....	31
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>32</b>
Resultados y Discusión .....	32
Resultados.....	32
Discusión .....	37
<b>CAPÍTULO IV PROPUESTA .....</b>	<b>39</b>
Plan de mejora.....	39
Objetivos.....	41
CONCLUSIONES .....	43
RECOMENDACIONES .....	44
BIBLIOGRAFÍA .....	45
ANEXOS .....	50
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	50
Anexo 2: Instrumento de Evaluación .....	51
Anexo 3: Matriz de operacionalización de variables .....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas .....	35
Tabla 2. Características Laborales .....	35
Tabla 3. Incidentes reportados en los últimos 12 meses .....	36
Tabla 4. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente .....	37
Tabla 5. Percepción de la administración y reporte de incidentes.....	37
Tabla 6. Percepción del trabajo en equipo y reporte de incidentes.....	38
Tabla 7. Comunicación en cambios de turno y percepción de la seguridad del paciente.....	39

**Tema:**

**“CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN  
LUIS DE OTAVALO, 2024”**

# INTRODUCCION

## 1. El problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria. Según datos de esta entidad, 1 de cada 10 pacientes sufre daños evitables cada año, lo que genera miles de muertes y complicaciones que podrían prevenirse. Las acciones orientadas a la seguridad del paciente buscan disminuir estos incidentes y constituyen un componente fundamental de la calidad asistencial (1).

Dentro de este enfoque, el clima de seguridad del paciente como parte esencial de la cultura de seguridad se reconoce como un desafío global en la gestión sanitaria y una responsabilidad compartida por todos los profesionales de la salud. A nivel mundial, se estima la pérdida de 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad debido a una atención poco segura, a pesar de que cerca del 80% de los daños pueden prevenirse. Los errores más frecuentes están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos. Asimismo, la percepción del clima de seguridad se ve influida por factores como la gestión institucional, el trabajo en equipo y la satisfacción laboral de los profesionales (2).

A estos desafíos se suman las dificultades relacionadas con el reporte de eventos adversos, definidos como incidentes que generan daño al paciente. Estos eventos constituyen una de las diez principales causas de lesiones y muerte asociadas a la atención sanitaria. En los servicios de urgencias y emergencias, la presencia de estrés laboral, condiciones inadecuadas de trabajo, escasez de personal, recursos limitados y tiempos de espera prolongados aumentan la probabilidad de fallas que afectan la calidad y seguridad asistencial. Aunque existen diversas iniciativas orientadas a mejorar el clima de seguridad, la comunidad internacional coincide en que los servicios de salud deben ser eficaces, seguros, oportunos y centrados en las personas (3).

Estudios internacionales refuerzan esta preocupación, como la realizada en Brasil la cual evidenció que un ambiente seguro requiere que los profesionales desarrollen valores, competencias y actitudes que favorezcan la reducción de riesgos durante la atención (3). Por su parte, un estudio en Bogotá señala que la seguridad del paciente constituye un tema prioritario para la salud pública global, destacando la importancia del trabajo en equipo y

de la cultura de mejora continua dentro de las instituciones de salud (4). De igual manera, investigaciones realizadas en Estados Unidos evidencian el impacto humano, económico y social de los eventos adversos, estimándose que alrededor de 75.000 hospitalizaciones anuales se relacionan con fallas evitables en la atención, generando miles de lesiones permanentes y muertes (5).

En este contexto, surge la necesidad de evaluar el clima de seguridad del paciente en el Hospital Básico San Luis de Otavalo durante el año 2023. La investigación se orienta a analizar las dimensiones de aprendizaje organizativo, reporte de eventos de seguridad, respuesta al error y trabajo en equipo, complementándose con la recopilación de datos sociodemográficos y laborales que permitan comprender la realidad del establecimiento. Este análisis contribuirá a identificar áreas críticas y a proponer estrategias que fortalezcan la seguridad del paciente dentro de la institución.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el clima de seguridad del paciente en el Hospital Básico San Luis de Otavalo, 2023?

## **1.3. Justificación**

La evaluación del clima de seguridad del paciente es un proceso fundamental para comprender cómo el personal de salud percibe los procedimientos, prácticas y condiciones que influyen en una atención segura. Este estudio se justifica porque la seguridad del paciente no solo constituye un indicador de calidad, sino también un derecho esencial que debe ser garantizado en todos los establecimientos de salud.

El Hospital Básico San Luis de Otavalo dispone de un equipo multidisciplinario que participa activamente en la atención directa, por lo que resulta indispensable conocer su percepción sobre la cultura de seguridad. Esto permitirá identificar áreas que requieren fortalecimiento, especialmente en dimensiones como la comunicación institucional, la supervisión, la respuesta ante errores y la transferencia de información durante los relevos de turno.

También, esta investigación aporta al desarrollo institucional, ya que ofrece información actualizada y contextualizada que puede servir de base para la toma de decisiones, el diseño de estrategias preventivas y la promoción de entornos asistenciales más seguros. Además, contribuye al cumplimiento de políticas nacionales e internacionales de seguridad del paciente, fomentando prácticas alineadas con los estándares de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud Pública (MSP). Finalmente, este estudio es pertinente porque impulsa una cultura organizacional orientada a la transparencia, el aprendizaje continuo y el trabajo colaborativo, elementos esenciales para reducir riesgos, prevenir eventos adversos y asegurar una atención sanitaria de calidad.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Evaluar el clima de seguridad del paciente en el Hospital Básico de San Luis de Otavalo del cantón Otavalo, Ecuador 2023.

### **1.4.2. Objetivo específico**

- Identificar características sociales, demográficas y laborales de la población en estudio.
- Caracterizar los procesos de seguridad del paciente, trabajo en equipo, relación con el supervisor y jefe, comunicación, frecuencia de eventos notificados.
- Diseñar un plan de mejora en base a los resultados del estudio.

## **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Qué características sociales, demográficas y laborales tiene la población del Hospital Básico San Luis de Otavalo?
- ¿Qué características tienen los procesos de seguridad del paciente, trabajo en equipo, relación con supervisor y jefe, comunicación, frecuencia de efectos notificados en el Hospital Básico San Luis de Otavalo?

# CAPÍTULO I

## 1. Marco Teórico

### 1.1 Marco Referencial

#### 1.1.1. Clima de seguridad del paciente en unidades quirúrgicas de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contratación

El objetivo de este estudio es medir las dimensiones del clima de seguridad en las unidades quirúrgicas de seis instituciones de salud colombianas según las características del personal (6). Existe poca información acerca de la medición del clima de seguridad en las unidades quirúrgicas, fue un estudio de corte transversal, el cuestionario sobre seguridad del paciente en los hospitales Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) más la ampliación de un módulo para unidades quirúrgicas se aplicó al personal de seis hospitales de III nivel de Medellín (Colombia) (6). Se midió el porcentaje de respuestas positivas para cada dimensión del clima de seguridad. Se analizaron las diferencias por profesión y tipo de contratación. Se incluyeron 442 participantes. El personal de las unidades quirúrgicas percibe una Cultura de Seguridad (CS) débil en respuesta no punitiva al error y carga de trabajo (49,4 % y 59,3 % de respuestas positivas respectivamente). Se encontraron diferencias entre personal médico y de enfermería con puntajes más bajos de percepción del clima de seguridad en enfermería para aquellas dimensiones relacionadas con el cuidado del paciente. Los anestesiólogos presentan puntajes bajos en el informe de eventos. Existen además diferencias según el tipo de contrato de trabajo. Se concluyó a pesar de la implementación de políticas de seguridad del paciente, persiste la percepción de una cultura punitiva frente al error, con una carga de trabajo elevada (7).

#### 1.1.2. Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico

El estudio señala debilidades en los seis dominios lo que sugiere el desarrollo de acciones enfocadas a mejorar el clima de seguridad como medida prioritaria para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico; además el reconocimiento de clima de seguridad se destaca como medida prioritaria para sustentar acciones dirigidas a la práctica efectiva de seguridad quirúrgica donde el estudio indica la necesidad de atención del alto liderazgo en la adopción de un sistema integrado que apoye las iniciativas a la implantación de prácticas seguras basadas en evidencias y que promueva el compromiso de todos los profesionales de salud en atención a esas acciones (8)

Fue un estudio descriptivo transversal con una muestra representativa de 522 trabajadores de la salud. Se aplicó el cuestionario de Cultura de Calidad en Servicios de Salud (CCSS) para medir el clima de seguridad y se identificaron las relaciones entre distintos niveles del hospital. Los resultados indicaron que, mientras más sensibles sean los directivos a los problemas de seguridad, se percibe una buena distribución de los recursos organizacionales y un énfasis generalizado en la seguridad, aumenta la probabilidad de que la unidad de trabajo funciona mejor en cuanto a los estándares internacionales de seguridad del paciente, lo que tendrá un impacto positivo en reducir la vergüenza y los sentimientos de culpa del personal de salud (8).

### **1.1.3. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias**

Estudio transversal realizado con 177 profesionales de enfermería de un hospital público de urgencias. Para la recopilación de datos, se utilizó el Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006, validado y adaptado transculturalmente al idioma portugués. Para verificar los factores relacionados con los dominios del instrumento se realizaron análisis bivariados y multivariados. El objetivo de este estudio es verificar la relación entre el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería y el clima de seguridad del paciente en un hospital público de urgencias. Actuar en la clínica médica y quirúrgica o en la sala de emergencias, en un turno nocturno, y tener la intención de abandonar la enfermería, redujo el clima de seguridad general en el análisis de regresión múltiple (9).

### **1.1.4. Evaluación del clima de seguridad en varios servicios con labor asistencial en un hospital valenciano de segundo nivel**

Durante la atención sanitaria se producen incidentes derivados de su alta complejidad, con impacto sobre la seguridad difícilmente cuantificable, fue un estudio observacional descriptivo de evaluación del cuestionario HSOPS sobre la percepción de seguridad, distribuidos en 2021 en varios servicios de un hospital de segundo nivel (9).

Se recogieron 194 encuestas de trabajadores sanitarios, 76,29 % mujeres. Del total, 48,5% son enfermeras, 26,29%, 23,19% médicos, 1,55% celadores y 0,51% trabajadora de limpieza. Hasta 11,86% proceden de Planta Médica, 24,74% de Planta Quirúrgica 4,08% de Quirófano, 15,46% de Pediatría / Maternidad, 6,63% de Oncología y 35,05% de UCI. La puntuación de calidad es 7,84 +/- 1,53, con valores superiores a 2009, este estudio permite comprender mejor la seguridad de los pacientes, recoger información sobre la percepción de condiciones laborales y planear acciones de mejora. (AU) (10)

### **1.1.5. Evaluación del clima de seguridad del paciente en unidades de estancia hospitalaria: un estudio transversal**

Su objetivo fue evaluar la percepción de enfermeros de distintas unidades de estancia hospitalaria de un hospital de enseñanza de Goiás acerca del clima de seguridad del paciente. Estudio transversal analítico, llevado a cabo por medio del Safety Attitudes Questionnaire -Short Form 2006 (11).

Participaron en el estudio 50 enfermeros. La percepción general del clima de seguridad del paciente fue desfavorable. La peor percepción se relacionó con la Percepción de Gestión y la mejor se asoció con la Satisfacción en el Trabajo. Todas las unidades de estancia hospitalaria también presentaron clima de seguridad general desfavorable, sin embargo, el análisis por dominios señaló diferencias, el materno infantil y la pediátrica tuvieron el mayor número de promedios considerados positivos ( $\geq 75$ ), especialmente en los dominios Clima Laboral en Equipo y Satisfacción en el Trabajo. Los resultados señalan fragilidades que permiten dirigir la gestión hacia acciones de mejoría en pro de la seguridad del paciente (11).

## **1.2. Fundamentación Teórica**

### **1.2.1. Seguridad del Paciente**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de la población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios” (12).

Dentro de la calidad, un atributo muy importante es la seguridad del paciente, que a su vez se define como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención en salud a un nivel mínimo aceptable. Un nivel mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas dadas por el conocimiento actual, recursos disponibles y el contexto en el que el cuidado fue entregado con base al riesgo de no tratar o proveer un tratamiento distinto” (13). Además, el cuidado de la salud es una actividad que resulta del manejo interdisciplinario de múltiples variables y que, con el avance del conocimiento científico se torna cada vez más complejo, incrementando la posibilidad de errores o fallos sistémicos que provocan un daño no intencionado en el paciente, mismo que se denomina: evento adverso.

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa de la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad. Con esta alianza se buscó, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse (13).

### **1.2.2. Teoría de Florence Nightingale**

Florence Nightingale, considerada pionera en seguridad del paciente, enfatizó la importancia del ambiente, la higiene y la atención sistemática en la reducción de la mortalidad hospitalaria. Sus prácticas demostraron que un entorno controlado y cuidados adecuados disminuyen significativamente los riesgos y eventos adversos, consolidando la necesidad de un enfoque preventivo en la atención sanitaria (14).

### **1.2.3. Modelo de James Reason**

James Reason desarrolló el **modelo Swiss Cheese**, que explica cómo los errores en sistemas complejos, como los hospitales, ocurren debido a múltiples fallas latentes y barreras ineficaces. Este modelo es fundamental para comprender cómo se generan los eventos adversos y la importancia de implementar sistemas de seguridad que minimicen riesgos en todos los niveles de atención (14).

### **1.2.4. Evento adverso**

Se define como evento adverso a las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención de salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no calidad para la institución. (14)

### **1.2.5. Metas de la seguridad del paciente**

Las metas de seguridad del paciente se basan específicamente en los esfuerzos por mejorar la atención, incluyen ciertos aspectos que deben ser considerados para prevenir problemas que afecten la integridad del paciente. Dentro de las metas, se encuentra la seguridad en la administración de medicamentos. (15)

- a. Identificación correcta del paciente:** Es necesario realizar una doble verificación por parte del paciente y por su identificación a través del brazalete, historia clínica y si es necesario, por el mismo familiar. (16)

- b. Comunicación efectiva:** Una de las causas más comunes de errores en la prestación de atención médica son los errores de comunicación, especialmente cuando se hace de forma oral o por teléfono. Por esta razón, el intercambio de información entre profesionales de la salud, pacientes y familiares es fundamental para obtener información veraz. (17)
- c. Seguridad en la administración de medicamentos:** Las fallas en el manejo de medicamentos no solo conducen a más errores, sino que, si lo hacen, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Se debe tener un conocimiento crítico, que también incluye cumplir con requisitos para evitar errores relacionados con la medicación (18)
- d. Seguridad en los procedimientos quirúrgicos:** La cirugía en el lugar, procedimiento y el paciente equivocado es un gran problema para las organizaciones médicas. (18) Estos errores se deben principalmente a la mala comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Tiene como objetivo aplicar las prácticas más seguras en el ámbito sanitario con el fin de minimizar el riesgo clínico de eventos adversos durante la intervención en el quirófano (18)
- e. Prevención de infecciones asociadas con la atención médica (IAAS):** Las infecciones asociadas a la atención de la salud representan un riesgo para la seguridad del paciente, por lo que la prevención a través de medidas como la higiene de manos y los cinco momentos de la atención al paciente pues, se considera un aspecto importante y clave para la atención segura del paciente (19)
- f. Prevención de caídas:** Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios pueden estar en riesgo de caídas debido a que el entorno y la condición del paciente contribuyen al aumento del riesgo. Sin embargo, es importante utilizar escalas de calificación que ayuden a determinar el riesgo de cada persona para tomar precauciones específicas (19)

#### **1.2.6. Calidad en la administración de medicación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de la salud como “asegurar que cada paciente reciba un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para una atención médica óptima, teniendo en cuenta todos los factores y el conocimiento del paciente y del servicio médico. La calidad de administración de medicamentos es responsabilidad de los profesionales de salud con el fin de mejorar la atención que se le brinda al paciente. El profesional de enfermería necesita el conocimiento y la habilidad necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (20)

Existen tres componentes claves para la calidad de la atención médica

- g. Factor científico y técnico:** aplicar el mejor conocimiento disponible en base a las herramientas y recursos disponibles.
- h. Factor percibido:** Satisfacción del paciente con la atención, resultados y tratamiento recibido.
- i. Factor institucional o corporativo:** relacionados con la imagen del centro médico.

#### **1.2.7. Cultura de la seguridad del paciente**

Teniendo en cuenta que la cultura de seguridad se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución su medición y evaluación permite determinar si las diversas dimensiones que la componen, se desarrollan de manera positiva o negativamente en las instituciones de salud y por medio de esto se establece una línea base para la planeación y ejecución de estrategias y actividades que permitan mejorar la seguridad del paciente. (20)

Es importante analizar la cultura de seguridad en la atención de los pacientes dentro de las instituciones, porque permite identificar las fortalezas y oportunidades hacia la mejora continua de la atención, a través de cuidados seguros y de calidad en beneficio de los pacientes y sus familias y con ello, minimizar las repercusiones de los eventos adversos.

#### **1.2.8. Clima de seguridad del paciente**

Se entiende como la percepción colectiva de los profesionales de la salud sobre la prioridad que la institución otorga a la seguridad del paciente, reflejada en normas, actitudes y prácticas que buscan prevenir errores, mejorar la comunicación, fortalecer el trabajo en equipo y minimizar riesgos durante la atención hospitalaria. Este clima constituye un indicador puntual de la cultura de seguridad, permitiendo identificar fortalezas y áreas de mejora en la gestión de la seguridad, y se asocia directamente con la calidad del cuidado y la reducción de eventos adversos (21)

#### **1.2.9. Diferencia Entre Cultura y Clima de Seguridad**

- **La cultura de seguridad:** corresponde a las creencias, valores y actitudes compartidas por la organización respecto al riesgo y la prevención del daño.
- **El clima de seguridad:** es la percepción inmediata del personal respecto a las prácticas, comportamientos y condiciones relacionadas con la seguridad.

### **1.2.10. Clima y Cultura de Seguridad del Paciente**

El clima de seguridad del paciente se entiende como la percepción colectiva del personal sobre la prioridad que la institución otorga a la seguridad, reflejada en normas, actitudes y prácticas orientadas a prevenir errores, mejorar la comunicación, fortalecer el trabajo en equipo y minimizar riesgos durante la atención hospitalaria (22)

En contraste, la cultura de seguridad abarca los valores, creencias y actitudes compartidas por la organización respecto al riesgo y la prevención del daño, representando un patrón más estable y a largo plazo que influye en la práctica clínica y la gestión del cuidado

El clima se evalúa de manera puntual, por ejemplo, mediante cuestionarios estandarizados como el Hospital Survey on Patient Safety Culture de AHRQ, que mide dimensiones como comunicación abierta, reporte de incidentes, supervisión y liderazgo, trabajo en equipo y aprendizaje organizacional.

### **1.2.11. Instrumento de Evaluación: AHRQ**

El Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), es un cuestionario utilizado para medir la percepción del personal sobre la seguridad del paciente. Evalúa dimensiones como:

- j.** Expectativas y acciones de la dirección en seguridad.
- k.** Aprendizaje organizacional y mejora continua.
- l.** Trabajo en equipo dentro y entre áreas.
- m.** Comunicación abierta y retroalimentación sobre errores.
- n.** Respuesta no punitiva ante incidentes.
- o.** Supervisión y liderazgo.
- p.** Percepción general de seguridad y frecuencia de reporte de eventos.

La aplicación de instrumentos estandarizados como el Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) permite evaluar y fortalecer tanto el clima como la cultura de seguridad, identificando fortalezas y áreas de mejora para reducir la incidencia de eventos adversos.

### **1.3. Marco Legal y Ético**

#### **1.3.1. Marco Legal**

Dentro del Marco Legal este estudio respalda su trabajo a través de:

##### **a. Constitución de la República del Ecuador 2008**

##### **Sección séptima: Salud**

Dentro de la Constitución de la República del Ecuador 2008 se han considerado varios artículos relacionados con la salud, que establecen derechos y responsabilidades del Estado para garantizar el bienestar de la población. En el Título II Sección séptima: Salud “Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

También se puede evidenciar dentro del Capítulo I en la sección segunda de la salud en el artículo “363.- El Estado es responsable de formular políticas públicas de salud, universalizar la atención, mejorar calidad y cobertura, fortalecer servicios públicos, respetar prácticas de salud ancestral, garantizar atención a grupos prioritarios y salud sexual y reproductiva, asegurar acceso a medicamentos de calidad y promover el desarrollo integral del personal de salud.”

##### **a. Ley Orgánica de la Salud 2006**

CAPITULO I: Del derecho a la salud y su protección

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

“Artículo 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.”

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

“Artículo. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente.”

### **1.3.2. Marco Ético**

#### **a. Código de Helsinki**

Los profesionales de enfermería pretenden brindar al usuario una atención de calidad por lo que para lograrlo se han propuesto las diversas acciones y principios éticos: Principio de beneficencia: se basa en siempre hacer el bien ante cualquier cuidado que se preste al paciente; el personal de enfermería debe tratar al paciente con humanidad, y estar totalmente capacitado para brindar cuidados con calidad y calidez. Principio de no maleficencia: se basa en jamás hacer daño al paciente mediante cualquier acción que pueda ocasionar el mal, mediante imprudencias o negligencias. Principio de la Justicia: el profesional de Enfermería aplica la justicia cuando no distingue clase social o jerarquía, al momento de brindar una atención oportuna, sin ninguna clase de discriminación ante las necesidades de los pacientes. Principio de autonomía: se basa en el derecho de cada individuo para tomar decisiones sobre su enfermedad, sin ser influenciado por otras decisiones externas, implicando la comprensión de la información y el consentimiento; a excepción de los pacientes que no se encuentren en capacidad.

#### **b. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.**

**Código 1. La enfermera y las personas:** La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

**Código 2. La enfermera y la práctica:** La enfermera será personalmente responsable y

deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

**Código 3. La enfermera y la profesión:** A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

**Código 4. La enfermera y sus compañeros de trabajo:** La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

### **c. Declaración de Helsinki**

#### **Principios generales**

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

12.- La investigación médica con participantes humanos debe ser llevada a cabo solo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. Dicha investigación necesita la supervisión de un médico u otro investigador competente y calificado apropiadamente.

## CAPITULO II

### 2.1. Materiales y métodos

#### 2.1.1. Diseño y tipo de Investigación

El presente estudio se desarrolló bajo un diseño cuantitativo no experimental.

**a. Enfoque cuantitativo:** El enfoque cuantitativo se caracteriza por la recolección y el análisis de datos numéricos con el propósito de describir, explicar o predecir fenómenos mediante procedimientos estadísticos (23). Este enfoque permite medir variables de manera objetiva y establecer conclusiones basadas en evidencia empírica.

En el ámbito de la investigación en salud, el enfoque cuantitativo facilita la medición de percepciones, actitudes y comportamientos mediante instrumentos estandarizados y validados, garantizando confiabilidad y validez en los resultados (24).

En el presente estudio, se utilizó el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS), desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en el año 2019 y actualizado posteriormente para su aplicación internacional (Rockville et al., 2021). Este instrumento fue diseñado específicamente para evaluar la cultura y el clima de seguridad del paciente en instituciones hospitalarias.

**b. No experimental:** El diseño no experimental se caracteriza porque el investigador no manipula deliberadamente las variables de estudio, sino que observa los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural (24).

En esta investigación no se realizó intervención alguna sobre las condiciones laborales ni sobre el comportamiento del personal; únicamente se recolectó información sobre sus percepciones respecto al clima de seguridad del paciente. Por lo tanto, el estudio se enmarca en un diseño no experimental, ya que las variables fueron analizadas sin modificación o control experimental.

### 2.1.2. Tipo de Investigación

El presente proyecto es de tipo observacional, descriptivo y transversal:

- **Descriptivo:** La investigación descriptiva tiene como finalidad especificar las características, propiedades y perfiles de personas, grupos o fenómenos sometidos a análisis (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). En el campo de la seguridad del paciente, este tipo de estudio permite identificar fortalezas y áreas de mejora dentro de las instituciones de salud (25). el presente estudio fue descriptivo porque permitió detallar las características sociodemográficas y laborales del personal de salud, así como describir las dimensiones del clima de seguridad evaluadas mediante el cuestionario HSOPS
- **Observacional:** Los estudios observacionales se caracterizan por analizar fenómenos sin intervenir ni modificar las variables de estudio (26). El investigador se limita a observar y registrar los datos tal como se presentan en la realidad. En este caso, se analizaron las percepciones del personal de salud respecto al clima de seguridad del paciente en su entorno laboral habitual, sin alterar las condiciones institucionales ni aplicar intervenciones experimentales.
- **De corte transversal:** Los estudios transversales recogen información en un único momento del tiempo, permitiendo describir la situación de una población en un periodo determinado (27). La presente investigación fue de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en una sola ocasión durante el año 2023, permitiendo obtener una fotografía del clima de seguridad del paciente en el Hospital San Luis de Otavalo en ese periodo específico.

### 2.1.3. Población de estudio

La población es el personal de salud que labora en el Hospital Básico San Luis de Otavalo: centro quirúrgico, emergencias, medicina interna y cirugía. Participaron médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, internos de enfermería e internos de medicina que cumplieran con los criterios de participación establecidos y aceptaron integrar el estudio de forma voluntaria.

#### **2.1.4. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 81 profesionales de salud que laboran en los servicios de Emergencia, Medicina Interna, Centro Quirúrgico y Cirugía del Hospital Básico San Luis de Otavalo.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando como criterio de selección la disponibilidad y accesibilidad del personal durante el período de recolección de datos. Este tipo de muestreo se aplicó debido a la factibilidad operativa y a la voluntariedad de participación de los profesionales, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en la investigación.

##### **a. Características generales de la muestra**

###### **• Criterios de inclusión**

- ✓ Personal de salud que mantiene un vínculo laboral activo con el Hospital Básico San Luis de Otavalo.
- ✓ Profesionales que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

##### **b. Criterios de exclusión**

- ✓ Personal que no se encontraba presente en su servicio al momento de la recolección de la información.
- ✓ Trabajadores que presentaron limitaciones físicas o psicológicas que impidieran completar la encuesta.

#### **2.1.5. Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación**

La obtención de los datos se realizó mediante una encuesta estructurada, utilizando como instrumento el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* versión 2.0. Este instrumento incluye dos partes: la primera recoge información sociodemográfica y laboral del personal participante; la segunda reúne los ítems correspondientes a las dimensiones evaluadas sobre cultura y clima de seguridad del paciente. Este cuestionario permitió explorar de manera precisa las percepciones del personal respecto a prácticas, comportamientos y condiciones vinculadas con la seguridad en los servicios de salud.

### **a. Descripción del Instrumento**

El cuestionario de la AHRQ es un instrumento que nos ayuda a identificar y medir la cultura de seguridad de los profesionales de salud en el ámbito hospitalario, respecto a la seguridad del paciente. La herramienta para valorar la cultura de seguridad del paciente fue propuesta en el año 2002 por la AHRQ inicialmente el cuestionario fue diseñado y publicado en el idioma inglés motivo por el cual en el año 2010 el Ministerio de Sanidad de España traduce, valida y adapta el instrumento al idioma español a fin de conocer a otros sistemas de salud de habla hispana, esta herramienta permite realizar comparaciones internacionales en cultura de seguridad del paciente cuenta con diversas secciones, orientadas a la comunicación, el trabajo en equipo, reporte de incidentes, relación con los supervisores, participación administrativa.

Este instrumento cuenta con 40 preguntas asociadas a 12 dimensiones de cultura de seguridad del paciente, También consta de 6 secciones: A: orientada a algunos aspectos sociodemográficos y antecedentes laborales, antecedentes de capacitación y de evaluación, presenta una pregunta referente a la percepción general de seguridad en el área de trabajo. B: Su supervisor, director o jefe clínico. C: comunicación en su servicio/unidad. D: Reportar eventos de seguridad del paciente. E: Calificación de la seguridad del paciente. F: Su hospital y, una respuesta abierta de comentarios y sugerencias

### **b. Confiabilidad y Validez del Instrumento**

El instrumento utilizado en la presente investigación fue el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) versión 2.0, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Este cuestionario ha sido validado internacionalmente y adaptado al idioma español, demostrando adecuados niveles de confiabilidad y consistencia interna en diferentes contextos hospitalarios. Diversos estudios reportan coeficientes de confiabilidad aceptables ( $\alpha$  de Cronbach  $\geq 0,70$ ) en sus dimensiones, lo que garantiza estabilidad y precisión en la medición del clima de seguridad del paciente. Por lo tanto, su aplicación en el Hospital Básico San Luis de Otavalo permitió obtener información válida y confiable para el análisis del fenómeno estudiado.

### **2.1.6. Análisis de datos**

Los datos recolectados mediante la aplicación del cuestionario fueron codificados y procesados en el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y laborales mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Asimismo, se efectuó el análisis de las dimensiones del clima de seguridad del paciente, permitiendo identificar tendencias en las respuestas positivas, neutras y negativas. Los resultados fueron organizados en tablas estadísticas para facilitar su interpretación y comparación entre dimensiones.

### **2.1.7. Consideraciones éticas**

La presente investigación se desarrolló en cumplimiento de los principios éticos establecidos para estudios con participación de seres humanos, respetando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

El estudio fue aprobado por la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, cumpliendo con los lineamientos institucionales para trabajos de titulación.

Previo a la recolección de datos, se solicitó autorización formal a las autoridades del Hospital Básico San Luis de Otavalo. Además, los participantes firmaron un consentimiento informado, en el cual se explicó el propósito del estudio, la voluntariedad de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones laborales.

### **2.1.8. Privacidad y confidencialidad**

Se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Los datos recolectados fueron manejados exclusivamente con fines académicos y de investigación, sin revelar nombres ni información que permitiera identificar a los profesionales encuestados. La información fue almacenada de forma segura y únicamente la investigadora tuvo acceso a los datos, asegurando el respeto a la privacidad y la protección de la identidad de los participantes.

### **2.1.9. Consentimiento informado**

Es un instrumento el cual busca asegurar que el paciente reciba la información adecuada, el cual la persona decide si realiza o no la evaluación.

### **2.1.10. Consideraciones bioéticas**

Las personas que participaron en el estudio tuvieron la capacidad de continuar o no en la misma donde se cumplió con la autonomía de tomar decisiones y establecer con el consentimiento informado donde fueron tratados con el debido respeto

## CAPÍTULO III

### 3. Resultados y Discusión

#### 3.1. Resultados

**Tabla 1. Características Sociodemográficas.** (N= 81)

<i>Variables</i>	<i>Escala</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad	De 22 a 32 años	36	48,4
	De 33 a 42 años	23	26,8
	De 43 a 52 años	17	19,7
	De 53 a 62 años	8	5,0
	Media	35	
	Moda	23	
Sexo	Hombre	32	39,5
	Mujer	49	60,5
Nivel de instrucción	Superior	81	100,0
Residencia	Urbana	75	92,6
	Rural	6	7,4
Estado civil	Soltero/a	43	53,1
	Casado/a	35	43,2
	Divorciado/a	1	1,2
	Unión libre	2	2,5

**Fuente:** Autora

Los investigados obtenidos son profesionales jóvenes entre los 22 a 33 años con un porcentaje de mujeres, todos con nivel de instrucción superior, solteros y provenientes en su mayoría de áreas urbanas.

**Tabla 2. Características Laborales.**

<i>Variables</i>	<i>Escala</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Cargo que desempeña	Enfermera/o profesional de 4to nivel	2	2,5
	Enfermera/o profesional 3er nivel	35	43,2
	Interno/a de enfermería	11	13,2
	Médico especialista/ Tratante	14	17,3
	Médico residente/ General	5	6,2
	Interno/a de medicina	13	16,0
Área de trabajo	Servicio quirúrgico	17	21,0
	Medicina interna	24	29,6
	Emergencia	16	19,8
	Cirugía	24	29,6
Tiempo de trabajo en el Hospital	Menos de un año	19	23,5
	De 1 a 5 años	23	28,4
	De 6 a 10 años	26	32,1
	11 o más años	13	16,0
Tiempo de trabajo en el área	Menos de un año	27	33,3

	De 1 a 5 años	36	44,4
	De 6 a 10 años	13	16,0
	11 o más años	5	6,2
Horas de trabajo semanal	Menos de 30 horas	22	27,2
	De 30 a 40 horas	49	60,5
	Más de 40 horas	10	12,3
Interacción con el paciente	Si	81	100,0
	No	0	0

**Fuente:** Autora

El grupo profesional predominante corresponde a enfermeras/os profesionales de tercer nivel, seguido por médicos especialistas y tratantes. En menor proporción se identifican internos de enfermería y médicos residentes.

En cuanto a los servicios hospitalarios, medicina interna y cirugía concentran la mayor parte del personal, mientras que Centro Quirúrgico presenta una participación intermedia.

En cuanto a la antigüedad laboral, se evidencia que una proporción considerable del personal cuenta con varios años de permanencia en la institución, lo que sugiere estabilidad laboral. Sin embargo, al analizar el tiempo de trabajo en el área específica, se observa que una parte importante del personal posee menor tiempo de experiencia en su servicio actual, lo que podría influir en los procesos de adaptación y dinámica interna de cada unidad.

**Tabla 3. Incidentes reportados en los últimos 12 meses.**

<b>Variables</b>	<b>Escalas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha identificado y reportado en estos últimos 12 meses?	Ninguno	52	64,2
	1 a 2	27	33,3
	3 a 5	2	2,5
Total		<b>81</b>	100,0

**Fuente:** Autora

En relación con los incidentes reportados en los últimos 12 meses en el Hospital San Luis de Otavalo, se encontró que el 33,3% del personal reportó entre 1 y 2 eventos relacionados con la seguridad del paciente. Sin embargo, es relevante destacar que un alto porcentaje de los profesionales no notificó ningún evento durante este período.

**Tabla 4. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.**

<b>Dimensiones</b>	<i>Negativas</i> %	<i>Positivas</i> %	<i>Neutras</i> %	<i>N/C</i> %
Trabajo en equipo	12,3	63,7	23,8	0,0
Relación supervisor/líder	30,4	46,0	23,4	0,0
Comunicación	21,8	42,3	35,8	0,0
Frecuencia de Sucesos Notificados	12,3	67,9	19,7	0,0

**Fuente:** Autora

El resultado sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente destaca. La dimensión trabajo en equipo mostró una predominancia de respuestas positivas, evidenciando una percepción favorable respecto a la colaboración entre el personal dentro de las unidades de trabajo. En la dimensión supervisión/liderazgo, se observó una proporción moderada de respuestas positivas, junto con un porcentaje relevante de respuestas neutras y negativas, lo que refleja percepciones diversas sobre el apoyo y gestión por parte de los líderes.

La dimensión comunicación presentó una tendencia intermedia, con respuestas distribuidas entre positivas y neutras, lo que indica variabilidad en la percepción sobre los procesos comunicacionales dentro del hospital.

Finalmente, la dimensión frecuencia de sucesos notificados evidenció la mayor proporción de respuestas positivas, lo que sugiere que el reporte de eventos es una práctica reconocida dentro de la institución.

**Tabla 5. Percepción de la administración y reporte de incidentes.**

<b>1. Cuando en la atención al paciente se encuentra un error, y este se corrige de inmediato antes de afectar al paciente ¿Con qué frecuencia se reporta el error?</b>						
<b>1. Los directivos o jefes de servicio toman en cuenta todas las sugerencias de parte del personal para mejorar la seguridad del paciente.</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mayoría del tiempo</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Siempre</b>	<b>Total</b>
De acuerdo	5	8	0	3	21	37
En desacuerdo	3	1	0	1	3	8
Muy de acuerdo	3	3	0	0	1	7
Muy en desacuerdo	1	2	1	3	2	9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	8	1	1	4	20
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>31</b>	<b>81</b>

**Fuente:** Autora

Se analiza la relación entre la percepción del personal respecto a si los directivos toman en cuenta sus sugerencias para mejorar la seguridad del paciente y la frecuencia con la que se reportan los errores. Se observa que tanto quienes están de acuerdo como quienes se mantienen en una postura neutral reportan errores en diferentes frecuencias, predominando las respuestas que indican que los eventos se notifican la mayoría del tiempo. Asimismo, incluso entre quienes manifestaron desacuerdo respecto a la consideración de sus sugerencias, se evidencian reportes de errores. Estos resultados muestran que el reporte de eventos no depende exclusivamente de la percepción sobre la apertura de los directivos a recibir sugerencias, lo que sugiere la presencia de otros factores institucionales que podrían influir en la cultura de notificación.

**Tabla 6. Percepción del trabajo en equipo y reporte de incidentes.**

En mi área de trabajo, el personal trabaja eficientemente como un verdadero equipo.	¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente (Incidentes) ha identificado y reportado en estos últimos 12 meses?			
	1 a 2	3 a 5	Ninguno	Total
De acuerdo	27	2	49	78
En desacuerdo	0	0	1	1
Muy de acuerdo	0	0	2	2
Total	27	2	52	81

**Fuente:** Autora

En relación con la percepción del trabajo en equipo, la mayoría del personal manifestó estar de acuerdo en que en su área se trabaja eficientemente como un verdadero equipo. Sin embargo, dentro de este mismo grupo, predominan quienes indicaron no haber reportado incidentes en los últimos doce meses, mientras que una proporción menor señaló haber identificado entre uno y dos eventos.

Entre quienes expresaron desacuerdo o muy de acuerdo con la afirmación sobre trabajo en equipo, también se observa una baja frecuencia de reporte de incidentes. En general, los datos evidencian que tanto las percepciones favorables como las menos favorables sobre el trabajo en equipo coexisten con una tendencia predominante hacia la ausencia de notificación de evento en el periodo evaluado.

**Tabla 7. Comunicación en cambios de turno y percepción de la seguridad del paciente.**

5. En los cambios de turno, frecuentemente se obvia y se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.	1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su área de trabajo?			
	Buena	Muy buena	Regular	Total
De acuerdo	8	0	4	12
En desacuerdo	8	6	4	18
Muy de acuerdo	1	0	0	1
Muy en desacuerdo	5	4	0	9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34	3	4	41
Total	56	13	12	81

**Fuente:** Autora

Se detalla la relación con respecto a la percepción de la seguridad del paciente en el área de trabajo, la mayoría de los profesionales calificó la seguridad como buena. Dentro de este grupo, se identifican diferentes posturas frente a la afirmación sobre la pérdida de información durante los cambios de turno, predominando las respuestas neutrales.

Entre quienes calificaron la seguridad como muy buena, se observa principalmente desacuerdo con la afirmación de que se pierde información en los cambios de turno. Por otra parte, en el grupo que calificó la seguridad como regular, las respuestas se distribuyen entre acuerdo y neutralidad respecto a la pérdida de información.

Los datos muestran diversidad en las percepciones sobre la comunicación durante los cambios de turno, coexistiendo posturas de acuerdo, desacuerdo y neutralidad en todos los niveles de calificación de la seguridad.

### 3.2. Discusión

La evaluación del clima de seguridad del paciente en el Hospital Básico San Luis de Otavalo permitió identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora dentro de la institución. Los resultados obtenidos evidencian comportamientos consistentes con estudios realizados en contextos hospitalarios similares en América Latina y otros entornos internacionales.

En cuanto a las características sociodemográficas, predominó el personal joven entre 22 y 32 años, con mayor representación femenina. Este hallazgo coincide con lo reportado por Silva et al. (28), quienes identificaron una mayoría de profesionales jóvenes en un hospital público brasileño, señalando que el personal con menor tiempo de experiencia puede presentar mayor sensibilidad frente a los procesos organizacionales relacionados con la seguridad. Asimismo, Tello García et al. (28) reportaron predominio femenino en el personal de enfermería, destacando que este grupo constituye el mayor componente del recurso humano hospitalario y desempeña un papel central en la cultura de seguridad.

Respecto al trabajo en equipo, en el presente estudio se evidenció una proporción positiva del 63,7%. Este resultado es similar al reportado por Fonseca Mesa et al. (29), quienes encontraron un 68,1% de respuestas positivas en servicios quirúrgicos en Colombia. Sin embargo, es inferior a lo documentado por Fayos Jordán et al. (29), quienes reportaron niveles superiores al 75% en hospitales españoles. Estas diferencias podrían estar asociadas a factores organizacionales, liderazgo institucional y estrategias consolidadas de mejora continua en contextos europeos.

En relación con la dimensión supervisión/liderazgo, el estudio mostró un 46,0% de respuestas positivas, lo cual refleja una percepción intermedia. Este hallazgo coincide con Silva et al. (30), quienes identificaron que la percepción de gestión fue una de las dimensiones con menor puntuación dentro del clima de seguridad en unidades hospitalarias. De igual manera, Arias-Botero et al. (30) reportaron que la respuesta no punitiva al error y la relación con supervisores presentaban valores inferiores en comparación con otras dimensiones, especialmente en personal de enfermería.

La dimensión comunicación presentó un 42,3% de respuestas positivas, mostrando margen considerable de mejora. Este resultado es comparable con el estudio de Silva et al. (30), donde la comunicación abierta fue identificada como una de las áreas más vulnerables en hospitales de urgencias. La literatura ha señalado que las fallas comunicacionales, especialmente durante cambios de turno, representan uno de los principales factores asociados a eventos adversos (31).

Un hallazgo relevante del estudio fue que el 67,9% reportó positivamente la frecuencia de notificación de eventos, aunque paralelamente se observó que el 64,2% manifestó no haber reportados incidentes en los últimos 12 meses. Esta aparente contradicción también ha sido descrita en estudios previos. Silva et al. (2019) encontraron que, a pesar de existir percepción

favorable sobre el sistema de reporte, muchos profesionales no notificaban eventos por temor a represalias o cultura punitiva. Asimismo, Arias-Botero et al. (31) identificaron que la cultura no punitiva es un factor determinante para el incremento real de reportes.

En cuanto a la relación entre trabajo en equipo y reporte de incidentes (Tabla 6), los resultados mostraron que incluso en contextos donde se percibe buen trabajo en equipo, predomina la ausencia de notificación de eventos. Este comportamiento ha sido descrito por Tello García et al. (2023), quienes señalan que la percepción positiva del equipo no siempre se traduce en incremento del reporte de errores, debido a factores culturales y organizacionales más amplios.

Respecto a la comunicación durante cambios de turno (Tabla 7), se evidenció que la mayoría calificó la seguridad como buena, aunque coexistían percepciones neutrales frente a la pérdida de información. La Organización Mundial de la Salud (32) ha identificado la transferencia inadecuada de información como uno de los principales riesgos en seguridad hospitalaria. Estudios recientes como el de Fayos Jordán et al. (33) demuestran que protocolos estructurados de pase de turno reducen significativamente la pérdida de información clínica.

En términos generales, los resultados del presente estudio muestran un perfil similar al observado en hospitales latinoamericanos, donde el trabajo en equipo suele presentar puntuaciones más altas, mientras que liderazgo y comunicación representan áreas críticas. Sin embargo, en comparación con estudios europeos recientes, los niveles de percepción positiva aún se encuentran por debajo de estándares reportados en instituciones con sistemas consolidados de seguridad.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer estrategias institucionales orientadas a la mejora del liderazgo, comunicación efectiva y cultura no punitiva, elementos ampliamente reconocidos en la literatura científica como determinantes en la consolidación de una cultura de seguridad robusta.

## **CAPÍTULO IV PROPUESTA**

### **4. PLAN DE MEJORA**

Hospital Básico San Luis de Otavalo – 2024

#### **4.1. Justificación**

Los resultados obtenidos en la evaluación del clima de seguridad del paciente evidencian fortalezas en las dimensiones trabajo en equipo y frecuencia de notificación de eventos. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en las dimensiones supervisión/liderazgo y comunicación, especialmente en lo relacionado con la transferencia de información durante los cambios de turno.

Considerando que la seguridad del paciente constituye un pilar fundamental de la calidad asistencial, se propone el presente plan de mejora con el fin de fortalecer las áreas identificadas como prioritarias y promover una cultura organizacional más sólida y sostenible.

#### **4.2. Objetivo General**

Fortalecer la dimensión supervisión/liderazgo y comunicación del clima de seguridad del paciente en el Hospital Básico San Luis de Otavalo mediante estrategias estructuradas de capacitación, retroalimentación y mejora continua.

#### **4.3. Objetivos Específicos**

- Mejorar la relación entre supervisores y equipos de trabajo.
- Optimizar la comunicación efectiva durante los cambios de turno.

#### **4.4. Estrategias y Actividades**

##### **Estrategia 1: Fortalecimiento del liderazgo y supervisión**

##### **Actividades:**

- Realizar talleres semestrales sobre liderazgo transformacional y cultura no punitiva.
- Implementar reuniones mensuales de retroalimentación entre supervisores y personal
- Establecer un canal institucional anónimo para sugerencias relacionadas con seguridad.
- Capacitar a líderes en manejo de conflictos y comunicación asertiva.

**Responsables:**

Dirección médica, coordinación de enfermería, departamento de talento humano.

**Indicadores:**

- Número de capacitaciones realizadas.
- Porcentaje de participación del personal.
- Incremento en la percepción positiva de la dimensión supervisión en futuras evaluaciones.

**Tiempo de ejecución:**

6 meses (evaluación intermedia al tercer mes).

**Estrategia 2: Mejora de la comunicación en cambios de turno****Actividades:**

- Implementar protocolo estructurado de pase de turno (ej. SBAR).
- Estandarizar formato escrito o digital de transferencia de información.
- Realizar auditorías trimestrales de cumplimiento del protocolo.
- Capacitar al personal en comunicación efectiva y seguridad clínica.

**Responsables:**

Jefes de servicio, coordinación de calidad, comité de seguridad del paciente.

**Indicadores:**

- Cumplimiento del protocolo de pase de turno.
- Disminución de reportes relacionados con pérdida de información.
- Mejora en la dimensión comunicación en futuras mediciones.

**Tiempo de ejecución:**

6 a 12 meses.

## 4.5. Evaluación y Seguimiento

El plan será evaluado mediante:

- Reaplicación del cuestionario AHRQ a los 12 meses.
- Análisis comparativo de resultados.
- Revisión de indicadores de notificación de eventos.
- Informe técnico presentado a la dirección hospitalaria.

## 4.6. OBJETIVOS

### 4.6.1. Objetivo general:

- Proponer un plan para mejorar la relación supervisor jefe y la comunicación con los equipos de trabajo en el Hospital San Luis de Otavalo, 2023.

### 4.6.2. Objetivos específicos:

- Proporcionar una buena relación entre los supervisores y líderes del servicio.
- Fomentar la comunicación, entre los supervisores, líderes y equipos de trabajo.

**Tabla 1 Matriz de Programación Ciclo de Mejora 1**

<b>OBJETIVO</b>	<b>POTENCIAL DE MEJORA</b>
<b>Proporcionar una buena relación entre los supervisores y líderes del servicio.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Capacitaciones a los líderes y supervisores para mantener una buena relación con todo el equipo de trabajo.</li><li>2. Evaluaciones de la capacidad y eficacia de los líderes para dirigir el servicio.</li><li>3. Taller de desarrollo de habilidades de supervisión para el manejo de conflictos que fortalecerá las relaciones laborales, productividad y motivación personal.</li><li>4. Realizar reuniones mensuales con el personal de salud del hospital para mejorar las relaciones interpersonales</li></ol>

**Tabla 1 Matriz de Programación Ciclo de Mejora 2**

<b>OBJETIVO</b>	<b>POTENCIAL DE MEJORA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TIEMPO</b>
Fortalecer la comunicación efectiva entre supervisores, líderes y equipos de trabajo para mejorar la dimensión comunicación del clima de seguridad del paciente.	Bajo nivel de percepción positiva en la dimensión comunicación (42,3%), especialmente en la transferencia de información durante cambios de turno.	Implementar protocolo estructurado de pase de turno (SBAR). - Realizar capacitaciones trimestrales en comunicación efectiva y seguridad clínica. - Establecer reuniones mensuales de retroalimentación. - Estandarizar formatos de reporte y transferencia de información.	Dirección médica Coordinación de enfermería Comité de calidad	- Porcentaje de cumplimiento del protocolo de pase de turno. - Número de capacitaciones realizadas. - Mejora en la percepción positiva en futura medición AHRQ.	6 meses

## CONCLUSIONES

- Se concluye que la población del Hospital Básico San Luis de Otavalo estuvo conformada por 81 profesionales de salud, con edades de 22 a 32 años con un alto porcentaje de mujeres, todos con nivel de instrucción superior, solteros y provenientes en su mayoría de áreas urbanas.
- Se determinó el clima de seguridad del paciente en los cuatro factores evaluados: trabajo en equipo (63,7%), relación con la supervisión/jefatura (46,0%), comunicación (42,3%) y frecuencia de sucesos notificados (67,9%). No se identificó una relación significativa entre la percepción de que los directivos consideran las sugerencias del personal y la frecuencia de reporte de errores, ni entre la percepción del trabajo en equipo y la cantidad de incidentes reportados. Sin embargo, se evidenció que la percepción general sobre la seguridad del paciente se encuentra significativamente asociada con la pérdida de información durante los cambios de turno, lo que resalta la necesidad de fortalecer los procesos de comunicación en estos momentos críticos.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a las autoridades de la institución implementar estrategias de mejoramiento del clima de seguridad del paciente, mediante programas de capacitación continua y el fortalecimiento de protocolos estandarizados en los cambios de turno, con el fin de optimizar la comunicación y reducir la pérdida de información que pueda comprometer la seguridad del paciente.
- Se recomienda al personal de salud y supervisores de área fortalecer la relación supervisor–equipo de trabajo, promoviendo una comunicación abierta, apoyo organizacional y una cultura activa de notificación de eventos adversos, a fin de prevenir situaciones que puedan afectar la seguridad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad [Internet]. Rev. Med Clin Las Condes. 2017 [citado 2024 Aug 9];28(2):146-52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S071686401730126>
2. Silva AEB de C, Giménez FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernárdez CA. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias [Internet]. Rev. Latinoam Enfermagem. 2020 [citado 2024 Aug 9];28. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zk4HFHkPD8nfRhsHytjqFVk/?format=pdf&lang=es>
3. Percepción de enfermeros brasileños acerca de la seguridad del paciente [Internet]. Rev. Cub Enferm. 2018 [citado 2024 Aug 9];34(1). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561/399>
4. Arias-Botero JH, Segura-Cardona ÁM, Acosta Rodríguez F, Saldarriaga CA, Gómez-Arias RD. Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato [Internet]. Rev. Fac Med. 2020 [citado 2024 Aug 9];68(2):227-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472020000200071&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000200071&lng=en)
5. Batista J, Rambo Grimm Toledo SA, dos Santos A, Chileider Klasa M das G, Vasconcelos Fracasso N, Terezinha Heimbecher C. Clima de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos en un hospital privado [Internet]. Rev Cub Med Intensiva. 2022 [citado 2024 Aug 9];40(3):196-204. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192022000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300007)
6. Amorim Ribeiro IC, da Silva Cunha KC. Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico [Internet]. Rev Esp Salud Publica. 2018 [citado 2024 Aug 9];92. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000400316](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400316)

7. Jaime NN, Gonzalez-Argote J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense [Internet]. Rev Cienc Med Pinar del Río. 2021 [citado 2024 Aug 9];25(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942021000500014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500014)
8. Silva AEB de C, Giménez FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernárdez CA. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias [Internet]. Rev Latinoam Enfermagem. 2020 [citado 2024 Aug 9];28. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zk4HFHkPD8nfRhsHytjqFVk/?format=pdf&lang=es>
9. Fayos Jordán JL, Morro Mora S, Rivas Juezas C, Lluna Pérez L, Martínez Pineda AB, García MÁ. Evaluación del clima de seguridad en varios servicios con labor asistencial de un hospital valenciano de segundo nivel [Internet]. Pesquisa. 2023 [citado 2024 Aug 9]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-217417>
10. Arias-Botero JH, Segura-Cardona AM, Acosta Rodríguez F, Saldarriaga CA, Gómez-Arias RD. Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato [Internet]. Rev Fac Med. 2020 [citado 2024 Aug 9];68(2):227-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472020000200071&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000200071&lng=en)
11. Silva AEB de C, Cavalcante RGF, Lima JC de, Sousa MRG de, Sousa TP, Nunes R de LS. Avaliação do clima de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar: um estudo transversal [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2019 [citado 2024 Aug 9];53. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n6jyGK9xc7GcR688fBbxMhw/?lang=pt>
12. Fonseca Mesa DA, Serpa Pérez PC, Arias Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. Rev Salud UIS. 2021;53(1):35-44. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7880952>
13. Torrelles C, Coiduras J, Isus S, Carrera FX, París G, Cela JM. Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. Profesorado. Rev Currículum Form Prof. 2011;15(3):329-44. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56722230020>

14. (N.d.). Edu.Pe. Retrieved December 4, 2025, from [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16455/2/IV\\_FCS\\_504\\_TE\\_Paitan\\_Santivanez\\_Izquierdo\\_2024.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16455/2/IV_FCS_504_TE_Paitan_Santivanez_Izquierdo_2024.pdf)
15. *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. (n.d.). Wma.net. Retrieved December 4, 2025, from <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. (N.d.-b). Gob.Ec. Retrieved December 4, 2025, from [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/20\\_HSLO\\_PPT-RC-2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/20_HSLO_PPT-RC-2018.pdf)
17. De, D. L. O. R. O. 449. (n.d.). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008*. Oas.org. Retrieved December 4, 2025, from [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
18. Retrieved December 4, 2025, from <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/6563/1/UIDE-Q-TMGS-2023-10.pdf>
19. Edu.Ec. Retrieved December 4, 2025, from <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/6563/1/UIDE-Q-TMGS-2023-10.pdf>
20. Edu.Pe. Retrieved December 4, 2025, from [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16455/2/IV\\_FCS\\_504\\_TE\\_Paitan\\_Santivanez\\_Izquierdo\\_2024.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16455/2/IV_FCS_504_TE_Paitan_Santivanez_Izquierdo_2024.pdf)
21. Aulet, I. E. A., & fort, d. Z. (n.d.). Universidad de la república facultad de enfermería centro de posgrado maestría en gestión en servicios de salud cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del interaccionismo simbólico en un hospital universitario. Org.uy. Retrieved december 4, 2025, from <https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2017/FE-0032TM.pdf>
22. Gob.Ec. Retrieved December 4, 2025, from <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
23. Tello García, M., Pérez Briones, N. G., Torres Fuentes, B., Nuncio Domínguez, J. L., Pérez Aguirre, D. M., & Covarrubias Solís, I. F. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(2), 111–138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>
24. Lucía, G., Bayer, A., Diaz, N. A., Castillo, F., Ferney, D., Montoya, G., Vargas, Á., & Díaz, N. A. (n.d.). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en las unidades de servicios de salud de segundo y tercer nivel de la subred integrada de servicios de salud

norte de bogotá en el año 2020. Edu.Co. Retrieved December 4, 2025, from <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/4ad92f88-e731-4473-8702-23e89e43ad4a/content>

25. Universidad CES, Arias-Botero, J. H., Gómez-Arias, R. D., & Universidad CES. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *Ces Medicina*, 31(2), 180–191. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>
26. Consejo internacional de enfermeras. Icn.Ch. Retrieved December 4, 2025, from [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)
27. Espinoza, D. A., Medica, D., Gerente, O. C., & Controlada, C. (n.d.). *Prevención de cuasi eventos, eventos adversos y eventos centinela*. Gob.Ec. Retrieved December 4, 2025, from <https://hvcn.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PREVENCI%C3%93N-DE-CUASI-EVENTOS-EVENTOS-ADVERSOS-Y-EVENTOS-CENTINELA.pdf>
28. Mawil.Us. Retrieved December 4, 2025, from <https://mawil.us/wp-content/uploads/2020/11/principios-basicos-de-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-sanitaria.pdf>
29. Arias-Botero, J., Segura-Cardona, Á., Rodríguez, F., Saldarriaga, C., & Gómez-Arias, R. (2020). Clima de seguridad del paciente en quirófanos de hospitales colombianos: diferencias por profesión y tipo de contrato. *Rev. Colomb. Anestesiol*, 48(2), 71-77.
30. Fayos Jordán, J., Morro Mora, S., Rivas Juesas, C., Lluna Pérez, L., Martínez Pineda, A., & García García, M. (2023). Evaluación del clima de seguridad en varios servicios con asistencia laboral de un hospital valenciano de segundo nivel. *Rev. Rol enferm*, 11-20. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/ibc-217417>
31. Fonseca-Mesa, D., Serpa-Pérez, P., & Arias-Botero, J. (2021). Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 53. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21006>
32. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México. [https://www.academia.edu/download/64312353/Investigacion\\_Rutas\\_cualitativa\\_y\\_cuantitativa.pdf](https://www.academia.edu/download/64312353/Investigacion_Rutas_cualitativa_y_cuantitativa.pdf)
33. Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de daños evitables en la atención sanitaria. Organización Mundial de la Salud.

[https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=csZqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=World+Health+Organization.+\(2021\).+Global+patient+safety+action+plan+2021+%E2%80%93+WHO.&ots=xKXX9Yk1st&sig=ENfNWPb6VvxOzA-IF3yc2dt4mXw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=World%20Health](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=csZqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=World+Health+Organization.+(2021).+Global+patient+safety+action+plan+2021+%E2%80%93+WHO.&ots=xKXX9Yk1st&sig=ENfNWPb6VvxOzA-IF3yc2dt4mXw&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health)

34. Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. [https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Ej3wstotgkQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+\(2021\).+Nursing+research:+Generating+and+assessing+evidence+for+nursing+practice+\(11th+ed.\).+Wolters+Kluwer.&ots=wiPwFLcDzk&sig=gBqM8laKm5dr37T4bGxo](https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Ej3wstotgkQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+(2021).+Nursing+research:+Generating+and+assessing+evidence+for+nursing+practice+(11th+ed.).+Wolters+Kluwer.&ots=wiPwFLcDzk&sig=gBqM8laKm5dr37T4bGxo)
35. Rockville, W., Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T., & Gray, L. (2021). *Hospital survey on patient safety culture version 2.0: user's guide*. Rockville: AHRQ Pub.
36. Setia, M. (2020). Serie de metodología, módulo 3: Estudios transversales. *Revista India de Dermatología*, 61(3), 261-264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
37. Silva, A., Cavalcante, R., Lima, J., Sousa, M., Sousa, T., & Nunes, R. (2019). Evaluación del clima de seguridad del paciente en unidades de internación hospitalaria: un estudio transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027203500>
38. Tello-García, M., Pérez-Briones, N., Torres-Fuentes, B., Nuncio-Domínguez, J., Pérez-Aguirre, D. M., & Covarrubias-Solís, I. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(70), 111-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Consentimiento Informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HOSPITALES DE LA ZONA 1 DEL ECUADOR**

**2024**

Consentimiento:

Yo, Nathaly Lizbeth Chuquin Escola, identificado con Cédula de Identidad: 1005100019; y teniendo en

cuenta la siguiente información:

- La evaluación tiene un propósito de investigación para poder evaluar el clima de seguridad del paciente.
- Los datos recogidos son totalmente confidenciales, por lo cual mi información personal no será publicada ni tratada sin mi consentimiento.
- Mis datos serán única y exclusivamente de trato investigativo y estarán en total responsabilidad de la evaluadora.
- Cualquier resultado no implicará ni tendrá repercusión en mi normal desempeño laboral.
- La investigadora me aclarará cualquier duda o dificultad que tenga con respecto a la evaluación.
- La investigadora se compromete a cumplir los artículos respectivos de la ética profesional.

Declaro, estar conforme en participar de la evaluación.

Nombre: Nathaly Chuquin

CI: 1005100019

## Anexo 2: Instrumento de Evaluación



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

## CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES (VERSIÓN 2.0)

- Reciba usted un cordial saludo de quienes conformamos la comunidad universitaria de la UTN, este estudio tiene el objetivo académico de culminar nuestros estudios de tercer nivel, para ello solicitamos de la manera más comedida sea parte del mismo, usted tiene la potestad de ser o no parte de él.
- Sus respuestas y los resultados son de absoluta confidencialidad. Por favor, responder cada una de las preguntas con toda sinceridad y veracidad posible.
- Se le pide completar los campos requeridos para sus datos generales, y posteriormente se le presentará un cuestionario relacionado a la seguridad del paciente. Lea atentamente las consignas y preguntas y responda según sea el caso.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### Edad:

#### Sexo:

- Hombre
- Mujer

#### Nivel de instrucción:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior

#### Residencia:

- Urbana
- Urbana marginal
- Rural

#### Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Unión libre

## DATOS LABORALES

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?  
Marque solo UNA respuesta.

<p style="text-align: center;"><b><u>Enfermería</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Enfermera/o profesional de 4to nivel <input type="checkbox"/> 2. Enfermera/o profesional 3er nivel <input type="checkbox"/> 3. Interno/a de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Técnico o Tecnólogo en enfermería <input type="checkbox"/> 5. Auxiliar de enfermería</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Medico</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 6. Médico especialista/ Tratante <input type="checkbox"/> 7. Médico residente/ General <input type="checkbox"/> 8. Interno/a de medicina</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Otro cargo interdisciplinario</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Nutricionista <input type="checkbox"/> 10. Farmacéutico, Técnico farmacéutico <input type="checkbox"/> 11. Terapeuta Físico Ocupacional o del habla <input type="checkbox"/> 12. Psicólogo <input type="checkbox"/> 13. Terapeuta Respiratorio <input type="checkbox"/> 14. Trabajador social <input type="checkbox"/> 15. Tecnólogo en Rayos x, EKG, Laboratorio <input type="checkbox"/> 16. Obstetra</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Supervisor, director, jefe clínico</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 17. Supervisor, líder de medicina, líder de enfermería, director médico asistencial</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Apoyo</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 18. Personal de alimentación <input type="checkbox"/> 19. Personal de limpieza <input type="checkbox"/> 20. Informática, administración de información de salud, informática clínica <input type="checkbox"/> 21. Seguridad</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Otro</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 22. Otro, por favor, especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; margin-top: 20px;"></div>
---	--

**Su unidad- servicio/ área de trabajo**

- 2. Piense en su "servicio" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su servicio o área de trabajo principal en este hospital?  
Marque solo UNA respuesta.**

<p><b><u>Servicios médicos/quirúrgicos</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Servicio médica/quirúrgica combinada</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Servicio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Anestesiología</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Endoscopia, Colonoscopia</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Pre Operatorio, quirófano, Post Operatorio, Peri Operatorio.</p> <p><b><u>Servicios de cuidado de pacientes</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 6. Emergencias</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Medicina Interna</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Cirugía</p>	<p><b><u>Servicios clínicos</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 9. Laboratorio/ Patología</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Radiología/Imágenes</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Terapia respiratoria</p> <p><b><u>Servicios de apoyo</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> 13. Personal de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Servicios de limpieza</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Servicios de seguridad</p> <p><b><u>Otro</u></b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 5px auto;"></div> <p><input type="checkbox"/> 16. Otro, por favor, especifique:</p>
--	--

**Preguntas Generales**

- 1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

**2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su servicio/área de trabajo actual?**

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

**3. Por lo general, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**

- a. Menos de 30 horas a la semana
- b. De 30 a 40 horas a la semana
- c. Más de 40 horas a la semana

**4. En su cargo, ¿Tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**

- a. SÍ, tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, no tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

## **II.- Cuestionario de Seguridad del Paciente**

A continuación, se le presentan una serie de preguntas en escala Likert, relacionadas a la seguridad del paciente y posibles incidentes. Culminar el cuestionario puede llevarle de 20 a 25 minutos.

La Seguridad del Paciente: Son todas las actividades orientadas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Los Incidentes: Son cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

Por favor marcar con X la casilla correspondiente según sea el caso:

**OJO: Para la Opción NO APLICA / NO SABE, la marcará únicamente cuando sus funciones no tienen ninguna relación con la pregunta, o la ignora completamente.**

<b>SECCIÓN A:            SOBRE MI ÁREA DE TRABAJO</b>  <b>¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted            con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área            de trabajo?</b>		<b>Muy en Desacuerdo</b>	<b>En Desacuerdo</b>	<b>Ni de Acuerdo ni en</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>NO APLICA / NO SABE</b>
<b>1.</b>	En mi área de trabajo, el personal trabaja eficientemente como un verdadero equipo.						
<b>2.</b>	En mi área de trabajo, hay personal suficiente para llevar a cabo todo el trabajo.						
<b>3.</b>	En mi área de trabajo, podemos extender el tiempo de trabajo si es necesario para la mejoría del paciente.						
<b>4.</b>	En mi área de trabajo, se evalúan constantemente los procedimientos por si es necesario mejorarlos.						
<b>5.</b>	En mi área de trabajo dependemos demasiado de personal temporal o rotativo.						
<b>6.</b>	En mi área de trabajo, el personal siente que al cometer errores son usados en su contra.						
<b>7.</b>	En mi área de trabajo, cuando se presenta un incidente, se siente que se reporta más a la persona y no el incidente.						
<b>8.</b>	En mi área de trabajo, el personal se apoya mutuamente para lograr una buena atención.						
<b>9.</b>	En mi área de trabajo, existen problemas debido a comportamientos irrespetuosos en el personal.						
<b>10.</b>	En mi área de trabajo, el personal busca aprender de los errores y no buscar culpables.						
<b>11.</b>	En mi área de trabajo, las cosas se hacen tan rápido que afecta negativamente a la seguridad del paciente.						
<b>12.</b>	En mi área de trabajo, se evalúan los cambios que se hicieron para ver su efectividad en la seguridad del paciente.						
<b>13.</b>	En mi área de trabajo, falta apoyo para el personal que comete errores en el cuidado del paciente.						
<b>14.</b>	En mi área de trabajo, se permite que sucedan incidentes en la atención del paciente reiteradas veces.						

<p align="center"><b>SECCIÓN B: SOBRE SUPERVISIÓN</b></p> <p align="center">¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?</p>		Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	NO APLICA / NO SABE
1.	Los directivos o jefes de servicio, toman en cuenta todas las sugerencias de parte del personal para mejorar la seguridad del paciente.						
2.	Los directivos o jefes de servicio, exigen que trabajemos lo más rápido posible, aunque esto implique no seguir adecuadamente los procedimientos del cuidado del paciente, y a pesar de que esto pueda causar un incidente.						
3.	Los directivos o jefes de servicio, toman medidas de acción para solucionar los problemas que se les han comunicado acerca de la seguridad del paciente.						

<p align="center"><b>SECCIÓN C: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO</b></p> <p align="center">¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?</p>		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	NO APLICA / NO
1.	En mi área de trabajo, siempre nos informan sobre los errores e incidentes que se cometen en esta área de trabajo.						
2.	En mi área de trabajo, al cometer errores o causar un incidente, se conversa acerca de las maneras o procedimientos para evitar que vuelvan a ocurrir.						
3.	En mi área de trabajo, nos informan y mantienen al tanto sobre todos los cambios que se hacen según los eventos que suceden y reportan.						

4.	En mi área de trabajo, el personal tiene la confianza y la seguridad de informar algún evento que pueda afectar negativamente al cuidado del paciente.						
5.	En mi área de trabajo, cuando alguien con mayor autoridad está realizando un mal procedimiento o algo que pueda causar un incidente, el personal de esta área se lo dice.						
6.	En mi área de trabajo, cuando el personal habla sobre las preocupaciones de la seguridad del paciente, las autoridades escuchan atentamente.						
7.	En mi área de trabajo, el personal tiene miedo de preguntar cuando algo parece no estar bien.						

<b>SECCIÓN D: SOBRE LOS REPORTES DE EVENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>  <b>Piense en su unidad/área de trabajo:</b>		Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	NO APLICA/NO SABE
1.	Quando en la atención al paciente se encuentra un error, y este se corrige de inmediato antes de afectar al paciente ¿Con qué frecuencia se reporta el error?						
2.	Quando se cometió un error que afectó a un paciente pudiendo causarle mucho daño, pero por suerte no le afectó ¿Con qué frecuencia se reporta?						
3.	<b>¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente (Incidentes) ha identificado y reportado en estos últimos 12 meses?</b>						
	a. Ninguno	b. 1 a 2	c. 3 a 5	d. 6 a 10	e. de 11 a más		

<b>SECCIÓN E: SOBRE LA CALIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>					
1.	<b>¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU ÁREA DE TRABAJO?</b>				
	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE

<p style="text-align: center;"><b>SECCIÓN F: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO</b></p> <p style="text-align: center;">¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?</p>	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	NO APLICA / NO SABE
<p>1. Las acciones administrativas en este hospital, muestran que la prioridad y lo más importante es la seguridad del paciente.</p>						
<p>2. La administración en este hospital, nos brinda todos los recursos adecuados y necesarios para mejorar la seguridad del paciente.</p>						
<p>3. La administración en este hospital, se interesa en la seguridad del paciente solamente cuando ocurre o sucede algún evento adverso (incidente)</p>						
<p>4. Cuando se transfieren pacientes de una unidad a otra, casi siempre se omite información importante.</p>						
<p>5. En los cambios de turno, frecuentemente se obvia y se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.</p>						
<p>6. En los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información necesaria sobre el cuidado del paciente.</p>						

<b>SU OPINIÓN Y COMENTARIOS</b>
<p><b>Por favor, si tiene alguna opinión o comentario acerca del cómo se hace o podría hacerse el trabajo en su hospital que pueda beneficiar la seguridad del paciente, coméntelo en el siguiente campo:</b></p>

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Anexo 3: Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Medición/escala
<b>Datos Sociodemográficos</b>	Los datos sociodemográficos describen características básicas de una población, tales como edad, género, nivel educativo, ocupación y estado civil, permitiendo comprender el contexto social y económico de los individuos.	Se recogen mediante encuestas o registros, clasificando a los sujetos según variables cuantitativas y cualitativas relevantes para el análisis.	<b>Edad</b>	Edad en años	<b>Escala nominal</b>
			<b>Sexo</b>	Masculino Femenino	
			<b>Nivel de Instrucción</b>	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	
			<b>Residencia</b>	Urbana Urbana marginal Rural	
			<b>Estado civil</b>	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre	

<b>VARIABLES</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medición/escala</b>
<b>Clima de seguridad del paciente</b>	El clima de seguridad del paciente representa la percepción colectiva de los profesionales de salud sobre las prácticas, valores y normas que promueven un entorno seguro para la atención del paciente.	Se mide mediante el Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, en el cual se evaluarán aspectos como el área de trabajo del personal, su tiempo como trabajador, y aspectos organizacionales relacionados a sus funciones.	Área de servicio	Servicios médicos/quirúrgicos Servicios de cuidado de pacientes Servicios clínicos Servicios de apoyo Otros	Escala Nominal
			Tiempo de servicio en el hospital	Tiempo como trabajador en el hospital Tiempo como trabajador en el servicio Horas de trabajo	
			Trabajo en equipo	Trabajo coordinado en el área de trabajo Comunicación en el área de trabajo Apoyo en el área de trabajo Logro de objetivos en el área de trabajo	
			Relación Supervisor y jefe	Comunicación con el área administrative Aceptación de sugerencias Exigencia laboral	
			Comunicación	Comunicación a nivel general Información de eventos Confianza en la comunicación objetiva	
			Frecuencia de Sucesos Notificados	Notificación de eventos de riesgo Reporte de accidentes Cantidad de accidentes	

