



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



MAESTRÍA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD
DEL PACIENTE

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

“Evaluación del cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en el personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda durante el año 2025”

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE
CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTOR:

Alcívar Vélez María Gabriela

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN:

García García Mónica Amparo

QUITO, 2025

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y Apellidos: María Gabriela Alcívar Vélez

Cédula: 1310519663

Lugar y fecha: Quito, 09 de septiembre de 2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida y la fuente de inspiración constante en mi formación como persona y como profesional. Gracias a sus enseñanzas, valores y sacrificios he podido recorrer este camino con firmeza y convicción.

A mis hermanas, quienes son mi mayor fortaleza, mi talón de Aquiles y a la vez mi ejemplo a seguir.

A mis sobrinos, Benjamín, Emmanuel y Amanda, cuyos gestos de cariño, inocencia y palabras llenas de ternura me impulsan día a día a no rendirme.

De manera muy especial, dedico este logro a mi compañero de vida, por estar siempre a mi lado, brindándome paciencia, comprensión y aliento en los momentos más difíciles. Su compañía ha convertido los días complicados en aprendizajes y las dificultades en pasos más ligeros hacia la meta.

Y no puedo cerrar esta dedicatoria sin recordar a mi ángel que, desde el cielo, ilumina mi camino: Gabriela Rodríguez Mendieta. A ti, que sigues presente en cada pensamiento y en cada logro, te dedico con amor este y todos mis triunfos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en primer lugar, a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por darme la fortaleza necesaria en los momentos de cansancio y la claridad para seguir adelante aun cuando las dificultades parecían mayores que mis fuerzas. Gracias, Señor, por darme la oportunidad de descubrir en este camino mi pasión por la Calidad y Seguridad del Paciente. Sé que apenas es el inicio de un largo recorrido, pero estoy segura de que este es el lugar donde quiero crecer y aportar lo mejor de mí.

A mis padres, Líder y Moncerrate, quienes son los pilares fundamentales de mi vida. Gracias por su amor incondicional, por sus consejos, por enseñarme el valor del esfuerzo y por estar siempre presentes tanto en mis momentos más difíciles como en aquellos instantes de alegría que me regala la vida. Este logro también es suyo, porque sin ustedes nada de esto sería posible.

Con un amor infinito, agradezco de manera muy especial a mi amiga Gema Verduga, quien se ha convertido en mi motor en cada etapa de este proceso. Sus consejos, compañía y risas han sido bálsamo en los momentos más duros. En los días de desesperación, cuando sentía que no podía avanzar, ella siempre estuvo ahí para recordarme que los sueños se cumplen y que todo es posible si se lucha con constancia y fe.

Extiendo también mi gratitud a mi tutora, la Dra. Mónica García, por su paciencia, dedicación y compromiso. Gracias por guiarme con sabiduría, por brindarme su tiempo sin importar la hora ni el día, y por confiar en mis capacidades. Su apoyo ha sido esencial para la culminación de este trabajo.

A mi compañero de vida Oswaldo Álava, gracias por caminar a mi lado con paciencia y amor. Tu apoyo constante, tus palabras de aliento y tu fe en mí han sido una fuerza silenciosa pero invaluable para seguir adelante. Gracias por comprender mis ausencias, acompañar mis desvelos y sostenerme en los momentos de duda. Este logro también te pertenece, porque ha sido posible gracias a tu compañía incondicional.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| DERECHOS DE AUTOR | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTOS | iv |
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| CAPÍTULO I. | 9 |
| 1.1 Introducción | 9 |
| 1.2 Problema de Investigación..... | 11 |
| 1.3 Justificación | 12 |
| 1.4 Objetivos..... | 14 |
| 1.4.1 General | 14 |
| 1.4.2 Específicos..... | 14 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 15 |
| 2.1 Seguridad del paciente: Definiciones Clave..... | 15 |
| 2.2 La Enfermería y la Seguridad del Paciente..... | 17 |
| 2.3 Evaluación de las Prácticas Seguras..... | 18 |
| 2.4 Prácticas Seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en Ecuador | 19 |
| 2.5 Marcos Regulatorios | 22 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA | 24 |
| 3.1 Diseño de la investigación | 24 |
| 3.2 Alcance de la investigación..... | 25 |
| 3.3 Métodos | 25 |
| 3.4 Técnica | 25 |
| 3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos | 27 |
| 3.6 Población y Muestra | 28 |
| 3.7 Unidad de análisis..... | 29 |
| 3.8 Criterio de inclusión y exclusión..... | 29 |
| 3.9 Variables de estudio | 30 |
| 3.10 Fases de la investigación..... | 31 |
| 3.10.1 FASE 1 | 31 |
| 3.10.2 FASE 2 | 31 |
| 3.10.3 FASE 3 | 32 |
| 3.11 Consideraciones éticas y aprobaciones..... | 32 |
| 3.11.1 Proceso de anonimización de los datos | 33 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 34 |

| | | |
|--|---|----|
| 4.1 | Desarrollo..... | 34 |
| 4.1.1 | Características Demográficas | 34 |
| 4.1.2 | Tiempo de experiencia | 35 |
| 4.1.3 | Tiempo de trabajo | 35 |
| 4.1.4 | Percepción sobre el cumplimiento de las prácticas seguras en el entorno laboral. | 36 |
| 4.1.5 | Autoevaluación del dominio de las prácticas seguras..... | 38 |
| 4.1.6 | Ficha de Observación | 38 |
| 4.2 | Discusión | 42 |
| 4.3 | Plan de Mejora Continua..... | 45 |
| 4.4 | Limitaciones del Estudio | 49 |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 50 |
| 5.1 | Conclusiones | 50 |
| 5.2 | Recomendaciones | 51 |
| REFERENCIAS | | 53 |
| ANEXOS | | 58 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabla 1. | Prácticas Seguras Seleccionadas para este estudio..... | 26 |
| Tabla 2. | Cuadro de operacionalización de las variables de estudio | 30 |
| Tabla 3. | Género de los encuestados | 34 |
| Tabla 4. | Edad de los Encuestados en rangos..... | 34 |
| Tabla 5. | Recuento tiempo de experiencia | 35 |
| Tabla 6. | Recuento tiempo de trabajo | 35 |
| Tabla 7. | Nivel de Cumplimiento Percibido de las Prácticas Seguras. | 36 |
| Tabla 8. | Tabla Cruzada Práctica segura evaluada vs Percepción de cumplimiento | 36 |
| Tabla 9. | Grado de familiarización con el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del MSP | 37 |
| Tabla 10. | Grado de conocimiento de las prácticas seguras en área de trabajo | 37 |
| Tabla 11. | Auto calificación del grado de conocimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario | 38 |
| Tabla 12. | Nivel de Cumplimiento Observado de las Prácticas Seguras. | 39 |
| Tabla 13. | Tabla cruzada de cumplimiento observado por cada práctica segura | 39 |
| Tabla 14. | Tabla Cruzada: Percepción del Cumplimiento vs. Cumplimiento Observado..... | 40 |
| Tabla 15. | Pruebas estadísticas de asociación entre la percepción y la observación del cumplimiento..... | 41 |
| Tabla 16. | Plan de mejora para el cumplimiento de las prácticas seguras | 46 |

RESUMEN

La seguridad del paciente es un pilar fundamental de la calidad asistencial, requiriendo una adherencia rigurosa a los protocolos establecidos. El objetivo de esta investigación fue evaluar el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería en el área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, durante el año 2025. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La recolección de datos se realizó en dos fases: un diagnóstico situacional mediante una encuesta para medir la percepción del personal, seguido de un análisis del cumplimiento real a través de una ficha de observación directa. Los resultados revelaron una significativa discrepancia entre la percepción y la práctica. Mientras el personal de enfermería percibía un alto nivel de cumplimiento de las prácticas, la observación directa mostró un cumplimiento total en poco más de la mitad de los casos. Se identificaron como áreas críticas la "Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente" y la "Educación en seguridad del paciente", al presentar las mayores tasas de incumplimiento. A partir de estos hallazgos, se diseñó un plan de mejora focalizado en estas áreas débiles. Se concluye que el conocimiento del protocolo no garantiza su aplicación, siendo indispensable la supervisión y la creación de estrategias que cierren la brecha entre la percepción del personal y la ejecución real para fortalecer la cultura de seguridad.

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Nivel de Cumplimiento, Personal de Enfermería, Prácticas Seguras, Hospitalización.

ABSTRACT

Patient safety is a fundamental pillar of quality of care, requiring rigorous adherence to established protocols. The objective of this research was to evaluate the level of compliance with the safe practices of the Patient-User Safety Manual by nursing staff in the hospitalization area of the Dr. Francisco Vásquez Balda Basic Hospital of Pedernales, during the year 2025. A quantitative, descriptive and cross-sectional approach was used. Data collection was carried out in two phases: a situational diagnosis through a survey to measure the perception of the staff, followed by an analysis of actual compliance through a direct observation sheet. The results revealed a significant discrepancy between perception and practice. While the nursing staff perceived a high level of compliance with the practices, direct observation showed total compliance in just over half of the cases. "Notification of events related to patient safety" and "Patient safety education" were identified as critical areas, as they presented the highest rates of non-compliance. Based on these findings, an improvement plan focused on these weak areas was designed. It is concluded that knowledge of the protocol does not guarantee its application, and it is essential to supervise and create strategies that close the gap between the perception of the staff and the actual execution to strengthen the safety culture.

Keywords: Patient Safety, Level of Compliance, Nursing Staff, Safe Practices, Hospitalization

CAPÍTULO I.

1.1 Introducción

La seguridad del paciente surge como un eje prioritario dentro de los sistemas de atención en salud, especialmente a medida que estos se han vuelto más complejos, lo que ha incrementado la probabilidad de que ocurran errores y daños prevenibles en los establecimientos sanitarios [24]. Frente a esta realidad, se vuelve indispensable identificar las áreas vulnerables del sistema y establecer estrategias que sirvan como punto de partida para impulsar acciones correctivas y preventivas, orientadas a la mejora continua.

El propósito fundamental de este enfoque es minimizar la incidencia de eventos adversos (EA), promoviendo una cultura organizacional centrada en la prevención, el aprendizaje institucional y la responsabilidad compartida [25]. Para lograr avances sostenibles en este campo, es fundamental que el personal de salud, en especial el de enfermería, comprenda en profundidad qué son los eventos adversos, cómo identificarlos, cómo notificarlos de manera ética y segura, y qué herramientas tienen a su disposición para registrar y aprender de estos hechos [24, 26]

La Organización Mundial de la Salud [8] ha advertido que la seguridad del paciente constituye un desafío global de salud pública, debido a que los riesgos asociados con la atención clínica han aumentado considerablemente, particularmente en los entornos hospitalarios. En este contexto, se ha identificado que alrededor del 70,00% de las iniciativas de seguridad del paciente en las instituciones sanitarias del país se concentran en prácticas esenciales como la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva entre profesionales, el uso seguro de medicamentos, la

ejecución segura de procedimientos, y la prevención de infecciones asociadas a la atención médica [5].

El entorno hospitalario, por su naturaleza dinámica y de alta complejidad, presenta una probabilidad significativa (hasta el 85,00%) de que ocurran eventos que comprometan la integridad del paciente. Esto exige que las instituciones desarrollen sistemas que no solo detecten errores, sino que también permitan analizarlos y transformarlos en aprendizajes aplicables para evitar su repetición [27].

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención, y además supone un compromiso ético y profesional por parte del personal de salud. En este marco, el rol del personal de enfermería juega un papel muy importante, dado que se encuentra en contacto constante con el paciente y participa activamente en todos los procesos asistenciales. Por tanto, garantizar el cumplimiento de prácticas seguras se convierte en un elemento clave para reducir riesgos y mejorar los resultados clínicos. En este sentido, en el Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, el personal de enfermería constituye un pilar fundamental para la seguridad del paciente, pues su rol no se limita al cuidado directo, sino que también abarca la vigilancia continua que permite identificar riesgos de manera oportuna e implementar medidas preventivas para garantizar una atención segura. Sus funciones principales incluyen la prevención de eventos adversos, la supervisión del cumplimiento de protocolos de seguridad, la educación al usuario y su familia, así como la notificación de situaciones relacionadas con la seguridad del paciente, lo que refuerza su papel clave en la mejora de la calidad asistencial.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el grado de cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del

Paciente-Usuario del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por parte del personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales “Dr. Francisco Vásquez Balda” durante el año 2025, contribuyendo así al fortalecimiento de la cultura de seguridad en la atención hospitalaria.

1.2 Problema de Investigación

La seguridad del paciente es una prioridad global desde la publicación del informe "Errar es humano" del Instituto de Medicina de los EE.UU [1], que reveló que 100.000 muertes anuales son atribuibles a errores evitables en la atención médica, destacando la urgencia de implementar medidas para mitigar estos riesgos.

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS para el año 2009 fue pionero al evidenciar que en cinco países de la región, 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufrió algún daño durante su atención, lo que destacó la urgencia de fortalecer las prácticas de seguridad en los sistemas de salud [2]. En respuesta, países como Colombia y Argentina han implementado guías técnicas que incluyen buenas prácticas de atención [4] y líneas de acción para entornos asistenciales más seguros [3]

En 2016, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), emitió el Manual de Seguridad del Paciente - Usuario, en el cual se establecen 17 prácticas seguras esenciales diseñadas para prevenir errores y garantizar servicios de salud de calidad. Estas prácticas deben ser implementadas y monitoreadas en todos los establecimientos de salud del país.

El estudio de Gómez Mejía (2021) en un hospital de Ecuador reveló que el 76,00% de los funcionarios conocían las 17 prácticas de seguridad del paciente establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente – Usuario y que el cumplimiento de las mismas no se evaluaba completamente provocando el aumento de eventos adversos [6].

En el Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, se registraron un total de 57 eventos relacionados a la seguridad del paciente en lo que va del año 2025, sin embargo, dado que no se han realizado evaluaciones previas sobre el cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente–Usuario del MSP entre el personal de enfermería del área de hospitalización, se desconoce el grado de cumplimiento de estas prácticas.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en el personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda durante el año 2025?

1.3 Justificación

El principio de *Primum Non Nocere* (“primero, no hacer daño”) es un pilar fundamental en la atención en salud, estableciendo la responsabilidad de los profesionales de prevenir cualquier daño a los pacientes. Sin embargo, la complejidad del entorno hospitalario introduce múltiples factores que pueden comprometer la seguridad del paciente, desde fallas en la adherencia a protocolos hasta problemas en la infraestructura y gestión del cuidado [7]. La seguridad del paciente, tal como la define la OMS, se refiere a la eliminación de los daños evitables y a la minimización de los riesgos asociados con los daños innecesarios durante la prestación de servicios de salud [8], y el personal de enfermería desempeña un papel fundamental a la hora de ejecutar dichas medidas preventivas y proteger a los pacientes [9].

A nivel global, la OMS señala que 1 de cada 10 pacientes sufre un evento adverso durante la atención médica, lo que provoca más de 3 millones de muertes evitables al año [8]. En países de ingresos medianos y bajos, esta cifra se eleva a 4 de cada

100 personas fallecidas por causas prevenibles dentro del sistema de salud, de las cuales más del 50,00% de los daños podrían haberse evitado mediante la implementación y cumplimiento de prácticas seguras [10].

Dada esta problemática, la presente investigación resulta importante porque busca evaluar el cumplimiento de las prácticas seguras en el personal de enfermería del área de hospitalización en el Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, una institución con un año de funcionamiento. Esto permitirá identificar deficiencias y proponer estrategias orientadas a reducir eventos adversos y mejorar la calidad de atención. Entre dichas estrategias se incluyen capacitaciones y procesos de sensibilización dirigidos al personal de enfermería, con el fin de fortalecer sus competencias en seguridad del paciente y, en consecuencia, garantizar una atención más segura y con menos errores. La atención hospitalaria insegura afecta la salud y calidad de vida de la población, y en Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario, estableciendo 17 prácticas seguras para reducir riesgos y mejorar la atención [5], pero su implementación aún enfrenta desafíos, especialmente en hospitales de reciente creación como el Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda donde la evaluación de su cumplimiento es clave para garantizar un servicio de calidad a la comunidad.

Este estudio identificará las deficiencias en el cumplimiento de las prácticas seguras y facilitará medidas correctivas para mejorar el desempeño del personal de enfermería. Además, aportará evidencia útil para estudios comparativos y, con su enfoque cuantitativo, garantizará resultados objetivos y replicables, fortaleciendo la mejora continua en la calidad de atención. Su aporte al conocimiento radica en que ofrece información concreta sobre la aplicación de las normas de seguridad del

paciente en un contexto hospitalario específico, lo cual no solo enriquece la literatura existente, sino que también puede servir como referencia para futuras investigaciones y como base para diseñar programas de capacitación y sensibilización en otras instituciones de salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Evaluar el cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en el personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda durante el año 2025, para identificar áreas de mejora.

1.4.2 Específicos

1. Realizar un diagnóstico situacional alrededor de la Seguridad del Paciente-Usuario del personal de enfermería en el área de hospitalización.
2. Analizar el cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería del área de hospitalización.
3. Diseñar un plan de mejora para incrementar el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del personal de enfermería del área de hospitalización.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Seguridad del paciente: Definiciones Clave

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como “la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos” [8]. Esta definición subraya la importancia de prevenir errores y eventos adversos, así como de reducir el riesgo inherente a cualquier intervención médica. Es importante destacar que esta definición implica un compromiso constante con la mejora continua y la creación de una cultura de seguridad en todos los niveles del sistema de salud.

La salud, según la OMS, se concibe como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad” [13]. En consonancia, la seguridad del paciente no se limita a evitar riesgos, sino que se sitúa en un espectro continuo donde el objetivo es inclinar la balanza hacia la seguridad, mediante estrategias institucionales, profesionales, políticas y sociales. Esto implica la creación de contextos de atención con un nivel mínimo de riesgo, donde las competencias y el ejercicio profesional se desarrollen de forma segura, incorporando la seguridad del paciente como un eje central dentro de las prioridades de las instituciones que participan, ya sea de manera directa o indirecta, en la prestación de servicios de salud [13]. Este enfoque holístico reconoce que la seguridad del paciente constituye un pilar fundamental del bienestar general y que requiere una atención coordinada y multidisciplinaria.

La atención en el área de hospitalización no está exenta de riesgos y representa un ámbito de atención cada vez más relevante en los sistemas de salud modernos. Datos recientes sugieren que, en promedio, cuatro de cada diez atenciones ambulatorias

experimentan algún problema relacionado con la seguridad del paciente. Esto conlleva a que una atención ambulatoria termine en una hospitalización, lo que indica la gravedad de estos eventos. Lo preocupante es que muchos de estos eventos adversos son prevenibles (al menos la mitad), y un tercio de ellos tienen un impacto negativo en la salud de los pacientes [13]. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un enfoque proactivo para identificar y mitigar los riesgos en la atención de salud así como de implementar estrategias de prevención efectivas.

Existe acuerdo en que garantizar la seguridad del paciente representa un reto complejo dentro de los sistemas sanitarios, lo cual demanda una búsqueda constante de nuevos saberes y de estrategias de mejora. La relevancia de este aspecto se fundamenta en que la atención en salud constituye la forma en que una sociedad organiza su respuesta ante las necesidades sanitarias colectivas, en consecuencia, la seguridad del paciente se concibe como una condición esencial e inevitable del sistema, así como uno de sus principales compromisos. Esta premisa se asocia con la idea de que los sistemas de salud son construcciones humanas que se desarrollan dentro de entornos culturales y ambientales específicos, lo que los hace susceptibles a cambios, influencias externas y a las conductas individuales y sociales [13].

La calidad en la atención se entiende como el nivel de correspondencia que existe entre lo que espera el usuario y los resultados que recibe frente a una necesidad específica. En el campo de la salud, este concepto cobra mayor relevancia, ya que se relaciona con la posibilidad de alcanzar los resultados que el paciente anhela, al mismo tiempo que se reducen los riesgos que pueden afectar su bienestar [14]. La seguridad del paciente es, por lo tanto, un componente esencial de la atención de calidad, ya que se centra en minimizar los riesgos y maximizar los beneficios para el paciente. La calidad de la atención abarca dos aspectos fundamentales: el técnico y

el interpersonal. El primero se relaciona con el uso adecuado de la ciencia y la tecnología para generar el mayor beneficio posible en la salud de las personas, evitando al mismo tiempo un incremento en los riesgos. En este sentido, el nivel de calidad se entiende como la capacidad del servicio brindado para lograr el mejor balance entre los beneficios obtenidos y los riesgos asumidos [16].

La dimensión interpersonal implica la incorporación de principios y reglas socialmente aceptadas que orientan la forma en que las personas interactúan, tanto en contextos generales como en situaciones específicas. Estos lineamientos se reflejan en los códigos éticos de quienes ejercen profesiones vinculadas a la salud y en las expectativas o deseos de los propios pacientes. La calidad en este ámbito se valora según el nivel de coherencia con dichos principios, normas y aspiraciones, de modo que la valoración de beneficios y riesgos (independientemente de su tipo) debe ser asumida y compartida no solo por el profesional de la salud, también por el paciente involucrado [16].

2.2 La Enfermería y la Seguridad del Paciente

A lo largo del tiempo, la enfermería ha recibido de la sociedad la responsabilidad fundamental del cuidado, lo que la sitúa actualmente como una profesión clave para promover el bienestar y garantizar la seguridad de las personas. Este rol convierte al cuidado en un recurso indispensable dentro del sistema de salud. Además, la labor de enfermería se sostiene en valores socialmente reconocidos como la confianza, la protección, la esperanza y la solidaridad. Precisamente estas cualidades son las que la relacionan estrechamente con la idea de seguridad dirigida tanto a los pacientes como a sus familias y a la comunidad en general [15]. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la identificación y prevención de riesgos, así como en la promoción de una cultura de seguridad en la atención ambulatoria. Su cercanía con

los pacientes y su conocimiento del entorno clínico las convierten en un recurso invaluable para garantizar la seguridad del paciente.

Algunos estudios han evidenciado que una atención de enfermería adecuada es esencial para mejorar la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud [23]. En este la seguridad del paciente depende en gran medida de que el personal de enfermería esté bien informado y capacitado, ya que su capacidad para detectar riesgos, implementar intervenciones preventivas y reaccionar de manera oportuna ante posibles complicaciones es clave para evitar eventos adversos.

2.3 Evaluación de las Prácticas Seguras

Las prácticas seguras son procedimientos o estructuras en el marco de la seguridad del paciente diseñadas para disminuir la probabilidad de incidentes adversos en la atención sanitaria. Se fundamentan en la evidencia científica más sólida disponible y buscan anticipar, disminuir o eliminar los riesgos asociados a la práctica clínica [17]. Evaluar la seguridad del paciente permite analizar el grado de compromiso de los profesionales y las organizaciones en la búsqueda continua de un cuidado seguro, garantizando así una mejora constante en la gestión del riesgo sanitario [18].

En este contexto, la evaluación de las prácticas seguras permite no solo analizar la efectividad de las medidas implementadas, sino también detectar posibles riesgos emergentes, comparar los niveles de seguridad entre distintas instituciones de salud y verificar si se han logrado mejoras en la seguridad del paciente a lo largo del tiempo [19]. En particular, cuando estas prácticas están establecidas en un manual de seguridad del paciente-usuario, su evaluación se convierte en un mecanismo clave para determinar el grado de cumplimiento de las directrices, identificar brechas en su

aplicación y promover estrategias de mejora continua en la gestión del riesgo sanitario.

Investigaciones recientes han demostrado que evaluar los protocolos de seguridad del paciente está directamente relacionada con una disminución en la ocurrencia de eventos adversos en unidades hospitalarias [19,20,21,22]. En este sentido, evaluar periódicamente el grado de adherencia del personal de enfermería a las medidas establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario resulta esencial para garantizar una atención segura y de calidad.

2.4 Prácticas Seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en Ecuador

Como bien señala el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la seguridad del paciente es un componente indispensable de la calidad en la atención sanitaria, que busca prevenir y mitigar los daños innecesarios asociados a la asistencia, y para materializar este objetivo ha establecido una serie de intervenciones basadas en la evidencia, conocidas como prácticas seguras. Estas no son acciones aisladas, sino parte de un enfoque sistémico y organizacional que busca robustecer las barreras de defensa del sistema de salud en el Ecuador y se clasifican en tres categorías según su naturaleza y ámbito de aplicación: prácticas administrativas, prácticas asistenciales y prácticas que combinan ambas dimensiones [5].

Una de las prácticas administrativas fundamentales es la **identificación correcta del paciente**. Este procedimiento busca eliminar cualquier posibilidad de error o equivocación, asegurando que cada intervención se realice en la persona correcta, en el momento oportuno y de la manera adecuada [8]. La Organización Mundial de la

Salud advierte que una identificación incorrecta puede tener consecuencias catastróficas, como la realización de una cirugía en el sitio equivocado. De hecho, un informe de la *Joint Commission* reveló que entre 2014 y 2017, el 12,30% de los eventos adversos graves reportados estaban directamente relacionados con fallos en la identificación del paciente [41].

Dentro de las prácticas puramente asistenciales, un grupo significativo se enfoca en el **uso seguro de medicamentos**. Esto incluye el **control de abreviaturas peligrosas**, ya que el uso de terminología no estandarizada, especialmente en notas manuscritas, es una fuente reconocida de errores de interpretación. Asimismo, se pone especial énfasis en el **manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo** [5]. Según Otero estos fármacos son aquellos que, en caso de error en su utilización, tienen una altísima probabilidad de causar daños graves o incluso la muerte [42]. El **control de electrolitos concentrados** es una subcategoría crítica, la OMS considera preparaciones como el cloruro de potasio y el sodio hipertónico como de alto riesgo, lo que exige una planificación rigurosa en todo su ciclo de vida: desde la adquisición y el almacenamiento hasta su administración final [8]

La **conciliación de medicamentos** es otro proceso asistencial clave, definido como la comparación formal entre la medicación habitual del paciente y la prescrita durante las transiciones asistenciales (ingreso, traslado o alta), con el fin de reducir errores y garantizar la continuidad del tratamiento [43]. La **administración correcta de medicamentos** es la barrera final, donde el personal de enfermería desempeña una responsabilidad única al verificar que el fármaco prescrito sea el que se va a administrar, prestando especial atención a nombres genéricos o marcas con similitudes fonéticas o de escritura [44].

Otras prácticas asistenciales cruciales incluyen la **profilaxis de tromboembolismo venoso (TEV)**. El TEV es una complicación grave y potencialmente mortal que puede surgir durante la hospitalización, por lo que la identificación de pacientes en riesgo y la aplicación de medidas preventivas es fundamental [45]. Igualmente, importante es la **prevención de úlceras por presión (UPP)**, ya que estas lesiones no solo impactan negativamente la calidad de vida y la autonomía del paciente, sino que también pueden ser fuente de dolor y complicaciones severas [5].

Finalmente, existen prácticas que integran componentes administrativos y asistenciales. La **notificación de eventos adversos** es la piedra angular de una cultura de seguridad proactiva, entendiendo los errores no como fallos a ocultar, sino como valiosas oportunidades de aprendizaje para fortalecer el sistema. La **transferencia correcta de información** en los puntos de transición (como cambios de turno o traslados entre servicios) es vital para asegurar la continuidad del cuidado y evitar omisiones peligrosas [5]. La **higiene o lavado de manos**, se reconoce como la acción más sencilla y efectiva para evitar infecciones vinculadas con la atención en salud, pues corta la principal ruta de transmisión de agentes patógenos. [46]. La **prevención de caídas** también es prioritaria, dado que, según la OMS, las caídas son el evento adverso más frecuente en los hospitales, a menudo resultando en traumatismos que complican la recuperación y aumentan los costos [8]. Por último, la **educación en seguridad del paciente** se posiciona como un paso estratégico que capacita a los pacientes y a sus familias para que se conviertan en participantes activos de su propio cuidado, añadiendo una capa de seguridad esencial al proceso asistencial [5]. La complejidad de las causas del daño al paciente subraya la importancia de intervenciones a nivel sistémico, que incluyen la formación del

personal, estándares claros y estrategias que involucren activamente a los pacientes en su propio cuidado [47].

2.5 Marcos Regulatorios

En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha establecido el "Manual de Seguridad del Paciente-Usuario" como un documento de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud del país [5]. El propósito de este manual es unificar criterios, protocolos y recursos técnicos orientados a asegurar la protección del paciente en todos los centros que conforman el sistema nacional de salud, sin importar su tipo, nivel asistencial, grado de complejidad o servicios que ofrezcan. Su aplicación resulta fundamental para reducir los riesgos vinculados con la atención sanitaria, lo que implica un compromiso permanente tanto de los profesionales como de las instituciones de salud para asegurar su adecuada ejecución y efectividad.

En este contexto, el MSP considera prácticas seguras a los procedimientos o estructuras que, al implementarse, disminuyen la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos en la atención sanitaria, apoyándose en la evidencia científica más confiable y buscando anticipar, reducir o eliminar los riesgos vinculados con la práctica clínica [5]. Estas prácticas seguras, aplicables tanto a pacientes con patologías como a aquellos sin ellas, se clasifican en administrativas, asistenciales y prácticas que combinan ambos aspectos.

Las prácticas administrativas seguras incluyen acciones como la correcta identificación del paciente y la realización de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos. Por su parte, las prácticas asistenciales seguras abarcan el control de abreviaturas de riesgo, la correcta gestión de medicamentos de alto riesgo, la

supervisión de electrolitos concentrados, la conciliación y administración adecuada de fármacos, la administración de antibióticos profilácticos en cirugías, la prevención del tromboembolismo venoso y la protección frente a úlceras por presión. Finalmente, las prácticas combinadas administrativas y asistenciales comprenden la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, la implementación de procedimientos quirúrgicos seguros, la transferencia precisa de información durante los cambios de turno o traslado de pacientes, el manejo correcto de bombas de infusión, la higiene de manos, la prevención de caídas y la educación en seguridad para pacientes y profesionales [5]. La implementación efectiva de todas estas prácticas es crucial para garantizar una atención ambulatoria segura y de calidad.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este capítulo se describen los aspectos metodológicos que guiaron el desarrollo de la investigación, incluyendo el enfoque, alcance y diseño adoptados, así como los métodos, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección y análisis de los datos. Además, se presenta la población y muestra del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, las variables consideradas y las fases de ejecución, con el propósito de garantizar un procedimiento sistemático, replicable y objetivo que permita responder al problema planteado.

3.1 Diseño de la investigación

Este estudio adoptó un **enfoque cuantitativo**, dado que busca determinar, a través de datos numéricos, el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda. Este enfoque permite aplicar técnicas estadísticas, computacionales y matemáticas para analizar relaciones medibles, generando indicadores objetivos que cuantifican actitudes, opiniones y comportamientos. Se caracteriza por un diseño cuidadosamente estructurado, que facilita la replicación, minimiza el sesgo y posibilita el análisis objetivo de los resultados [28].

El diseño de investigación es **no experimental de corte transversal**, ya que se describen las variables en un momento y lugar específicos, sin manipulación deliberada de las mismas [29]. Los datos fueron recolectados en una única ocasión durante el año 2025, en el área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, ubicado en la ciudad de Pedernales.

3.2 Alcance de la investigación

El alcance del estudio fue **descriptivo**, ya que especificó las propiedades, características y perfiles del personal de enfermería en relación con el cumplimiento de las prácticas seguras. Este tipo de estudios se orienta a medir o recolectar información de manera independiente o conjunta sobre conceptos o variables, sin el objetivo de establecer relaciones causales entre ellas, sino de reflejar de manera clara y precisa la situación observada [29].

3.3 Métodos

La investigación siguió el **método deductivo**, partiendo de los principios y lineamientos generales establecidos en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del Ministerio de Salud Pública, para analizar su aplicación en el contexto específico del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda. Este enfoque parte de conocimientos universales o normativos y los particulariza, buscando no solo describir la realidad, sino también comprender el porqué, el qué y el cómo de los hechos observados, con el fin de explicar posibles escenarios futuros [30].

3.4 Técnica

Se empleará como técnica principal la **lista de verificación** para la recopilación inicial de datos. Esta herramienta permite seguir un procedimiento paso a paso, controlar el cumplimiento de requisitos, recolectar datos de forma sistemática y contribuir a la eficiencia, comunicación y seguridad del paciente, ya que disminuye la variabilidad y estandariza la atención [11]. La lista de verificación utilizada en este estudio estará organizada en tres categorías: "Cumple", "Cumple parcialmente" y "No cumple". Además, incluirá una lista de ítems que representarán las prácticas seguras seleccionadas en función de las necesidades específicas del Hospital Básico de

Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, garantizando su pertinencia al contexto del establecimiento las cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Prácticas Seguras Seleccionadas para este estudio

| N.º | Práctica Segura del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario |
|------|--|
| PS1 | Identificación correcta del paciente |
| PS2 | Control de abreviaturas peligrosas |
| PS3 | Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo |
| PS4 | Control de electrolitos concentrados |
| PS5 | Conciliación de medicamentos |
| PS6 | Administración correcta de medicamentos |
| PS7 | Profilaxis de tromboembolismos venosos |
| PS8 | Prevención de úlceras por presión |
| PS9 | Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente |
| PS10 | Transferencia correcta de información en puntos de transición |
| PS11 | Higiene de manos |
| PS12 | Prevención de caídas |
| PS13 | Educación en seguridad del paciente |

Fuente: Manual de Seguridad del Paciente-Usuario MSP 2016

Cabe resaltar que el manual de seguridad del paciente-usuario presenta en total 17 prácticas seguras, sin embargo, las 4 prácticas siguientes no serán aplicadas en este estudio por:

1. **Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos:** Debido a que el hospital es de reciente apertura (con solo un año de funcionamiento), los equipos biomédicos son nuevos y aún no han requerido un programa de mantenimiento preventivo.
2. **Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos:** El hospital no realiza procedimientos quirúrgicos.
3. **Prácticas quirúrgicas seguras:** Al no realizarse procedimientos quirúrgicos en el hospital, esta práctica no forma parte de las áreas evaluadas en este estudio.
4. **Manejo correcto de las bombas de infusión:** El Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda no dispone de bombas de infusión.

Adicionalmente, se aplicará el instrumento de recolección de datos "**Encuesta**" dirigido al personal de enfermería del área de hospitalización. Este instrumento

permitirá diagnosticar la situación actual respecto al nivel de cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario. Así mismo, se recopiló información demográfica, como edad y género (sin asociarse al cumplimiento por razones éticas), y datos relacionados con la experiencia laboral, lo que facilitó identificar posibles correlaciones. En este sentido, las variables que incluyó la encuesta son:

- Datos Generales: Edad, género y experiencia laboral en el área de hospitalización
- Percepción sobre el cumplimiento de las prácticas seguras en su entorno laboral
- Conocimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario

Los datos fueron procesados mediante el **software estadístico SPSS** y expresados en valores absolutos y porcentajes.

3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Para garantizar la rigurosidad de los resultados, se llevó a cabo un proceso de validación y confiabilidad de los instrumentos aplicados en la investigación.

La **ficha de observación** se construyó a partir de las 13 prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016). Dado que estas prácticas constituyen normas oficiales y previamente validadas por la autoridad sanitaria nacional, no fue necesario someterlas a un proceso adicional de juicio de expertos. No obstante, se aplicó una prueba piloto con 5 enfermeros del mismo hospital en el área de hospitalización, lo

cual permitió verificar la comprensión de los ítems, la factibilidad de su aplicación y la pertinencia de las categorías de respuesta (cumple, cumple parcialmente, no cumple).

En cuanto a la **encuesta**, esta incluyó:

1. **Variables sociodemográficas y de caracterización** (género, edad, tiempo de trabajo, experiencia, conocimiento del manual de seguridad del paciente-usuario, familiarización con las prácticas). Estas corresponden a preguntas cerradas e independientes, utilizadas únicamente para describir la muestra, por lo cual no requieren validación de confiabilidad, al no conformar una escala [49, 50].
2. **Bloque de 13 ítems relacionados con la percepción del cumplimiento de las prácticas seguras**, redactados en correspondencia con las prácticas del manual de seguridad del paciente-usuario del MSP. Este bloque sí constituye una escala y, por tanto, fue sometido a prueba de consistencia interna.

Para evaluar la confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,808 para los 13 ítems. Este resultado indica una alta consistencia interna, ya que supera el umbral de 0,70 recomendado en estudios sociales y de salud [48], confirmando la adecuación del instrumento para medir la percepción del personal de enfermería sobre el cumplimiento de las prácticas seguras.

3.6 Población y Muestra

El estudio se llevó a cabo exclusivamente en el Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, específicamente en el área de hospitalización. La población de estudio estuvo conformada por 31 enfermeros y enfermeras que laboran en dicha área, según los registros proporcionados por la Unidad de Talento Humano del Hospital. Debido al tamaño reducido de la población (31), se trabajó con la totalidad del universo eliminando la necesidad de realizar un cálculo muestral.

3.7 Unidad de análisis

En este estudio, la unidad de análisis fue cada profesional de enfermería (n=31), sobre quienes se recogió información tanto mediante la ficha de observación como a través de la encuesta de autopercepción. Cada participante respondió o fue evaluado en relación con las 13 prácticas seguras, lo que significa que las respuestas se agrupan dentro de cada enfermero. Por ello, los resultados se presentan con un carácter exploratorio y descriptivo, reconociendo que se analizan datos de un mismo grupo en diferentes dimensiones.

El total de registros analizados fue de 403, resultado de multiplicar los 31 enfermeros participantes por las 13 prácticas seguras evaluadas ($31 \times 13 = 403$). Este desglose permite comprender que el número total de observaciones no corresponde a individuos distintos, sino a la sumatoria de prácticas verificadas en cada profesional de enfermería.

3.8 Criterio de inclusión y exclusión

Inclusión.

- Ser parte del personal de enfermería que labora en el área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda.
- Contar con la aceptación de los participantes por medio de la firma de un consentimiento informado.

Exclusión.

- Ser parte del personal médico u otro personal de salud que no desempeñe funciones de enfermería en el área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda

- Personal de enfermería que labora en otras áreas diferentes al área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda.
- Negarse a firmar el consentimiento informado.

3.9 Variables de estudio

Las variables consideradas en esta investigación se definieron con base en los objetivos planteados y en los instrumentos aplicados. Incluyen datos sociodemográficos, percepción y conocimiento sobre seguridad del paciente, así como el nivel de cumplimiento de cada una de las prácticas seguras observadas. En la tabla 2, se presentan dichas variables de estudio junto con sus respectivas definiciones operativas e indicadores de medición.

Tabla 2. Cuadro de operacionalización de las variables de estudio

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Escala | Tipo |
|--|--|--|--|---|---------------------|
| Diagnóstico situacional de la Seguridad del Paciente-Usuario | Valoración del conocimiento, percepción y actitud del personal de enfermería respecto a las prácticas seguras contenidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario. | Conocimiento Percepción | Nivel de conocimiento sobre prácticas seguras Percepción de importancia y utilidad | Escala dicotómica (Sí / No) Escala de Likert | Cualitativa ordinal |
| Cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario | Grado en que el personal de enfermería aplica en la práctica diaria las medidas recomendadas por el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario. | Aplicación de las 13 prácticas seguras de aplicables al contexto de estudio. | Grado de cumplimiento del personal de enfermería en la aplicación de las 13 prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario. | Escala ordinal (Cumple – No cumple) | Cualitativa ordinal |
| Plan de mejora | Conjunto de acciones estratégicas diseñadas para incrementar el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras. | Áreas identificadas con bajo cumplimiento | Propuesta de acciones correctivas por dimensión con bajo cumplimiento | - | - |

Fuente: Elaboración propia

3.10 Fases de la investigación

3.10.1 FASE 1

Realizar un diagnóstico situacional alrededor de la Seguridad del Paciente-Usuario del personal de enfermería en el área de hospitalización.

En esta fase inicial se realizaron las siguientes actividades:

- Diseñar el cuestionario de recolección de datos de la encuesta, para evaluar el conocimiento y percepción del personal de enfermería sobre seguridad del paciente y prácticas seguras, adaptándola al contexto del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda.
- Aplicar la encuesta al personal de enfermería del área de hospitalización, asegurando la confidencialidad y anonimato de las respuestas.
- Analizar los datos recolectados a través de la encuesta, identificando áreas de fortaleza y debilidad en el conocimiento y percepción del personal de enfermería sobre seguridad del paciente.

3.10.2 FASE 2

Analizar el cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería del área de hospitalización.

En la fase 2 fue necesario llevar a cabo las actividades enlistadas a continuación

- Elaborar la lista de verificación basada en las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario, adaptándola a las características específicas del área de hospitalización del Hospital Básico Dr. Francisco Vásquez Balda.

- Realizar observaciones estructuradas utilizando la lista de verificación para evaluar el cumplimiento de las prácticas seguras por parte del personal de enfermería durante su desempeño laboral.
- Analizar los datos recolectados a través de la lista de verificación, determinando el nivel de cumplimiento de cada práctica segura y las áreas de mayor y menor cumplimiento.
- Identificar los vacíos existentes entre el cumplimiento observado y lo establecido en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario.

3.10.3 FASE 3

Diseñar un plan de mejora para incrementar el nivel de cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del personal de enfermería del área de hospitalización.

En la fase final se ejecutaron las siguientes tareas:

- Diseñar un plan de mejora detallado, que incluya las prácticas con bajo cumplimiento detectadas, acciones/estrategias, responsables, plazos y recursos necesarios para abordar las áreas de mejora identificadas.
- Presentar el plan de mejora a las autoridades del Hospital y al personal de enfermería, fomentando su participación y compromiso con la implementación.

3.11 Consideraciones éticas y aprobaciones

Este estudio se realizó respetando los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos. Se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes, garantizando la confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Se explicó claramente el propósito del estudio, los procedimientos a seguir y el derecho de los participantes a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. El

informe final de la investigación no reveló la identidad de ningún participante y los datos fueron utilizados únicamente con fines académicos.

3.11.1 Proceso de anonimización de los datos

Para proteger la identidad de los participantes se aplicaron las siguientes estrategias de anonimización:

1. **Codificación de datos:** A cada participante se le asignó un código único (Enfermero/a 001,002,003...) para registrar sus respuestas en la lista de verificación.
2. **Almacenamiento seguro:** Los datos codificados fueron almacenados en la base de datos del investigador principal quien es la única persona con acceso a dicha información.
3. **Custodia de los datos:** El investigador principal asumió la responsabilidad ética y legal de proteger la información recolectada durante todo el proceso investigativo. Esta custodia incluyó la preservación de la confidencialidad, la integridad y el acceso restringido a los registros, garantizando que los mismos no fueran manipulados ni divulgados sin autorización expresa.
4. **Presentación de los datos:** Los resultados del estudio se presentaron de forma grupal utilizando tablas y porcentajes que reflejen el cumplimiento general de las prácticas seguras sin mencionar a individuos específicos.

Según Comité de ética de la investigación en seres humanos (CEISH) – PUCE, esta investigación ha sido aprobada bajo estas consideraciones éticas según el código EO-051-2025, V1 mediante el oficio CEISH-375-2025 con fecha 17 de junio de 2025.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Desarrollo

En este capítulo se exponen los principales hallazgos de la investigación, organizados de manera que permiten describir, analizar e interpretar la información obtenida a partir de la aplicación de los instrumentos y técnicas previstas en el estudio.

4.1.1 Características Demográficas

Con el fin de contextualizar a la población encuestada, se presentan a continuación las principales características demográficas del personal de enfermería participante en el estudio.

Tabla 3. Género de los encuestados

| Género | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Femenino | 18 | 58,10 | 58,10 | 58,10 |
| | Masculino | 12 | 38,70 | 38,70 | 96,80 |
| | Prefiero no decirlo | 1 | 3,20 | 3,20 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

En la distribución por género, se observa un predominio del femenino, representando el 58,10% de la población encuestada con 18 participantes. El género masculino constituyó el 38,70% (12 participantes), mientras que un 3,20% (1 participante) prefirió no especificar esta información (Tabla 3).

Tabla 4. Edad de los Encuestados en rangos

| Edad en Rangos | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 18 a 25 años | 2 | 6,50 | 6,50 | 6,50 |
| | 26 a 35 años | 25 | 80,60 | 80,60 | 87,10 |
| | 36 a 45 años | 3 | 9,70 | 9,70 | 96,80 |
| | 46 a 55 años | 1 | 3,20 | 3,20 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,0 | 100,0 | |

Respecto a la edad de los encuestados, la gran mayoría del personal de enfermería, correspondiente a un 80,60% (25 participantes), se encuentra en el rango de 26 a 35 años. Los rangos de edad con menor representatividad fueron el de 36 a 45 años con un 9,70%, el de 18 a 25 años con un 6,50% y, finalmente, el de 46 a 55 años con un 3,20% (Tabla 4).

4.1.2 Tiempo de experiencia

Tabla 5. Recuento tiempo de experiencia

| Tiempo de experiencia como enfermero en el área de hospitalización | | | | | |
|--|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | 0-4 Meses | 2 | 6,50 | 6,50 | 6,50 |
| | 5-9 Meses | 8 | 25,80 | 25,80 | 32,30 |
| | 10-14 Meses | 14 | 45,20 | 45,20 | 77,40 |
| | 15-19 Meses | 7 | 22,60 | 22,60 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

Al analizar el tiempo de experiencia en meses en el área de hospitalización, el grupo más significativo, un 45,20% (14 enfermeros), reportó tener entre 10 y 14 meses de experiencia. Le sigue un 25,80% con una experiencia de 5 a 9 meses, un 22,60% con 15 a 19 meses y una minoría del 6,50% con menos de 4 meses en el área (Tabla 5).

4.1.3 Tiempo de trabajo

Tabla 6. Recuento tiempo de trabajo

| Tiempo trabajado como enfermero en el área de hospitalización | | | | | |
|---|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Menos de 1 año | 6 | 19,40 | 19,40 | 19,40 |
| | 1-3 años | 24 | 77,40 | 77,40 | 96,80 |
| | 4-6 años | 1 | 3,20 | 3,20 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

Al consolidar el tiempo trabajado en años en el área de hospitalización, se evidencia que una abrumadora mayoría del 77,40% (24 participantes) ha laborado en esta área entre 1 y 3 años. Un 19,40% indicó tener menos de un año de servicio, y solo un 3,20% reportó una antigüedad de entre 4 y 6 años (Tabla 6)

4.1.4 Percepción sobre el cumplimiento de las prácticas seguras en el entorno laboral.

Tabla 7. Nivel de Cumplimiento Percibido de las Prácticas Seguras.

| Respuesta | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Cumple | 302 | 74,90 | 74,90 | 74,90 |
| | Cumple parcialmente | 86 | 21,30 | 21,30 | 96,30 |
| | No cumple | 15 | 3,70 | 3,70 | 100,00 |
| | Total | 403 | 100,00 | 100,00 | |

Para evaluar la percepción del personal de enfermería sobre la aplicación de las prácticas seguras en su entorno laboral, se realizó una valoración general. Los resultados, presentados en la Tabla 7, indican que, en su conjunto, existe una percepción mayoritariamente favorable. Un 74,90% de las respuestas totales señalaron que las prácticas "Se cumplen", un 21,30% consideró que se "Cumplen parcialmente" y únicamente un 3,70% percibió un "No cumplimiento".

A continuación se presenta el detalle de la percepción de cumplimiento por cada práctica evaluada

Tabla 8. Tabla Cruzada Práctica segura evaluada vs Percepción de cumplimiento

| Tabla cruzada Practica Segura*Respuesta de Percepción Recuento | | Respuesta de Percepción | | | Total |
|---|------|-------------------------|------------------------|-----------|-------|
| | | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | |
| Práctica Segura | PS1 | 24 | 7 | 0 | 31 |
| | PS2 | 18 | 9 | 4 | 31 |
| | PS3 | 22 | 7 | 2 | 31 |
| | PS4 | 25 | 5 | 1 | 31 |
| | PS5 | 25 | 6 | 0 | 31 |
| | PS6 | 29 | 2 | 0 | 31 |
| | PS7 | 20 | 7 | 4 | 31 |
| | PS8 | 25 | 6 | 0 | 31 |
| | PS9 | 17 | 11 | 3 | 31 |
| | PS10 | 25 | 6 | 0 | 31 |
| | PS11 | 25 | 6 | 0 | 31 |
| | PS12 | 23 | 8 | 0 | 31 |
| | PS13 | 24 | 6 | 1 | 31 |
| Total | | 302 | 86 | 15 | 403 |

El análisis detallado muestra que la PS6 (**Administración correcta de medicamentos**) es la que se percibe con el mayor nivel de cumplimiento total (29 de 31 respuestas). En contraste, la PS9 (**Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente**) presenta la frecuencia más alta de cumplimiento parcial (11 respuestas), mientras que la PS2 (**Control de abreviaturas peligrosas**) y la PS7 (**Profilaxis de tromboembolismo venoso**) son las que acumulan la mayor cantidad de respuestas de "No cumple" (4 cada una), indicando que son áreas de potencial mejora.

Para contextualizar los resultados anteriores, se indagó sobre el conocimiento del documento rector.

Tabla 9. Grado de familiarización con el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario del MSP

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 3 | 9,70 | 9,70 | 9,70 |
| | Si | 28 | 90,30 | 90,30 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

La Tabla 9 muestra la familiaridad del personal con el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario 2016 que emite el MSP del Ecuador. Los datos revelan que una amplia mayoría del 90,30% (28 de 31 encuestados) afirmó estar familiarizado con dicho manual.

Tabla 10. Grado de conocimiento de las prácticas seguras en área de trabajo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 3 | 9,70 | 9,70 | 9,70 |
| | Si | 28 | 90,30 | 90,30 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

Los resultados visibles en la Tabla 10 son consistentes con la pregunta anterior, mostrando que el mismo 90,30% (28 participantes) respondió afirmativamente, confirmando que conocen las prácticas seguras aplicables en su área de trabajo establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario.

4.1.5 Autoevaluación del dominio de las prácticas seguras

Tabla 11. Auto calificación del grado de conocimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario

| ¿Como calificaría su conocimiento sobre las prácticas seguras en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario? | | | | | |
|---|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Muy bueno | 8 | 25,80 | 25,80 | 25,80 |
| | Bueno | 15 | 48,40 | 48,40 | 74,20 |
| | Regular | 6 | 19,40 | 19,40 | 93,50 |
| | Malo | 1 | 3,20 | 3,20 | 96,80 |
| | Muy malo | 1 | 3,20 | 3,20 | 100,00 |
| | Total | 31 | 100,00 | 100,00 | |

Como se detalla en la Tabla 11, la calificación más frecuente fue "Bueno" con un 48,39% (15 participantes). Un 25,80% lo calificó como "Muy bueno", seguido de un 19,35% que lo consideró "Regular". Las calificaciones más bajas, "Malo" y "Muy malo", fueron seleccionadas por un 3,23% del personal en cada caso. Esto sugiere que, aunque casi todos conocen el manual de seguridad del paciente-usuario, cerca de la mitad no se siente con un nivel de experticia sobre el mismo.

4.1.6 Ficha de Observación

En esta fase se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la ficha de observación directa, con el propósito de analizar el nivel de cumplimiento real de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería en el área de hospitalización. Los datos recopilados permiten cuantificar el grado de cumplimiento a los protocolos y contrastarlos posteriormente con la percepción del personal.

Tabla 12. Nivel de Cumplimiento Observado de las Prácticas Seguras.

| Respuesta | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Cumple | 209 | 51,90 | 51,90 | 51,90 |
| | Cumple parcialmente | 133 | 33,00 | 33,00 | 84,90 |
| | No cumple | 61 | 15,10 | 15,10 | 100,00 |
| | Total | 403 | 100,00 | 100,00 | |

Del total de 403 observaciones realizadas, los resultados globales muestran que poco más de la mitad, específicamente el 51,90%, corresponden a un cumplimiento total de las prácticas seguras, como se detalla en la Tabla 12. Un 33,00% de las observaciones registraron un cumplimiento parcial, mientras que un 15,10% reflejó un incumplimiento de los protocolos establecidos. Si bien existe un predominio del cumplimiento, la suma de las categorías de cumplimiento parcial y no cumplimiento representa casi la mitad de los casos (48,10%), lo que indica un área de oportunidad considerable para la mejora continua.

Para profundizar en estos hallazgos, a continuación se desglosa el comportamiento observado para cada una de las 13 prácticas de seguridad evaluadas (Tabla 13).

Tabla 13. Tabla cruzada de cumplimiento observado por cada práctica segura

| Tabla cruzada Práctica Segura*Respuesta Observada | | Respuesta Observada | | | Total |
|---|------|---------------------|---------------------|-----------|-------|
| | | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | |
| Práctica Segura | PS1 | 22 | 7 | 2 | 31 |
| | PS2 | 16 | 9 | 6 | 31 |
| | PS3 | 15 | 15 | 1 | 31 |
| | PS4 | 19 | 11 | 1 | 31 |
| | PS5 | 15 | 15 | 1 | 31 |
| | PS6 | 20 | 8 | 3 | 31 |
| | PS7 | 10 | 13 | 8 | 31 |
| | PS8 | 14 | 10 | 7 | 31 |
| | PS9 | 9 | 8 | 14 | 31 |
| | PS10 | 18 | 12 | 1 | 31 |
| | PS11 | 17 | 13 | 1 | 31 |
| | PS12 | 19 | 10 | 2 | 31 |
| | PS13 | 15 | 2 | 14 | 31 |
| Total | | 209 | 133 | 61 | 403 |

El análisis detallado por ítem, presentado en la Tabla 13 revela una variabilidad importante en el nivel de cumplimiento entre las distintas prácticas seguras. Las prácticas con mayor nivel de cumplimiento, registrando el número más alto de observaciones en la categoría "Cumple", fueron la **Identificación correcta del paciente (PS1)** con 22 casos, la **administración correcta de medicamentos (PS6)** con 20 casos y el **Control de electrolitos concentrados (PS4)** con 19 casos. En contraste, las prácticas que presentaron un mayor desafío para el personal, con la frecuencia más alta de "No cumple", fueron la **Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente (PS9)** y la **Educación en seguridad del paciente (PS13)**, ambas con 14 casos de incumplimiento, seguidas por la **Profilaxis de tromboembolismo venoso (PS7)**, con 8 casos. Estos resultados son fundamentales, ya que permiten identificar con precisión las áreas críticas que requieren una intervención prioritaria en el plan de mejora.

Con el fin de explorar la correspondencia entre lo que el personal de enfermería percibe y lo que realmente ejecuta, se realizó un cruce de variables entre los resultados de la encuesta de percepción (Fase 1) y los datos de la ficha de observación (Fase 2) en la tabla 14.

Tabla 14. Tabla Cruzada: Percepción del Cumplimiento vs. Cumplimiento Observado

| Tabla cruzada Respuesta PERCEPCIÓN * Respuesta OBSERVADO | | Respuesta OBSERVADO | | | Total |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|-----------|-------|
| | | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | |
| Respuesta PERCEPCIÓN | Cumple | 151 | 104 | 47 | 302 |
| | Cumple parcialmente | 50 | 25 | 11 | 86 |
| | No cumple | 8 | 4 | 3 | 15 |
| Total | | 209 | 133 | 61 | 403 |

La Tabla 14 expone la relación entre la percepción del personal sobre su cumplimiento y el cumplimiento efectivamente observado. El hallazgo más relevante es la discrepancia entre ambas mediciones. De las 302 ocasiones en que el personal percibió que "Cumple" con las prácticas, solo en 151 (aproximadamente el 50,00%) se observó un cumplimiento total. De hecho, en 104 de esos casos el cumplimiento fue parcial y en 47 se registró un incumplimiento. Esta tendencia a la sobreestimación del propio desempeño evidencia una brecha significativa entre la autoevaluación del personal y su práctica real, lo que sugiere una posible normalización de desviaciones en los protocolos de seguridad.

Para cuantificar la fuerza de la relación entre las variables de percepción y observación, se aplicaron medidas de asociación para datos ordinales, cuyos resultados se presentan en la Tabla 15

Tabla 15. Pruebas estadísticas de asociación entre la percepción y la observación del cumplimiento

| Medidas simétricas | | Valor | Error estándar asintótico ^a | T aproximada ^b | Significación aproximada |
|---------------------------|------------------|-------|--|---------------------------|--------------------------|
| Ordinal por ordinal | Tau-b de Kendall | -,053 | ,047 | -1,125 | ,260 |
| | Tau-c de Kendall | -,038 | ,034 | -1,125 | ,260 |
| | Gamma | -,110 | ,099 | -1,125 | ,260 |
| Medida de acuerdo | Kappa | -,038 | ,036 | -1,069 | ,285 |
| N de casos válidos | | 403 | | | |

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Los valores de los estadísticos Tau-b de Kendall (-0,053) y Kappa (-0,038) son muy cercanos a cero, lo que indica que no existe una correlación o concordancia estadísticamente relevante entre lo que el personal percibe y lo que se observa en la práctica. El nivel de significación aproximada, superior a 0,05 en todos los casos (p. ej., 0,260 para Tau-b y 0,285 para Kappa), respalda la conclusión de que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto refuerza lo

evidenciado en la tabla cruzada: la percepción del cumplimiento no es un predictor fiable del cumplimiento real.

4.2 Discusión

El objetivo central de esta investigación fue evaluar el cumplimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario en el personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vásquez Balda, con el fin de identificar áreas susceptibles de mejora. Los resultados revelaron un panorama complejo: si bien se observó un cumplimiento total en poco más de la mitad de las ocasiones (51,90%), un considerable 48,10% de las observaciones correspondieron a un cumplimiento parcial o a un incumplimiento total. Este hallazgo es consistente con estudios previos en el contexto ecuatoriano y latinoamericano, donde la implementación de programas de seguridad del paciente a menudo es incompleta. Por ejemplo, la investigación de Gómez Mejía en un hospital de Ecuador concluyó que, aunque las prácticas seguras estaban documentadas, muchas carecían de implementación efectiva y herramientas de medición [6], lo cual refleja una brecha similar entre la normativa y la práctica diaria. De igual manera, Burgos Hernández y Hernández Argel en Colombia, aunque reportaron un cumplimiento general más alto (87,00%), identificaron prácticas específicas con niveles de calidad deficientes, demostrando que incluso en sistemas con buen desempeño global, existen fallas críticas focalizadas [31].

Uno de los hallazgos más significativos del presente estudio fue la marcada discrepancia entre la percepción del cumplimiento por parte del personal de enfermería y el cumplimiento real observado. Mientras el personal tendía a autoevaluar su desempeño de manera positiva, los datos de observación directa mostraron que esta percepción no se correspondía con la realidad, una conclusión

reforzada por la falta de correlación estadística entre ambas variables. Este resultado contrasta directamente con los hallazgos de Arévalo Nazate y Lima Arcos, quienes encontraron una relación perfecta y significativa entre el nivel de conocimiento y el cumplimiento en un hospital ecuatoriano [32]. La divergencia sugiere que, en la población estudiada, el conocimiento teórico o la percepción de la norma no se traduce automáticamente en una práctica segura consistente. Esta brecha puede ser explicada, en parte, por la teoría de la autodeterminación, como lo explora Rasheed, quien postula que el conocimiento de seguridad debe primero fomentar una motivación intrínseca para que se materialice en un cumplimiento efectivo [33]. La falta de concordancia en este estudio podría indicar una falla en este eslabón motivacional o la presencia de barreras sistémicas que impiden la acción.

El análisis detallado por ítem permitió identificar como áreas críticas la Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente (PS9) y la Educación en seguridad del paciente (PS13), ambas con la mayor frecuencia de incumplimiento. La deficiencia en la notificación de eventos es un problema ampliamente documentado. Cortez Espinoza, en otro hospital de Ecuador, encontró que, aunque el personal cumplía con prácticas de atención directa, solo el 40,00% identificaba "a veces" los eventos adversos y su notificación se veía mermada por el temor a represalias [34]. Esto se alinea con lo expuesto por Fang Wu, quien advierte que el bajo número de reportes genera una falsa sensación de seguridad y dificulta la implementación de medidas preventivas [35]. La cultura de reporte no punitivo es, por tanto, fundamental. Autores como Quispe Casanova han demostrado que existe una relación significativa entre los conocimientos y las actitudes hacia los eventos adversos, donde un mayor conocimiento fomenta una mejor actitud, subrayando la necesidad de intervenciones formativas [36].

Por otro lado, el bajo cumplimiento en la educación al paciente (PS13) representa una oportunidad perdida para empoderar a los usuarios como una barrera de seguridad adicional. La adhesión de las enfermeras a los principios de seguridad, como lo sintetiza Vaismoradi en su revisión sistemática, está influenciada por múltiples factores, entre los que se incluye la participación activa de los pacientes. La falta de una educación sistemática y efectiva debilita el sistema en su conjunto [37]. Este hallazgo, junto con las demás debilidades identificadas, concuerda con la afirmación de Cueva sobre que la cultura de seguridad del paciente en Ecuador aún presenta áreas de mejora significativas, como la respuesta al error y la dotación de personal, siendo el personal de enfermería uno de los grupos con menor puntuación en su estudio [38]. La percepción positiva general de la cultura de seguridad reportada por Zaitoun en su revisión no parece reflejarse plenamente en la práctica observada en el contexto de este estudio, lo que refuerza la necesidad de no depender únicamente de la autopercepción para evaluar la seguridad [39].

En conclusión, el alcance de esta investigación permitió realizar un diagnóstico preciso del cumplimiento de las prácticas seguras, identificando fortalezas como la identificación del paciente y la administración de medicamentos, pero también debilidades críticas en la notificación de eventos y la educación al paciente. La trascendencia de este trabajo radica en que proporciona evidencia empírica local y específica que justifica y orienta el plan de mejora propuesto. Pone de manifiesto que el desafío no reside únicamente en el conocimiento, sino en la traducción de ese conocimiento y percepción en una práctica diaria consistente, lo cual requiere de intervenciones sistémicas que aborden tanto la formación y motivación del personal como las barreras organizacionales, tal como lo sugieren Ceballos Guzman et al. al

encontrar que el desconocimiento del programa de seguridad contribuye a la generación de eventos adversos [40].

4.3 Plan de Mejora Continua

A partir del análisis de los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico, donde se identificaron las prácticas seguras con menor nivel de cumplimiento observado, se procede al diseño de un plan de mejora (Tabla. 16). El propósito de este plan es proponer un conjunto de acciones estratégicas, concretas y medibles, orientadas a fortalecer las áreas más débiles y así incrementar el nivel general de cumplimiento de las prácticas contenidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería del área de hospitalización.

Basado en los resultados de la Tabla 13, el plan de mejora debe priorizar aquellas prácticas que registraron la mayor frecuencia en la categoría de "No cumple". Por lo tanto, las prácticas seleccionadas para la intervención son:

- **PS9:** Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente (14 casos de incumplimiento).
- **PS13:** Educación en seguridad del paciente (14 casos de incumplimiento)

Tabla 16. Plan de mejora para el cumplimiento de las prácticas seguras

| Práctica a mejorar | Objetivo SMART | Indicador base | Meta | Acción de mejora | Responsable de la mejora | Recursos | Periodicidad | Medios de verificación | Observaciones |
|--------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|---|--------------|---|---------------|
| PS9 | Incrementar del 60% al 90% la notificación de eventos adversos en hospitalización, en un periodo de 6 meses, mediante capacitaciones, protocolos de confidencialidad, boletines de retroalimentación y auditorías internas. | 60% de notificaciones registradas | 90% de notificaciones en 6 meses | Realizar talleres mensuales sobre la importancia de la cultura del reporte oportuno. | Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad y Unidad de Docencia | Personal de docencia, personal a capacitar, personal de Tics, computadora, infocus, aula de docencia. | Mensual | Informe de capacitación, lista de asistencia y evidencia fotográfica. | |
| | | | | Realizar talleres mensuales con los equipos de mejora continua para crear una cultura de reportes no punitivo. | Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad, Comité de Seguridad del Paciente y Unidad de Docencia | Personal de docencia, personal a capacitar, personal de Tics, computadora, infocus, aula de docencia. | Mensual | | |
| | | | | Reunión con el comité de seguridad del paciente para analizar el número de notificaciones relacionadas a la seguridad del paciente. | Dirección Médica, Gestión de calidad y Comité de Seguridad del paciente. | Sala de reuniones, informes de notificación de seguridad el paciente, acta de reunión, personal convocado. | Trimestral | Acta de reunión, lista de asistencia y formularios de notificación. | |
| | | | | Realizar un boletín mensual con el número de eventos y análisis de los planes de acción para la retroalimentación del personal de salud. | Gestión de calidad y comité de Seguridad del paciente | Informes de notificación de seguridad el paciente, computadora, personal de comunicación y Quipux para socialización. | Mensual | Boletín socializado por correo institucional al personal | |
| | | | | Crear una actividad de reconocimiento al servicio que mas reportes genere. | Gestión de Calidad y comité de seguridad del paciente. | Presupuesto para el reconocimiento, documentos de revisión. | Trimestral | | |

| | | | | | | |
|-------------|--|--|---|---|---|---|
| | | | <p>Implementar auditorías internas trimestrales en los estándares de calidad de las historias clínicas, para revisar el cumplimiento del tratamiento según las guías de prácticas clínicas y así buscar posibles eventos.</p> | <p>Gestión de calidad y Comité de Auditoría.</p> | <p>Sala de reuniones, historias clínicas, herramienta para auditar, personal del comité de auditoría.</p> | <p>Mensual</p> |
| <p>PS13</p> | <p>Asegurar que el 95% de pacientes y familias reciban y comprendan información clave de seguridad al alta en un plazo de 4 meses, mediante la estandarización de materiales, aplicación de la técnica <i>Teach-Back</i> y desarrollo de materiales audiovisuales.</p> | <p>70% de pacientes reciben información, pero sin validar comprensión</p> <p>95% de pacientes/familiares educados y con comprensión validada en 4 meses</p> | <p>Diseñar y validar folletos informativos claros y con apoyo visual sobre riesgos clave (caídas, manejo de medicamentos).</p> <p>Técnica "Teach-Back": Capacitar al personal en la técnica de "enseñar de vuelta" para confirmar la comprensión del paciente.</p> | <p>Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad y Unidad de Docencia</p> <p>Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad y Unidad de Docencia</p> | <p>Computadora, personal de comunicación, impresora y papel fotográfico.</p> <p>Personal de docencia, personal de Tics, personal a capacitar, computadora, infocus.</p> | <p>Reunión de estandarización de materiales, firma de asistencia y folletos validados.</p> <p>Informe de capacitación, lista de asistencia y evidencia fotográfica.</p> |
| | | | <p>Charlas educativas a los familiares y/o cuidadores sobre la seguridad del paciente.</p> | <p>Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad y Unidad de Docencia</p> | <p>Personal de enfermería, personal de Tics, usuarios, computadora, infocus.</p> | <p>Informe de charla educativa, lista de asistencia y evidencia fotográfica.</p> |
| | | | <p>Implementar una lista de registro de educación brindada sobre seguridad a los pacientes, familiares o cuidadores.</p> | <p>Gestión de Enfermería, Dirección Médica</p> | <p>Impresora, hojas y lapiceros.</p> | <p>Lista de registro implementada.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---------|---|
| Monitoreo mensual del porcentaje de pacientes educados. | Gestión de Enfermería, Gestión de Calidad y Unidad de Docencia | Lista de registro, personal asignado para la revisión, computadora. | Mensual | Informe del monitoreo y socialización con el personal de salud. |
| Encuesta en escala de Likert para medir la comprensión sobre seguridad en pacientes, familiares y cuidadores. | Gestión de atención al usuario, unidad de docencia, comité de seguridad del paciente. | Encuestas impresas, personal de atención al usuario para la realización de la misma. | Diaria | Informe del resultado de las encuestas. |
| Elaboración de materiales educomunicacional como: folletos, trípticos y material audiovisual; para lograr una adherencia correcta de seguridad en familiares y cuidadores. | Gestión de atención al usuario, TICS y comunicación. | Computadora, personal de comunicación, personal de tics. | Mensual | Materiales educomunicacion al elaborado y socializado. |

Fuente: Elaboración propia

4.4 Limitaciones del Estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones en un momento determinado. En segundo lugar, la encuesta aplicada se basó en el auto-reporte del personal de enfermería, lo que puede implicar sesgos de deseabilidad social en las respuestas. Asimismo, en la fase observacional es posible la presencia del efecto Hawthorne, dado que los profesionales podrían haber modificado su conducta al saberse evaluados. Finalmente, debe reconocerse el efecto clúster, ya que las respuestas y observaciones derivadas de un mismo enfermero no son completamente independientes entre sí, lo que sugiere interpretar los hallazgos en un marco exploratorio.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El diagnóstico situacional permitió establecer el nivel de cumplimiento percibido por el personal de enfermería. La percepción es mayoritariamente optimista, con una clara tendencia del equipo a considerar que las prácticas seguras se cumplen de forma generalizada. Sin embargo, esta autoevaluación favorable se contrasta con una auto calificación de dominio sobre los protocolos que no alcanza niveles de experticia, y con el reconocimiento de debilidades en prácticas específicas, incluso dentro de su propia perspectiva, como la notificación de eventos y el control de abreviaturas peligrosas.
2. nivel de cumplimiento real u observado de las prácticas seguras fue del 51,90%. Este resultado califica el nivel de cumplimiento como moderado, donde apenas poco más de la mitad de las acciones evaluadas se ejecutan de manera ideal. Este hallazgo cuantitativo evidenció una marcada disonancia con el optimista nivel de cumplimiento percibido por el personal, confirmando que existe una brecha significativa entre la autoevaluación y la conducta observada en la práctica diaria. Adicionalmente, se identificaron con precisión las prácticas más vulnerables, destacando la notificación de eventos y la educación al paciente como las áreas que requieren una mejora prioritaria.
3. Se diseñó un plan de mejora enfocado en las prácticas seguras con mayor grado de incumplimiento: la notificación de eventos adversos y la educación al paciente. Este plan integra acciones específicas como capacitaciones periódicas, simplificación de procesos y estandarización de materiales educativos, con indicadores claros y responsables definidos. Así, se convierte en una herramienta práctica y aplicable que responde a las necesidades

detectadas y contribuye directamente al fortalecimiento de la seguridad del paciente y a la mejora continua de la calidad de atención en el Hospital Básico de Pedernales.

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda a la Gestión de Enfermería implementar un programa de capacitación continua que vaya más allá de la simple difusión del manual de seguridad del paciente-usuario. Este programa debe enfocarse en el dominio práctico de las competencias a través de talleres, simulaciones y análisis de casos clínicos, con el fin de fortalecer las habilidades del personal y alinear su autopercepción del desempeño con la realidad del servicio. Para este fin, se sugiere adoptar la metodología TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety), una herramienta internacionalmente validada que ha demostrado ser efectiva para mejorar la comunicación, el trabajo en equipo y la seguridad del paciente.
2. A la dirección del hospital, se le recomienda priorizar la intervención sobre las prácticas con menor nivel de cumplimiento, específicamente la notificación de eventos y la educación al paciente. Es fundamental establecer un sistema de auditorías observacionales periódicas y no punitivas, cuyos resultados sean compartidos de forma constructiva con el personal para visibilizar las brechas y fomentar una cultura de mejora continua. Para sensibilizar a la dirección y generar compromiso, esta recomendación debe respaldarse con indicadores de impacto, como la reducción de eventos adversos y la mejora en la satisfacción del paciente, que evidencien los beneficios directos de su implementación.

3. Se recomienda a la Gestión de Calidad la implementación y seguimiento del plan de mejora diseñado en esta investigación. Es importante asignar los recursos necesarios y establecer plazos más definidos para su ejecución, asegurando que las acciones propuestas se traduzcan en un aumento tangible y sostenido del nivel de cumplimiento de las prácticas seguras.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, editor. The National Academies Press; 2000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17226/9728>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/resultados-estudio-ibeas.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
4. Ministerio de Salud de Argentina. Manual de Seguridad del Paciente [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Seguridad del Paciente-Usuario. Manual [Internet]. Primera edición. 2016. Disponible en: <http://www.heg.gob.ec/wp-content/uploads/2022/02/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
6. Gómez Mejía K. Evaluación del programa de seguridad del paciente en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, de la ciudad de Guayaquil [Internet]. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15919/1/t-ucsg-pos-mgss-294.pdf>
7. Rocco C, Garrido A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
8. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2023. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
9. Abad Frías Y, Lorente Sánchez P, Marco Ruiz N, Cabeza Garralaga M, Gracia Polo E. Enfermería y Seguridad en los pacientes. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023; 4(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-seguridad-en-los-pacientes-articulo-monografico/>
10. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical

- care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2019. *BMJ* 366: l4185. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>
11. Concha Torre A, Díaz Alonso Y, Álvarez Blanco S, Vivanco Allende A, Mayordomo Colunga J, Fernández Barrio B. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *Revista Anales de Pediatría* [Internet]. 2020;93(2):135–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.006>
 12. Auraen A, Slawomirski L, Klazinga N. La economía de la seguridad del paciente en atención primaria y ambulatoria: Volando a ciegas. *OECD Health Working Papers* [Internet], No. 106. OECD Publishing, París; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>
 13. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, [Internet]. 2017;28(5):785-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
 14. Suárez Lima GJ, Robles Salguero RE, Serrano Mantilla GL, Serrano Cobos HG, Armijo Ibarra AM, Anchundia Guerrero RE. Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet]. 2019; 38(2): 153-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000200153&lng=es.
 15. Malvárez S, Rodrigues J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C; [Internet]. 2011. ISBN: 978-927533246-7. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
 16. Zarate A. La calidad y seguridad del paciente, elementos conceptuales. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C; [Internet]. 2011. ISBN: 978-927533246-7. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
 17. Luengas Amaya, S. Seguridad del Paciente: conceptos y análisis de eventos adversos - OES [Internet]. OES. 2017. Disponible en: <https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-conceptos-y-analisis-de-eventos-adversos/>
 18. Dos Santos-Bezerril Manacés, Gonçalves-da Costa Maria Eduarda, Lima-Freire Vanessa de Araújo, Belmiro-Andrade Fernanda, Tavares-Chiavone Flávia Barreto, Pereira-Santos Viviane Euzébia. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Enferm. glob.* [Internet]. 2022; 21(67): 376-408. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.503031>.
 19. Measurement of Patient Safety. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. 2019. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/measurement-patient-safety>

20. Cervantes Alvino, S. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal de enfermería en emergencia del Hospital Nacional Sergio e. Bernales Comas, 2021. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/833?utm>
21. Lungu, Daniel, Harvey, John. Patient Safety: A Systematic Review of the Literature with Evidence based Measures to Improve Patient Safety in Healthcare Settings. Texila Journal [Internet]. Disponible en: <https://www.texilajournal.com/academic-research/article/2273-patient-safety-a>
22. Hafezi, A., Babaii, A., Aghaie, B. et al. The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. BMC Nurs [Internet]. 21, 292 (2022). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01076-w>
23. Souza T de C, Monteiro D da R, Tanaka RY. Nursing care related to patient safety in hospitals: an integrative review. RSD [Internet]. 2020Oct.24; 9(10): e8909109224. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9224>
24. Bajaña Romero, J., Ortiz Orobio, M. Cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Centro de Salud de Canoa. Medisur [Internet]. 2023, 21(5), 985p. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5763>
25. Quispe Casanova, A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima. 2019 [Internet]. Repositorio Institucional de la Universidad de Wiener. 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/65de3bfd-150e-423b-beec-b64ca810fb95>
26. Ramírez Martínez, M., González Pedraza, A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. Enferm. univ [Internet]. 2017 Jun; 14(2):111-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>
27. Cortez Espinoza, J. Análisis de la aplicación del programa de seguridad del paciente en el área de emergencia del hospital Delfina Torres de Concha. Más Vita. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2023 5(4):103-17. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/616>
28. Mohajan HK. Quantitative Research: A Successful Investigation in Natural and Social Sciences. JEDEP [Internet]. 2020;9(4):50-79. Disponible en: <http://ojs.spiruharet.ro/jedep/article/view/679>
29. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México D.F.: McGraw Hill Education; 2014.

30. Santamaría-García JM, González-Aguña A, Fernández-Batalla M, Herrero-Jaén S, Jiménez-Rodríguez ML, González-Sotos LA. Deductive Care Methodology: describing and testing modes of care research [Internet]. *Enfermería Clínica* [English Edition]. 2024; 34:194–206. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.10.004>.
31. Burgos Hernández C, Hernández Argel E. Evaluación del cumplimiento de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la ESE Camu Santa Teresita – Lórica, 2020 [Trabajo de Maestría]. Montería: Universidad de Córdoba; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3702>
32. Arévalo Nazate FV, Lima Arcos MD. Nivel de conocimiento y cumplimiento del manual de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería en hospitalización del Hospital General San Vicente de Paúl [Tesis de Licenciatura]. Ibarra: Universidad Politécnica Estatal del Carchi; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upec.edu.ec/items/3ab9672c-505d-4345-a911-64042ce2a6d9>
33. Rasheed I, Asad M, Anis-ul-Haq M, Khurshid M. Determining the role of knowledge management on safety compliance among radiology staff. *Radiography*. [Internet]. 2025;31(1):159-165. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2025.05.004>
34. Cortez Espinoza JO. Aplicación del programa de seguridad del paciente en el área de emergencia del Hospital Delfina Torres de Concha. *ACVEN*. [Internet]. 2023;3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0215>
35. Wu F, Wang X, Chen S, Li H, Xie H. Nurses' adverse event reporting attitudes and related factors: a cross-sectional study in maternal and child specialized hospitals in China. *Frontiers In Public Health* [Internet];12. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434387>
36. Quispe Casanova A. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima. 2019 [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/4039>
37. Vaismoradi M, Tella S, Logan PA, Khakurel J, Vizcaya-Moreno F. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [Internet]. 2020;17(6):2028. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
38. Cueva F, Bustamante K. Patient safety culture analysis in the staff of a specialty hospital in Ecuador: a cross sectional study. *Rev Med Vozandes* [Internet]. 2024; 35 (1): 15 – 27
39. Zaitoun R, Muthanna A, Jabr NH, Dweik G, Arqoub II. The correlation between nursing competency, patient safety culture and patient safety perception: a systematic review. *J Multidiscip Healthc*. 2023; 16:1351-1361. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S405232>

40. Ceballos Guzmán M, Casanova Ponce E, Jiménez Taticuan D. Evaluación de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en el grupo de servicios de consulta externa de la IPS Indígena Cumbal, Panan, Chiles y Mayasquer [Tesis de Maestría]. Cali: Universidad del Valle; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10946/598>
41. World Health Organization & WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70882>
42. Otero, M., Rodríguez, M., Prieto, N., Villalobos, E., Manrique, S., Padilla, R., Fernández, C., Madrid, A. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en pediatría. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503815>
43. Ministerio de Sanidad Pública de España. Recomendaciones sobre Conciliación de la Medicación en Atención Primaria en Pacientes Crónicos. Madrid: 2022. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasseguras/usoseguromedicamentos/docs/documento_final-_octubre_2022._accesible.pdf
44. Hanson A, Haddad LM. Nursing Rights of Medication Administration [Internet]. StatPearls - NCBI Bookshelf. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560654/>
45. Folsom AR, Cushman M. Exploring Opportunities for Primary Prevention of Unprovoked Venous Thromboembolism: Ready for Prime Time? *Journal Of The American Heart Association* [Internet]. 2020;9(23). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/jaha.120.019395>
46. Toney-Butler TJ, Gasner A, Carver N. Hand hygiene [Internet]. StatPearls - NCBI Bookshelf. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK470254/>
47. Wagner C, Kristensen S, Sousa P, Panteli D. Patient safety culture as a quality strategy [Internet]. *Improving Healthcare Quality In Europe - NCBI Bookshelf*. 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549280/>
48. Edelsbrunner, P.A., Simonsmeier, B.A. & Schneider, M. The Cronbach's Alpha of Domain-Specific Knowledge Tests Before and After Learning: A Meta-Analysis of Published Studies. *Educ Psychol Rev* 37, 4 (2025). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10648-024-09982-y>
49. Brosius, A., Hameleers, M. & van der Meer, T.G.L.A. Can we trust measures of trust? a comparison of results from open and closed questions. *Qual Quant* 56, 2907–2924 (2022). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01250-3>
50. Yuniarti Y, Makaginsar C, Nia Irasanti S, Awalia Yulianto F. Validity and Reliability of a Questionnaire About Dental and Oral Health. *KLS* [Internet].

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta aplicada

Código Único: Enfermero/a 001

ENCUESTA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE-USUARIO

Responsable de la encuesta: Lcda. María Gabriela Alcívar Vélez

Estimado/a participante:

Este estudio que tiene como propósito evaluar el cumplimiento de las prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario por parte del personal de enfermería del área de hospitalización del Hospital Básico de Pedernales Dr. Francisco Vázquez Balda. Su participación es completamente voluntaria, anónima y confidencial. Los datos recopilados serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, con el objetivo de identificar áreas de mejora que contribuyan a la seguridad y calidad de la atención brindada a los pacientes. La información proporcionada no se asociará con su identidad ni con su desempeño laboral. Agradezco su disposición para contribuir a este proyecto.

1. La Constitución del Estado, en su Art. 66, numeral 19, establece como derecho ciudadano “la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. **La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley**”.
2. El Art. 21 de la Ley de Estadística prevé que, “Los datos individuales que se obtengan para efecto de estadística y censos son de carácter reservado (...) **no podrán darse a conocer informaciones individuales de ninguna especie**, ni podrán ser utilizados para otros fines

Dimensión 1: Datos Generales

1. Edad:

Indique su edad en años

2. Género (Marque la opción que corresponda):

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) Otro
- d) Prefiero no decirlo

3. ¿Cuánto tiempo ha trabajado como enfermero/a en el área de hospitalización?

- e) Menos de 1 año
- f) 1-3 años
- g) 4-6 años
- h) 7-10 años
- i) Más de 10 años

4. Tiempo de experiencia como enfermero en el área de hospitalización del hospital básico...

Respuesta abierta: _____

Dimensión 2: Percepción sobre el cumplimiento de las prácticas seguras en su entorno laboral

Para efectos de este estudio, se han seleccionado 13 de las 17 prácticas seguras establecidas en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario, ya que algunas de las prácticas no aplican al contexto del hospital en estudio.

A continuación, se presentan las 13 prácticas seguras seleccionadas. Para cada una de ellas, por favor indique si **personalmente** considera que cumple, cumple parcialmente o no cumple con la práctica de estas:

- 5. Identificación correcta del paciente (verificación de manilla y mapa de riesgo)**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 6. Control de abreviaturas peligrosas**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 7. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 8. Control de electrolitos concentrados**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 9. Conciliación de medicamentos**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 10. Administración correcta de medicamentos**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 11. Profilaxis de tromboembolismos venosos**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 12. Prevención de úlceras por presión**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 13. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 14. Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 15. Higiene de manos**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 16. Prevención de caídas**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple
- 17. Educación en seguridad del paciente**
 - a) Cumple
 - b) Cumple parcialmente
 - c) No cumple

Dimensión 3: Conocimiento de las prácticas seguras del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario

18. ¿Está familiarizado/a con el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario 2016 que emite el MSP del Ecuador?
- a) Sí
b) No
19. ¿Conoce usted las prácticas seguras que establece el manual de seguridad del paciente-usuario para su área de trabajo?
- a) Sí
b) No
20. ¿Cómo calificaría su conocimiento sobre las prácticas seguras en el Manual de Seguridad del Paciente-Usuario?
- a) Muy bueno
b) Bueno
c) Regular
d) Malo
e) Muy Malo

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2. Lista de verificación aplicada

Lista de verificación del cumplimiento de las prácticas seguras

Hospital Básico - Evaluación del Cumplimiento de las prácticas seguras seleccionadas del Manual de Seguridad del Paciente-Usuario

Código único: Enfermero/a 001

| N° | Ítems Práctica Segura Evaluada | Escala de evaluación | | | Observaciones |
|------|--|----------------------|---------------------|-----------|---------------|
| | | Cumple | Cumple Parcialmente | No Cumple | |
| PS1 | Identificación correcta del paciente | | | | |
| PS2 | Control de abreviaturas peligrosas | | | | |
| PS3 | Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo | | | | |
| PS4 | Control de electrolitos concentrados | | | | |
| PS5 | Conciliación de medicamentos | | | | |
| PS6 | Administración correcta de medicamentos | | | | |
| PS7 | Profilaxis de tromboembolismo venoso | | | | |
| PS8 | Prevención de úlceras por presión | | | | |
| PS9 | Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente | | | | |
| PS10 | Transferencia correcta de información en puntos de transición | | | | |
| PS11 | Higiene de manos | | | | |
| PS12 | Prevención de caídas | | | | |
| PS13 | Educación en seguridad del paciente | | | | |

| Escala de evaluación | Descripción |
|----------------------|--|
| Cumple | Se marca si la práctica se realiza correctamente en su totalidad. |
| Cumple Parcialmente | Se marca si la práctica se realiza, pero con deficiencias o de manera inconsistente. |
| No Cumple | Se marca si la práctica no se lleva a cabo. |

Observaciones

Espacio para anotar detalles específicos, problemas identificados o comentarios adicionales.
