



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO**

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DERECHO SANITARIO

Autores:

Br. Arias, Guaiquiria
Br. Bentancort, Laura
Br. Betancur, Lilián
Br. Gómez, Lidia
Br. Guevara, Silvia

Tutor:

Prof. Adj. Mag. María Lourdes Balado Calviño

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2018

Agradecimiento

En primer lugar agradecemos a las personas que contribuyeron al desarrollo del trabajo final de investigación, en especial a nuestra tutora Profesora Adjunta Magister Lourdes Balado por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo.

Por otra parte agradecer a la institución por la disposición y calidez con la que nos recibieron, al Departamento de Enfermería y personal operativo lo cual nos permitió realizar dicha investigación de una manera óptima y eficiente.

También queremos agradecer a nuestra familia por el apoyo brindado en este proceso de investigación.

A todos desde ya, muchas gracias.

Resumen

Este estudio fue realizado por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en el marco del trabajo final de grado. Está enfocado en la seguridad del paciente, que es un fundamento filosófico de la epistemología del quehacer enfermero. Cada disciplina posee un cuerpo de conocimientos distinto y específico, que deben conciliarse desde la bioética y las normativas legales correspondientes al ejercicio profesional.

El objetivo fue identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación al funcionamiento de la Comisión de Seguridad del Paciente institucional basado en el derecho sanitario.

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. El universo (N=560) fue todo el personal de enfermería de un prestador de salud privado de Montevideo, el muestreo (n=32) no probabilístico, a conveniencia, siendo el criterio de inclusión “turno matutino”. Se aplicó mediante entrevista un cuestionario cerrado diseñado por el equipo investigador. Las variables fueron dirigidas a la caracterización de la población y el conocimiento de ésta sobre el Programa de Seguridad del Paciente. Se contemplaron los preceptos bioéticos para la investigación con sujetos humanos, se solicitó consentimiento informado a todos los participantes.

Resultados: El 75% refirió conocer la comisión y un 69% manifestó conocer el programa implementado en su institución. Un 44% respondió que sus conocimientos no fueron evaluados. Relacionado a la ley de Derechos y Deberes de los Usuarios 94% conocían la misma y el 87% la aplica a diario. Respecto de la ley de Regulación del Ejercicio Profesional de Enfermería el 78% indicó que la conoce y el 75% considera que su aplicación influye sobre la seguridad del paciente.

Conclusiones: Se identificó en esta población que, en su mayoría conocen la Comisión de Seguridad del Paciente y las reglamentaciones en torno a su funcionamiento. También destacan la importancia del derecho sanitario vinculado a la seguridad en la atención.

Palabras claves: Seguridad del paciente, cuidados enfermeros, derecho sanitario.

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Objetivos del estudio.....	3
Antecedentes.....	3
Marco teórico.....	7
Metodología.....	13
Operacionalización de las variables.....	15
Resultados.....	20
Discusión.....	23
Conclusión.....	25
Referencias bibliográficas.....	27
Anexos.....	30
Anexo 1: Taxonomía de Seguridad del paciente.....	30
Anexo 2: Marco Normativo.....	34
Anexo 3: Ley Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería (18.815).....	34
Anexo 4: Cuestionario sobre conocimiento del personal de enfermería relacionado a Seguridad del paciente y Derecho sanitario.....	37
Anexo 5: Consentimiento informado.....	41
Anexo 6: Cronograma de actividades.....	43
Anexo 7: Tablas y gráficos.....	44

Introducción

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, en la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, como requisito curricular académico de la Licenciatura en Enfermería, plan 1993.

Dentro de la línea de investigación de la Cátedra se identificó como necesidad introducir un estudio en el área de seguridad del paciente con enfoque en el derecho sanitario, con el propósito de contribuir y fortalecer dicha temática.

Este estudio pretende exponer el conocimiento del personal de enfermería en relación con el Programa de Seguridad del Paciente basado en el derecho sanitario y con un enfoque epistémico de enfermería.

La seguridad del paciente se constituye en un fundamento filosófico de la epistemología del quehacer enfermero, por tanto, para actuar con juicio profesional es imprescindible el conocimiento del ser, saber y hacer de la disciplina.

A nivel internacional, en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la misma tiene por objetivo coordinar, difundir, fomentar la creación de estrategias dirigidas a mejorar la seguridad del paciente y reducir el daño creado por efectos adversos derivados de la atención sanitaria. Se hace en forma colaborativa y dirigido a los usuarios, a las instituciones, a los profesionales y a la industria de todos los países miembros de la OMS. (OMS, 2004).

En nuestro país, en el año 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el cual un componente esencial es la seguridad de la atención sanitaria. En el año

2008, se aprueba la Orden Ministerial N°481, (1) correspondiente a la reglamentación de la Comisión de Seguridad del Paciente (COSEPA), la misma dependiente de la Dirección General de Salud (DIGESA), y la cual debe funcionar como una Comisión Asesora para diseñar y llevar a cabo políticas para promover la seguridad de los pacientes, y hacer un seguimiento de éstas en todos los prestadores de salud públicos o privados del país según las necesidades de cada institución.

En la actualidad el Ministerio de Salud (MS) a través de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN 2020, 2015), se ha planteado objetivos en el área de la Calidad y Seguridad, uno de ellos es mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud, y como estrategia construir una cultura institucional. Con ello se espera como resultado la implementación de la medición y evaluación de los indicadores asistenciales pautados para la mejora continua.

Considerando las normativas anteriormente mencionadas, se realiza una búsqueda bibliográfica avanzada, para conocer el estado de situación del funcionamiento y desarrollo de estos programas a nivel nacional. Dado que no se tuvo acceso a evidencia científica documentada relativa al desarrollo y/o cumplimiento de estos propósitos, es que el equipo investigador entendió necesario aproximarse a un estudio que si bien no será representativo del país, desde el punto de vista de enfermería, aportará conocimiento de la aplicación del programa, teniendo en cuenta la relevancia del tema; ya que los errores, eventos adversos, incidentes y la morbimortalidad que pueden producir tienen connotaciones desde el punto de vista ético y legal.

En nuestro país la Ley No. 18.335 es la que establece los Derechos y Deberes de los usuarios relativa a recibir asistencia sanitaria de calidad; por otra parte la Ley No. 18.815 (Ver anexo 3) que regula el ejercicio de enfermería insta a la participación activa

del personal de enfermería en materia de seguridad como parte de su desempeño profesional y responsabilidades relativas al rol. En este contexto el equipo investigador se planteó la pregunta problema ¿Cuál es el conocimiento que tiene el personal de enfermería, en relación al funcionamiento de la COSEPA de un prestador privado de salud de la ciudad de Montevideo perteneciente al SNIS basado en el derecho sanitario, en el período comprendido entre el 13 al 15 de Junio del año 2018?

Objetivos del estudio

Objetivo general:

- ✓ Identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación al funcionamiento de la COSEPA institucional basado en el derecho sanitario.

Objetivo específico:

- ✓ Caracterizar al personal de enfermería.

Antecedentes

Desde sus inicios enfermería ha velado por la seguridad de los pacientes, lo cual se certifica por la exposición en el libro “Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es.” donde Nightingale en 1863, manifiesta *“Es extremadamente necesario que no causar daño al paciente se establezca como un objetivo, ya que la mortalidad en los hospitales, especialmente en aquellos localizados en grandes ciudades y superpobladas, es mucho mayor de la que se observa entre pacientes con enfermedades similares pero tratados fuera del hospital”*). También Virginia Henderson (1897-1996) en su modelo teórico de enfermería incluye la seguridad del paciente en catorce necesidades básicas. (2) Esto demuestra que el afán de enfermería por garantizar la seguridad del paciente está presente desde el inicio de la disciplina, perteneciendo a la ética de ésta.

En los últimos años la temática seguridad del paciente, ha alcanzado gran relevancia, siendo uno de los aspectos clínicos y profesionales que más se ha tratado de fortalecer a través de diversas políticas, estrategias y acciones. (3)

A nivel internacional, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue creada con el fin de diseñar, implementar, difundir mejoras relacionadas al tema, en forma colaborativa y dirigidas a los usuarios, a las instituciones, a los profesionales y a la industria de todos los países miembros de la OMS (OMS, 2004). Las principales acciones están dirigidas a consensuar una clasificación internacional normalizada y estandarizar los principales conceptos y recomendaciones en el campo de la seguridad del paciente.

En el año 2006 se creó el Grupo de Redacción de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), compuesto por especialistas en el área.

Por otra parte, se crea una taxonomía que tiene como objetivo definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación acordada internacionalmente basada en la seguridad del paciente a los efectos de fomentar el aprendizaje y mejorar el sistema. (Ver anexo 1)

Cabe destacar que una de las esferas de la alianza es el vínculo entre los pacientes y su familia, este es un punto determinante para proveer acciones en virtud de mejorar la seguridad y la calidad en la atención médica a nivel mundial.

A nivel regional según el mayor estudio científico realizado en 58 hospitales de cinco países, evidencia que la prevalencia aproximada de efectos adversos fue de 10%, de ellos el 28% desencadenaron discapacidad y 6% muerte (IBEAS, 2009).

Dicha investigación hace referencia que para avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores

humanos y fallos del sistema desde dos aspectos distintos. En primer lugar, desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de eventos adversos. En segundo lugar, a nivel local-hospitalario mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología adecuada que permita detectar los problemas e implementar las soluciones. (4)

Así también, en el Uruguay, en el año 2006 se recomienda la creación de una “Comisión Asesora en Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en la Atención Sanitaria” dependiente de la DIGESA siendo así que por ordenanza Ministerial N° 660 (octubre 2006): se crea una Comisión Asesora con el fin de adoptar definiciones sobre “eventos adversos en el área de la Salud”. Más tarde en el año 2008 mediante la ordenanza ministerial N° 481 se aprueba el reglamento que define el programa, estructura, y competencias de las COSEPA institucionales, las cuales deben funcionar como una Comisión Asesora para diseñar y crear políticas para promover la seguridad de los pacientes en relación con los efectos adversos. (Ver anexo 2)

Desde el año 2007 se han desarrollado acciones para promover la seguridad del paciente por medio de la COSEPA a nivel de los prestadores de salud del SNIS.

En concordancia con las acciones nacionales en agosto del año 2008, se promulga la Ley 18.335, la cual regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud. Dentro de dicha ley se especifica que todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones. Asimismo, a los efectos de regular y consagrar un marco jurídico al ejercicio de la

profesión universitaria de enfermería y la actividad del personal que se desempeña como auxiliar de enfermería en la República Oriental del Uruguay se promulgó en septiembre del año 2011 la Ley 18.815; la cual se amplió en diciembre del año 2014 con el decreto No. 354. (5)

En este contexto, el estado ha implementado diversas estrategias de promoción dirigidas a dar relevancia a esta temática. Se cita la Ley 18.995 la cual declara el día 14 de abril de cada año como el "Día de la Seguridad del Paciente" (6)

Por otra parte, en el año 2015 el Ministerio de Salud presentó los Objetivos Sanitarios Nacionales para el año 2020, los mismos surgen a partir de problemas de salud de la población con el fin de obtener resultados concretos y razonables. En relación a la seguridad del paciente, se destaca el cuarto objetivo el cual se vincula con construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud. Allí se plantea aumentar a más del 80 % la cantidad de instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento, alcanzar al 60% de los prestadores integrales del SNIS acreditados o re acreditados en buenas prácticas y alcanzar a 95 % de las instituciones con internación con comisiones de seguridad del paciente y comisiones de infecciones intrahospitalarias, entre otras. (7)

En la actualidad enfermería como integrante de un equipo de salud, también tiene la responsabilidad ligada a los derechos del paciente y a la formación de valores morales, sin embargo, se tiene que destacar el valor de la responsabilidad social de los cuidados enfermeros y las exigencias legales y morales de la práctica, ya que varios factores pueden incidir en la seguridad del paciente.

La responsabilidad profesional se debe enfocar en brindar atención de calidad como un acto de entrega consciente, donde resultan fundamentales el compromiso ético y

la orientación de la praxis. (8)

En nuestro país, a través del Censo Nacional de Enfermería realizado en el año 2013 se destaca que un 75% de los censados se identifica como Auxiliar de Enfermería mientras que el 25% Licenciado en Enfermería, 8 de cada 10 son de sexo femenino y se encuentra dentro de la edad comprendida entre los 26 y 50 años. En cuanto a cursos de especialización o posgrado 4 de cada 10 Licenciados manifestó haber realizado cursos de especialización de los cuales un 80% terminó el mismo, a nivel Auxiliares de Enfermería un 48% realizó cursos de perfeccionamiento y el 91% de éstos lo culminó. En cuanto a trabajos declarados, un 66% mencionó tener un solo empleo, un 32% tener 2 y un 1,7% 3 empleos. (9)

No debe subestimarse la importancia de la ética y la responsabilidad profesional, especialmente en épocas en las que la sociedad regula jurídicamente los comportamientos que se relacionan con los derechos humanos. En este sentido, brindar cuidados seguros responde a un modo de actuación profesional, elemento esencial en la cultura de calidad que se estampa en los servicios de salud. La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio y práctica de la profesión de forma competente y segura. (10)

Marco teórico

En un principio definiremos que la *“Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico- sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico*

en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”. (Plan de estudios Fenf, UdelaR, 1993)

Nos ampararemos en el modelo de Virginia Henderson, el cual se basa en las 14 necesidades humanas, siendo el rol de la enfermera asistir al individuo en aquellas actividades que no pueda realizar por sí mismo en un momento de su ciclo vital, cooperando a su recuperación e independencia lo más rápido posible. Dichas necesidades son esenciales e indispensables para conservar la armonía e integridad de la persona, entre ellas la necesidad de Seguridad. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. (11)

Independientemente del modelo, *“...Cuidar es la epistemología del ser profesional de enfermería, punto de partida de todos ellos. Cuidar es ante todo, un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, y permitir que esta continúe y se reproduzca...”* (Collière, 1993).

Se debe tener en cuenta el concepto de calidad, el Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine en 1990, considera la calidad como el *“grado en que los servicios de salud, a nivel individual o poblacional, aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes y en consistencia con el conocimiento científico y profesional existente”*. (3)

Un indicador de calidad es un área o aspecto general de la atención, claramente observable, que permite señalar el ámbito y grado de calidad de los cuidados que vamos a evaluar.

Según Donabedian, hay tres enfoques para la evaluación de la calidad: la estructura, el

proceso y el resultado. Esto es posible porque existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos. La calidad estructural hace referencia a las cualidades del sistema donde se desarrolla la atención; la calidad del proceso se refiere a las propiedades de la práctica de los profesionales; y la calidad de los resultados se refiere a la salud y satisfacción de los pacientes, así también a la calidad del trabajo y la satisfacción de los trabajadores.

Las características estructurales de los centros donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad (Normas, protocolos, registros, existencia de la COSEPA).

Por consiguiente, los Indicadores de proceso, se considera todo aquello que se hace al prestar y recibir la asistencia. Se refiere a las actividades que realizan los profesionales por sus pacientes y el nivel de calidad con que lo hacen tanto desde un punto de vista técnico como interpersonal (Técnicas realizadas, cuidados específicos, conocimiento del programa Seguridad del Paciente.)

Los Indicadores de resultados incluyen los resultados de la asistencia en el estado de salud del paciente y la población. Según R. Suñol, los tres principales tipos de resultados son: el estatus clínico, el estatus funcional y la satisfacción del paciente (Beneficios definidos y producidos por la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en la situación de pacientes o usuarios, opinión de los mismos, eventos adversos notificados, incidentes relacionados a la seguridad del paciente, litigios). (3)

Por otra parte, la presente investigación se centra en la seguridad del paciente, la cual se entiende por *“el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de*

mitigar sus consecuencias” (Revista Cubana de Enfermería, 2014).

En relación a lo nombrado anteriormente podemos diferenciar la cultura de seguridad, la cual corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado.

En este sentido el término está asociado al conjunto de saberes y está íntimamente relacionado a valores y comportamientos que determinan las competencias laborales. Al mismo tiempo se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.

Mientras tanto los programas de garantía de calidad se desarrollan en las instituciones de salud, por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de los pacientes. Este último reconoce el hecho que las intervenciones médicas pueden producir daños y, por lo tanto, la calidad es la resultante favorable de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos.

Ya lo afirmaba Avedis Donabedian: *“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos”*

Entendiéndose esto como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que pretende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, aumentar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias.(12)

Los objetivos que persigue la OMS con el Programa de Seguridad del paciente son garantizar que las medidas y soluciones para la seguridad de los pacientes puedan ser implementadas en todos los centros de salud en el mundo. Además de abarcar la difusión de recomendaciones destinadas a los sistemas de información y formación sobre la seguridad del paciente a nivel nacional e internacional. De esta manera cada país tomando esas recomendaciones puede generar lineamientos políticos y estratégicos para su propia competencia.

Dentro de la perspectiva seguridad del paciente nos enfocaremos también en el derecho sanitario el cual es una disciplina fuertemente emergente en el ámbito sanitario como consecuencia de la interacción entre el mundo jurídico y el mundo sanitario. Esta interrelación se pone de manifiesto en múltiples facetas entre las que cabe destacar la organización administrativa de los centros asistenciales, el alcance de la protección de la salud, la repercusión en la esfera profesional o la responsabilidad legal de los profesionales sanitarios.(13)

A nivel nacional en el año 2007 se produce una reforma de salud que se consolidó en la ley 18.211 la cual refiere al SNIS que reglamenta el derecho a la salud de todos los integrantes residentes en el país y establece modalidades para su acceso a servicios integrales de salud.

En relación al derecho, se deben crear los medios necesarios para garantizar que la salud se encuentre al alcance de todos en un marco de equidad y en este contexto con garantías de calidad, seguridad y eficacia.

La seguridad es una tarea compleja que involucra a todo el sistema de la salud y como tal requiere entre otras de normas destinadas a mejorar el funcionamiento, la seguridad del entorno, y la gestión del riesgo, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso

inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano.

Asimismo, realizar énfasis en la creación de canales para la participación ciudadana constituye uno de los elementos esenciales para la conformación de un marco jurídico sobre la seguridad de los pacientes.

Destaca en este ámbito lo referente a la definición de los deberes y derechos de las personas y profesionales de la salud en cuanto a la calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente, así como la promoción de la creación y fortalecimiento de iniciativas de ciudadanos destinadas a ese fin y su vinculación con tomadores de decisión, gestores y sociedades profesionales. (14)

Tanto el derecho sanitario como la bioética establecen distinciones y conexiones que promueven la convivencia social estable y justa.

De esta manera las enfermeras asumen su rol como profesionales comprometidas y responsables, capaces de tomar decisiones éticas autónomas, para ofrecer atención de alta calidad.

Metodología

Para este estudio se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo, transversal.

El área de estudio correspondió a los sectores de cuidados convencionales médicos y quirúrgicos de adultos y adulto mayores, de un prestador privado de la Ciudad de Montevideo, Uruguay.

Período: 13 al 15 de junio de 2018.

El universo de estudio (N= 560) fue todo el personal de enfermería del prestador de salud mencionado anteriormente.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, a conveniencia.

Utilizando como criterios de inclusión los siguientes:

- Personal de Enfermería nivel profesional y auxiliar.
- Sectores convencionales de cuidados médicos y quirúrgicos de adulto y adultos mayores.
- Que se desempeñen en el turno matutino.
- Que hayan dado su consentimiento para participar del estudio.
- Que estuviesen presente al momento de la aplicación del instrumento.

La muestra fue de $n=32$

Unidad de análisis: Conocimiento del personal de enfermería.

Elemento de análisis: El grupo de investigación no encontró mediante búsqueda bibliográfica avanzada un instrumento validado para responder a la pregunta problema. Por tanto se elaboró el Cuestionario “*Conocimiento del personal de enfermería relacionado a Seguridad del paciente y Derecho sanitario*”, el cual consta de preguntas cerradas. (Ver anexo 4)

Para la recolección de información se utilizó la técnica de entrevista.

Se presentan los datos en tablas uni y vi variadas, tabulando los datos obtenidos en frecuencias absolutas y relativas las cuales se representaron en gráficos mediante el programa Excel

En relación con los aspectos bioéticos y legales, se solicitó autorización institucional, se presentó una carta de solicitud de autorización en la División Enfermería del prestador

de salud, para la realización del estudio y recolección de los datos. Asimismo, se efectuó entrevista con la directora del Departamento de Enfermería la cual se desarrolló el día 12 de junio del corriente año, se presentó el protocolo del trabajo de investigación.

En el momento de las entrevistas con los funcionarios para el relevamiento de datos se le asignó un número correlativo al Cuestionario y al Consentimiento Informado de la persona para asegurar garantía, es de destacar que la información está bajo custodia del equipo investigador, los cuales tienen acceso a dicha información a efectos de garantizar la confidencialidad que corresponde.

Se utilizó un consentimiento informado, mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le dio acerca de los objetivos del estudio. La información recabada se mantendrá en confidencialidad y anonimato. (Ver anexo 5).

El tiempo empleado en este proceso se puede observar en el cronograma de actividades realizado. (Ver anexo 6)

Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Operacionalización de la variable	Nivel de medición	Indicador de medición
Edad	Período cronológico dividido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual.	Edad cronológica habilitada para el ejercicio laboral.	Cuantitativa discreta interválica.	[18-25 años), [25-32 años), [32-39 años), [39-46 años), [46-53 años), [53-60 años), ≥ 60 años.
Sexo	Son características anatómicas, biológicas y fisiológicas que diferencian entre hombre y mujer.	Características físicas	Cualitativa nominal dicotómica.	Femenino/ Masculino
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función	Situación legal de estado civil.	Cualitativa politómica nominal	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.

	de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.			
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Grado académico curricular alcanzado.	Cualitativa ordinal	Ciclo básico, bachillerato incompleto, bachillerato completo, terciario incompleto, terciario completo, especialidad, posgrado, maestría, doctorado.
Antigüedad en la institución	Período de tiempo expresado en años que trabaja en la institución.	Cantidad de años que trabaja en la institución.	Cuantitativa discreta interválica.	<1 año, [1-5 años], [6-11 años], [12-17 años], [18-23 años], >23 años.
Cargo	Empleo, tarea o responsabilidad que la persona desempeña.	Rol y función dentro de la enfermería que desempeña en la institución	Cualitativa ordinal	Licenciado en enfermería jefe/ Licenciado en enfermería supervisor del área/ Licenciado en enfermería operativo / Auxiliar de enfermería
Antigüedad en el cargo	Periodo de tiempo expresado en años que desempeña en el cargo.	Tiempo en años que se desempeña en el cargo.	Cuantitativa discreta	<1 año, [1-5 años], [6-11 años], [12-17 años], [18-23 años], >23 años.
Multiempleo	Persona que posee más de un contrato de empleo a su nombre.	Número de empleos que tiene la persona.	Cuantitativa discreta politómica.	1 trabajo más, 2 trabajos más, 3 o más trabajos.
Área de conocimiento de posgrado	Rama de especialización de los estudios posteriores al título de grado y pregrado realizados	Rama de estudio de posgrados realizados.	Cualitativa nominal politómica	Asistencial, Gerencial/Administrativa, Educación, Seguridad del paciente, Otro.

Conocimiento de la COSEPA	Conocimiento del estatuto DIGESA relacionado al funcionamiento de la COSEPA institucional.	Conocimiento del personal de enfermería sobre la existencia de las normativas nacionales referidas a la seguridad del paciente.	Cualitativa dicotómica	Conoce/ No conoce
Conocimiento del Programa Seguridad del Paciente	Facultad de conocer y de comprender el desarrollo de un programa de del seguridad del paciente en la institución.	Conocimiento del personal de enfermería sobre la existencia, implementación y evaluación del programa seguridad del paciente en la institución.	Cualitativa dicotómica	Conoce/ No conoce
Estrategias del programa Seguridad del paciente más utilizadas por la institución	Uso de las estrategias del programa de seguridad del paciente según recomendaciones de la OMS.	Conocimiento por parte del trabajador sobre las estrategias utilizadas frecuentemente dentro de la seguridad del paciente.	Cualitativa politómica	Pulsera identificadora, uso de lista de verificación en cirugía, tecno vigilancia, protocolos, derechos y deberes del usuario, sistemas de notificación de incidentes, fármaco vigilancia, prevención de caídas, prevención de UPP, acuerdo de comportamiento, otros.
Conocimiento sobre la representación de profesionales de enfermería en comité	Integrar los comités de control de infecciones, bioética, seguridad del paciente, investigación, salud laboral, calidad de infraestructura institucional, así como otros espacios de relevancia que surjan de acuerdo al avance de la disciplina de enfermería y del ámbito socio sanitario.	Conocimiento del personal de enfermería sobre la representación de profesionales en la integración de la COSEPA	Cualitativa dicotómica	Si / No
Trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente	Realizar investigación enfocada en los problemas socio-sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus	Conocimiento del personal de enfermería sobre la realización de trabajos en los servicios enfocados a la seguridad del	Cualitativa dicotómica	Sabe / No sabe

	diferentes áreas de especialización, contribuyendo a las mejoras en la salud de la población y a la generación del conocimiento enfermero	paciente		
Orientación laboral	Es un proceso que tiene como finalidad conocer un servicio de cara al ejercicio de lo profesional, brindando información sobre la seguridad del paciente y la COSEPA	Orientación al servicio con información sobre la COSEPA por parte de la institución.	Cualitativa dicotómica	Si / No
Capacitación en seguridad del paciente interinstitucional	Actividades de formación de recursos humanos entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos.	Capacitación intra institucional del personal de enfermería en seguridad del paciente.	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 5): 1 Nunca, 2 Hace más de un año, 3 Hace más de 6 meses, 4 En los últimos 6 meses, 5 Frecuentemente
Acceso a capacitación interinstitucional	Fomentar las actividades de capacitación continua de los recursos humanos en salud asegurando el acceso a las mismas.	Percepción del personal de enfermería sobre la accesibilidad a instancias de capacitación.	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 5): 1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Indiferente, 4 De acuerdo, 5 Muy de acuerdo
Satisfacción con la capacitación continuada en el servicio	Grado de conformidad del trabajador de acuerdo a la información que recibe sobre la seguridad del paciente	Opinión del personal de enfermería en relación al grado de conformidad relacionada a información que recibe del programa seguridad del paciente	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 5): 1 Muy insatisfecho, 2 Insatisfecho, 3 Indiferente, 4 Satisfecho, 5 Muy satisfecho
Protocolos	Herramienta que se aplica para la toma de decisiones clínicas	Presencia de protocolos en la institución en relación a la seguridad del paciente.	Cualitativa dicotómica	Si / No

Disponibilidad de los protocolos	Conjunto de protocolos de que se dispone para algún fin.	Conocimiento por parte del trabajador sobre los protocolos relacionados a la seguridad de los pacientes disponibles en la institución.	Cualitativa politómica	Riesgo de caídas, prevención UPP, prevención de flebitis, preparación de medicación, fármaco vigilancia, identificación de los usuarios, otros.
Accesibilidad a protocolos	Posibilidad de acceder a los protocolos o facilidad para hacerlo.	Accesibilidad a protocolos en la institución	Cualitativa dicotómica	Si / No
Aplicación de protocolos	Puesta en práctica de los procedimientos adecuados para conseguir un fin.	Aplicación de los protocolos de seguridad del paciente en la práctica diaria.	Cualitativa dicotómica	Si / No
Frecuencia de errores	Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto	Frecuencia con la que el personal de enfermería percibe la presencia de error	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 5): 1 Nunca, 2 Algunas veces al año, 3 Algunas veces al mes, 4 Algunas veces a la semana, 5 Frecuentemente.
Prevención del error	Tomar precauciones o medidas por adelantado para evitar un daño, un riesgo o un peligro.	Grado con que el personal de enfermería percibe que se toman medidas de precaución para evitar un daño, un riesgo o un peligro.	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 4): 1 Nunca, 2 A veces, 3 Casi siempre, 4 Siempre
Respaldo ante el error	Métodos y medidas punitivas o no punitivas, que adopta la institución tras la ocurrencia de un evento adverso.	Opinión del personal de enfermería sobre las estrategias de la institución aplica tras la ocurrencia de un evento adverso.	Cualitativa nominal polivariada	Sanción al legajo, observación verbal, suspensión, despido, no toma medidas, análisis causa raíz, capacitación, promueve la denuncia de los errores.

Auditorías en el servicio	Valoración de conocimientos, actitud y rendimiento de una persona o de un servicio.	Auditorías realizadas al personal de enfermería sobre la seguridad del paciente.	Cualitativa ordinal	Likert (1 al 5): 1 Nunca, 2 Algunas veces al año, 3 Algunas veces al mes, 4 Alguna veces a la semana, 5 Frecuentemente
Conocimiento de la Ley de los derechos y deberes de los usuarios	Conocimiento sobre la Ley de los derechos y deberes de los usuarios por parte del personal de enfermería de la institución.	Conocimiento de la ley de los derechos y deberes de los usuarios por parte del personal de enfermería	Cualitativa dicotómica	Conoce/ No conoce
Aplicación de la ley de los derechos y deberes de los usuarios	Emplear o poner en práctica un conocimiento o principio, a fin de conseguir un determinado fin.	Aplicación de la Ley por parte del personal de enfermería en la institución.	Cualitativa dicotómica	Si / No
Conocimiento de la Ley de enfermería	Conocimiento sobre la Ley 18.815 por parte del personal de la institución.	Conocimiento de la Ley “Profesión de enfermería” por parte del personal de enfermería de la institución.	Cualitativa dicotómica	Conoce / No conoce
Aplicación de la Ley “Profesión de Enfermería”	Emplear o poner en práctica la Ley.	Opinión del personal de enfermería de la institución sobre si la Ley “Profesión de enfermería” influye en la seguridad del paciente.	Cualitativa dicotómica	Si / No

Resultados

El rango de edad que predominó fue el de 46 a 53 años con un 28%, los de 25 a 32 y 53 a 60 años representaron 16% cada uno, el de 39 a 46 13% y finalmente el de 18 a 25 6%, no se observaron personas mayores a los 60 años.

El 97% era de sexo femenino y 3% masculino.

De acuerdo al estado civil el 31% se encontraba casado, 25% en unión libre, 25%

divorciado, 16% soltero y 3% refirió ser viudo.

Con respecto al nivel de instrucción el 38% poseía bachillerato incompleto, 31% bachillerato completo, 13% terciario completo y 9% ciclo básico. Del total de entrevistados 6% complementaron sus estudios con una especialidad y 3% realizaron posgrado.

Conforme a la antigüedad en la institución precedió el rango de 6 a 11 años los cuales representaron 25%, el personal con menos de 1 año 22%, de 18 a 23 y más de 23 años 19%, y finalmente de 12 a 17 años 6%.

En relación al cargo que desempeñaban en la institución 75% era auxiliar de enfermería y 25% Licenciado en Enfermería.

Según la antigüedad en el cargo 22% poseía menos de 1 año, los grupos de 1 a 5, de 6 a 11 y mayor a 23 años representaron 19% cada uno, el rango de 18 a 23 años 13% y de 12 a 17 años 9%.

En cuanto al multiempleo el 66% no presentaba otro trabajo y 34% poseía otro empleo además del actual.

De acuerdo con el área de conocimiento de posgrado el 75% presentaba conocimientos relacionados al área asistencial y 25% a otras áreas.

Con respecto al conocimiento de la CO.SE.PA el 75% conocía y 25% no conocía.

En cuanto al conocimiento sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en la Institución, el 69% conocía el programa y 31% no conocía.

Según los entrevistados dentro del Programa de Seguridad del Paciente las estrategias más utilizadas por la institución son, la pulsera identificadora del usuario (17%), presencia de protocolos (15%), prevención de caídas (15%), prevención de úlceras por

presión (13%), “derechos y deberes del usuario” (13%), notificación de incidente (12%), y 1% conocía otras estrategias además de las citadas anteriormente.

En referencia a la variable “*Conocimiento sobre la representación de profesionales de enfermería en comité*”, el 63% respondió que había representación, mientras el 38% refirió que no.

En cuanto al estudio de la variable “*trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente*” 81% asintió saber que en la institución se realizaban trabajos de campo y 19% no saber.

Con respecto a la orientación laboral, donde se pretendió investigar si en dicho periodo la institución imparte información sobre seguridad del paciente y la COSEPA el 69% respondió que sí y 31% no.

En lo referente a la capacitación en seguridad del paciente interinstitucional, el 34% de los entrevistados nunca había recibido capacitación, 25% hacía más de un año, otro 25% hacía más de 6 meses, 13% en los últimos 6 meses y 3% alegó que recibía capacitación frecuentemente.

Con lo que respecta al acceso a la capacitación interinstitucional, el 59% respondió estar de acuerdo, 25% muy de acuerdo, 13% indiferente y 3% admitió estar en desacuerdo.

Entretanto en consideración a la satisfacción con la capacitación continuada en el servicio el 44% estaba satisfecho, 28% muy satisfecho, 16% indiferente y 13% insatisfecho.

Con respecto a la existencia de protocolos el 91% de los entrevistados señaló que existían protocolos, 9% respondió que no.

En relación a la disponibilidad de protocolos en la Institución, 19% refirió la existencia

de protocolos sobre identificación de usuarios, 17% preparación de medicación, 16% riesgo de caídas, 16% prevención de úlceras por presión, otro 16% prevención de flebitis, 14% Farmacovigilancia, y 1% aludió la disponibilidad de otros protocolos.

Relacionado a la accesibilidad a protocolos, el 75% asintió que sí, mientras el 25% respondió que no se encontraban accesibles.

En cuanto a la aplicación de estos, 84% respondió que se aplicaban y 16% que no.

En lo referido a la variable, frecuencia de errores, el 28% mencionó que había presenciado algunas veces, 25% nunca, 22% algunas veces al mes, 19% frecuentemente y 6% algunas veces a la semana.

En cuanto a la prevención del error, el 58% respondió que casi siempre podrían haber sido evitados, 33% siempre y 8% a veces.

A continuación se les entrevistó sobre la variable respaldo ante el error, 22% asintió la aplicación de análisis causa raíz, 21% promoción denuncia de errores, 19% observación verbal, 15% realización de capacitaciones, 12% sanción al legajo, 4% suspensión y 7% referenció que no se tomaban medidas.

Con respecto a la variable auditoría en el servicio, 44% respondió que sus conocimientos nunca fueron evaluados por la institución, 25% algunas veces al año 16% frecuentemente, 13% algunas veces al mes y 3% algunas veces a la semana.

Relacionado al conocimiento de la ley “Derechos y Deberes de los Usuarios” el 94% conocía y 6% no conocía. En cuanto a la aplicación de la ley en el ejercicio diario el 87% respondió que la aplicaba, 13% no.

Respecto al conocimiento de la Ley que regula el ejercicio de Enfermería (Ley Nro. 18.815) 78% respondió que conocía y 22% no conocía.

En referencia a dicha Ley se les entrevistó si la aplicación influía sobre la seguridad del paciente, 75% respondió que sí y 25% respondió que no. (Ver anexo 7)

Discusión

Luego de haber analizado los resultados obtenidos, observamos que los profesionales encuestados se encuentran mayoritariamente en el rango de edad comprendido entre los 46 y 53 años, predominando el sexo femenino. Los mismos se destacan por tener una antigüedad laboral que mayoritariamente se ubica en dos grupos, por un lado el rango que comprende desde los 6 a 11 años al igual que la antigüedad en el cargo donde los mismos ya han adquirido diferentes destrezas dentro de la profesión. Por otra parte, los que tienen menos de 1 año de antigüedad en el cargo, los cuales se caracterizan por encontrarse en proceso de formación profesional adquiriendo conocimientos que favorecen su quehacer diario.

También se pudo visualizar que un gran número de los profesionales ha enriquecido su formación realizando posgrado especializándose en el área asistencial. Se observa que el porcentaje de multiempleo no supera el 40% de la población estudiada. Ambos factores favorecen la seguridad del paciente.

Dentro del grupo estudiado, se destaca un alto porcentaje de conocimiento sobre la COSEPA y su implementación en la institución, gran parte de esos conocimientos fueron brindados por la institución durante el período de orientación en el servicio. Esto incide favorablemente sobre la ejecución del programa ya que los trabajadores desde el inicio de sus actividades conocen las diferentes medidas implementadas por parte de la COSEPA en relación a la seguridad del paciente, conocen los protocolos, los tienen visibles y los implementan al brindar los cuidados.

A pesar de eso, la mayoría de los entrevistados refieren que han presenciado errores y

que casi siempre podrían haber sido evitados. En relación a esta situación los funcionarios perciben que por parte de la institución las tres estrategias más utilizadas para afrontar la problemática son: análisis de causa raíz, promover la denuncia de errores y realizar observaciones verbales. Dichas acciones se corresponden con lo expresado en el estudio IBEAS (2009), que hace referencia que para avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos del sistema. Es importante para la seguridad del paciente el informar del error en el momento de ocurrido, para buscar las posibles soluciones y minimizar el riesgo, analizar luego lo que causó que se produjera ese error lleva a evitar que se repitan en el futuro tomando los recaudos pertinentes; las observaciones verbales son efectivas siempre y cuando se hagan desde lo constructivo y sin intención de afectar al funcionario.

Observamos que si bien en la institución se aplican estrategias dirigidas a fortalecer la seguridad de los pacientes, los funcionarios entrevistados en su mayoría consideran que sus conocimientos en relación a la seguridad del paciente no están siendo evaluados.

De los resultados obtenidos también se observó que casi el total de los entrevistados conoce y aplica la ley “Derechos y Deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud” (Ley 18.335), así como también la ley que regula el ejercicio de enfermería (Ley 18.815) y coinciden en que su aplicación influye sobre la seguridad del paciente.

Conclusión

En relación a la caracterización de la población concluimos que el personal de enfermería del prestador estudiado sigue las mismas tendencias halladas en el Censo Nacional de Enfermería del año 2013 en relación a la distribución del personal de enfermería según edad, sexo, formación académica y multiempleo.

Luego de aplicar y analizar las variables del cuestionario elaborado, se concluye que el personal de enfermería posee conocimientos sobre la COSEPA y sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente que funciona en la Institución. Se evidenció además, conformidad con la información y capacitación brindada.

Relacionado a la Ley Nro. 18.335 “Derechos y Deberes de los Usuarios” y la Ley Nro. 18.815 de “Regulación del Ejercicio Profesional de Enfermería” fue identificada la importancia de su conocimiento para el desarrollo de la labor diaria, siendo que se constituyen en herramientas para la calidad y seguridad del paciente.

Por otra parte, si bien la institución promueve el informe del error, el personal de enfermería denota escasa evaluación de los sucesos de seguridad del paciente. Es así que basados en los objetivos 2020, y la aplicación normativa de los derechos y obligaciones tanto de los usuarios como del personal de enfermería, hay coincidencia en el planteo realizado por el MS en relación a la brecha de calidad en seguridad del paciente, en lo relacionado a la participación y el aprendizaje.

Por tanto, se sugiere la implementación de la estrategia de medición y evaluación de la calidad asistencial, promoviendo la autoevaluación institucional por medio de la herramienta de los 7 pasos. Asimismo, siendo que la institución tiene conformada una COSEPA, se vería consolidada su misión si aplicara otras estrategias participativas como las rondas de seguridad y el análisis causa raíz, en conjunto con el personal, como forma de evaluación y aprendizaje. Todos ellos, elementos que apuestan a la mejora de la comunicación efectiva.

El equipo investigador también concluye, que a raíz, de que el cuestionario fue elaborado para dar respuesta a la pregunta problema y no fue validado, los resultados obtenidos pueden tener limitaciones, propias del instrumento ya sea por las variables

Referencias bibliográficas

1. Uruguay. Ministerio de Salud Públicas. Ordenanza Ministerial N° 481. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/13119/1/ordenanza-ministerial-no-660-2006.pdf> [consulta: 15 ago 2017].
2. Martínez Ques AA, Vázquez Campo M. El cuidado y la seguridad del paciente: algunas consideraciones éticas y legales. *Ética de los Cuidados*. 2008; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php> [consulta: 25 ep 2017].
3. Ayuso Murillo D, Andres Gimeno de B. *Gestión de la calidad de cuidados en enfermería: seguridad del paciente*. Madrid: Díaz de Santos; 2014.
4. Ayala AC, Mieres AE. Gestión de seguridad del paciente en la emergencia: a propósito de un caso clínico. *Rev Biomedicina* [Internet] 2011; 6(2): 36-47. Disponible en http://www.um.edu.uy/docs/gestion_seguridad_paciente.pdf [consulta: 8 mar 2018].
5. Reglamentación de la ley N° 18.815 relativa a la regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería. Decreto N° 354/014 de 30 de setiembre 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/354-2014> [consulta: 15 ago 2017].
6. Día de la seguridad del paciente. Ley 18.995 de 01 de noviembre de 2012. [Internet]. Uruguay. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2012/11/msp_406.pdf [consulta: 24 ene 2018].
7. Uruguay. Ministerio de Salud. *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ObjetivosSanitarios_web%20%281%29.pdf [consulta: 24 ene 2018].
8. Profesión de enfermería. Ley N° 18.815 de 14 octubre de 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9824415.htm> [consulta: 15 ago 2017].
9. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud (DEMPESA)/DIGESNIS. Informe resumido: Censo nacional de enfermería 2013: resumen y lectura rápida de los principales resultados. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe

[%20resumido%20Censo%20de%20Enfermer%C3%ADa%202013%20pdf.pdf](#) [consulta: 25 jun 2018].

10. García V, Paredes P, Rivas E. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de enfermería. Aladefe [Internet] 2012; 2(4): 48-57. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/55/> [consulta: 23 ene 2018].
11. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
12. Gamboa Penagos M, Carvajal Lozano FF. Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/526/GamboaMildrek2010.pdf?sequence=2> [consulta: 23 ene 2018].
13. Gallego Riestra S. Introducción al derecho sanitario: responsabilidad penal y civil de los profesionales sanitarios. [Internet]. 2003. Disponible en <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Comisiones/CHistoriasClinicas/formacion/doc/introduccionDerechoSanitario.pdf> [consulta: 23 ene 2018].
14. Cometto MC, Gómez PF, Marcon Dal Sasso GT, Zárate Grajales RA, Bortoli Cassiani SH De, Falconí Morales C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington: OPS; 2011.

Bibliografía consultada

- Ariza Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. Enferm Univ [Internet] 2011; 8(2): 18-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004&lng=es [consulta: 23 ene 2018].
- Berro Rovira G. Consentimiento informado. Rev Urug Cardiol [Internet] 2013; 28(1):17-31. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n1/v28n1a07.pdf> [consulta: 20 mar 2018].
- Código Civil N° 16603. Aprobado por Ley N° 16.603 de 19 de diciembre de 2015. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-civil/16603-1994> [consulta: 21 mar 2018].
- Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Ley 18335 de 15 de agosto de 2008. [Internet]. Uruguay. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335_0.pdf [consulta: 26 ago 2017].
- España. Ministerio de sanidad y Política social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS Proyecto Séneca. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf> [consulta: 07 set 2017].

- España. Ministerio de sanidad y Política social. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica . [Internet]. 2010. Disponible en:
https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INF_ORME_IBEAS.pdf [consulta: 9 oct 2017].
- García Casanova Y, Nader Díaz S, Marulanda Pérez A. La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2014; 30(1): 62-4. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000100007 [consulta: 06 set 2017].
- Martínez Ques AA. Seguridad y factor humano. Revista electrónica internacional de cuidados [Internet] 2007; 7(2): 47-55. Disponible en
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2570059.pdf> [consulta: 26 ago 2017].
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). [Internet]. 2017. Disponible en
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/> [consulta: 06 set 2017].
- Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la Seguridad del Paciente. [Internet]. 2009. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf [consulta: 06 set 2017].
- Organización Mundial de la Salud. Pacientes en Defensa de su Seguridad (PDS). [Internet]. 2017. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/ [consulta: 06 set 2017].
- Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. [Internet]. 2012. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173265/Analisis%20comparado%20marco%20juridico.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 26 ago 2017].
- Sánchez Caro J. La bioética y el derecho sanitario: encuentros y desencuentros. Estudios [Internet] 2014; 24(1): 59-70. Disponible en:
<https://www.ajs.es/descarga/attach/608> [consulta: 21 mar 2018].
- Uruguay. Ministerio de Salud. Objetivos sanitarios nacionales 2020: hacia dónde irá la salud del país. [Internet]. Disponible en:
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=475-osn-librillo-objetivos-nacionales&category_slug=publications&Itemid=307 [consulta: 29 jul 2017].

Anexos

Anexo 1: Taxonomía de Seguridad del paciente

Se ha definido al **paciente** como la persona que recibe atención sanitaria, y a la **atención sanitaria** como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

La **seguridad** es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Un **peligro** es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.

Una **circunstancia** es una situación o un factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas.

Un **evento** es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un agente es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios.

La **seguridad del paciente** es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

El **daño asociado a la atención** sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Un **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Un **error** es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

Una **infracción** es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos

El **riesgo** es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Se considera **daño** la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

La **enfermedad** se define como una disfunción fisiológica o psicológica. La lesión es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

Se entiende por **discapacidad** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Un **factor contribuyente** se define como una circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Reacción adversa un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado.

Un **efecto secundario** es un efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Prevenible significa aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso.

La **detección** consiste en una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.

Un **factor atenuante** es una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.

El **resultado** para el paciente son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Cuando se ha producido un daño, el **grado del daño** es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente.

- Ninguno: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
- Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).

- Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

Los incidentes también afectan a las organizaciones sanitarias. El **resultado para la organización** se define como las repercusiones en la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente (por ejemplo, la publicidad negativa o el uso de más recursos).

Una **medida de mejora** es una medida adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.

Las **medidas adoptadas** para reducir el riesgo se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan.

La **resiliencia** se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.

Anexo 2: Marco Normativo

Ordenanza No. 481/2008.

Establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país. Todas las Instituciones prestadoras de asistencia integral deberán entonces mantener un Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo prácticas seguras y gestionando los riesgos asistenciales para disminuir aquellos que son evitables.

Anexo 3: Ley Regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y de auxiliar de enfermería (18.815)

Artículo 4:

C) Bregar por que los usuarios, familias y grupos de población reciban seguro adecuado, oportuno, eficaz respetuoso y considerado tratamiento, atendiendo al derecho del usuario de tomar sus propias decisiones.

D) Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidados de enfermería en concordancia con el avance de la disciplina enfermera, el código deontológico de enfermería y las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

M) Integrar los comités de control de infecciones, bioética, seguridad del paciente, investigación, salud laboral, calidad de infraestructura institucional, así como otros espacios de relevancia que surjan de acuerdo al avance de la disciplina de enfermería y del ámbito socio sanitario.

AC) Realizar investigación enfocada en los problemas socio-sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de especialización, contribuyendo a las mejoras en la salud de la población y a la generación del conocimiento enfermero.

AZ) Bregar en todo momento por la seguridad del paciente, proponiendo programas tendientes a generar una cultura de seguridad.

Ley derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud
(18335)

Artículo 7º.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Ley N° 18.995 Día de la seguridad del paciente

Artículo 1º.- Declárase el día 14 de abril de cada año como el "Día de la Seguridad del Paciente".

Artículo 2º.- En dicha fecha se promoverán actividades en todas las organizaciones públicas o privadas vinculadas a la salud, las que serán coordinadas por el Ministerio de Salud Pública, dedicadas a informar a la población sobre las medidas vigentes relativas a las buenas prácticas en la seguridad del paciente y de la prevención del error en medicina.

Artículo 3º.- Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, así como las organizaciones universitarias, organizaciones de profesionales, de funcionarios y de usuarios vinculados a los servicios de salud, organizarán dichas actividades, con carácter informativo y educativo, en cada lugar de trabajo, en materia de pautas sobre prevención, control y corrección sobre seguridad del paciente.

Artículo 4º.- Las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, y las organizaciones profesionales vinculadas a ellas, así como las instituciones de enseñanza universitaria y tecnológica vinculadas a la salud, promoverán la realización de foros y seminarios para pre y posgrados, con el tema Seguridad del Paciente.

Decreto No. 81/012

Con el fin de asegurar la mayor calidad en la atención y la seguridad del paciente el prestador debe implementar los Comités que a continuación se detallan, constituidos en la forma y con los cometidos que determine la normativa aplicable, los cuales tendrán carácter preceptivo.

Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (Co.Se.Pa.). Ordenanza No. 481/2008. Establece la constitución de las Co.Se.Pa. Institucionales. La Dirección General de la Salud, evaluará el cumplimiento de los cometidos de la Comisión a partir del número de historias clínicas auditadas cada año y de los informes que produzca a su respecto, los cuales deberán incluir conclusiones y recomendaciones. Los informes serán elevados a la JNS.

En el marco de la actual reforma Sanitaria, desde el año 2008 se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país. Todas las Instituciones prestadoras de asistencia integral deberán entonces mantener un Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo prácticas seguras y gestionando los riesgos asistenciales para disminuir aquellos que son evitables

Anexo 4: Cuestionario sobre conocimiento del personal de enfermería relacionado a Seguridad del paciente y Derecho sanitario



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
UR

Cuestionario sobre conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario.



Fecha: __ / __ / __
Número: _____

1. Edad:

[18-25 años)	
[25-32 años)	
[32-39 años)	
[39-46 años)	
[46-53 años)	
[53-60 años)	
≥60 años	

2. Sexo:

Femenino	
Masculino	

3. Estado civil:

Soltero	
Casado	
Unión libre	
Divorciado	
Viudo	

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Ciclo básico	
Bachillerato incompleto	
Bachillerato completo	
Terciario incompleto	
Terciario completo	
Especialidad	
Post grado	
Maestría	
Doctorado	

5. ¿Qué antigüedad tiene en la institución?

< 1 año	
1 a 5 años	
6 a 11 años	
12 a 17 años	
18 a 23 años	
>23 años	

6. ¿Qué cargo ocupa dentro de la institución?

Licenciado en enfermería	
Auxiliar de enfermería	

7. ¿Qué antigüedad tiene en su cargo?

< 1 año	
1 a 5 años	
6 a 11 años	
12 a 17 años	
18 a 23 años	
>23 años	

8. ¿Tiene otro empleo?

1 trabajo más	
2 trabajos más	
3 trabajos o más	

9. ¿Realizo posgrado? ¿En qué área de conocimiento?

Asistencial	
Gerencial / Administrativa	
Educación	
Seguridad del paciente	
Otro	

10. ¿Tiene conocimiento sobre qué es una Comisión para la Seguridad del Paciente?

Conoce	
No conoce	

11. ¿Tiene conocimiento sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en la institución?

Conoce	
No conoce	

12. Dentro del programa de seguridad del paciente; ¿cuáles son las estrategias más utilizadas?

Pulsera identificadora del usuario	
Protocolos	
Farmacovigilancia	

Derechos y deberes del usuario	
Sistemas de notificación de incidente	
Prevención de caídas	
Prevención UPP	
Otros	

13. ¿Usted conoce si hay representación por parte de los profesionales de enfermería en la integración de la COSEPA?

Si	
No	

14. ¿En la institución donde usted trabaja se realizan trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente?

Sabe	
No sabe	

15. ¿La institución dispone dentro del periodo de orientación laboral de los profesionales con información sobre la seguridad del paciente y la COSEPA?

Si	
No	

16. ¿Ha recibido capacitación por parte de la institución relacionada a la seguridad del paciente?

Nunca	
Hace más de un año	
Hace más de 6 meses	
En los últimos 6 meses	
Frecuentemente	

17. ¿La institución en la que usted trabaja fomenta el acceso a capacitaciones relacionadas con la seguridad del paciente?

Muy en desacuerdo	
En desacuerdo	
Indiferente	
De acuerdo	
Muy de acuerdo	

18. ¿Está usted satisfecho con la información que recibe sobre la seguridad del paciente?

Muy insatisfecho	
Insatisfecho	

Indiferente	
Satisfecho	
Muy satisfecho	

19. ¿Existen protocolos en la institución relacionados a la seguridad del paciente?

Si	
No	

20. ¿Cuáles son protocolos disponibles en la institución?

Riesgo de caídas	
Prevención UPP	
Prevención de flebitis	
Preparación de medicación	
Farmacovigilancia	
Identificación de usuarios	
Otro	

21. ¿Se encuentran accesibles para el personal de enfermería?

Si	
No	

22. ¿Se aplican en la práctica diaria?

Si	
No	

23. ¿Ha presenciado errores?

Nunca	
Alguna veces al año	
Alguna veces al mes	
Algunas veces a la semana	
Frecuentemente	

24. ¿Cree usted que pueden haber sido evitados?

Nunca	
A veces	
Casi siempre	
Siempre	

25. ¿Qué estrategias utiliza la institución tras la ocurrencia de un evento adverso?

Sanción al legajo	
Observación verbal	
Suspensión	
Despido	
No toma medidas	
Análisis causa raíz	
Capacitaciones	
Promueve la denuncia de los errores	

26. ¿Se evaluaron sus conocimientos en relación a la seguridad del paciente?

Nunca	
Alguna veces al año	
Alguna veces al mes	
Algunas veces a la semana	
Frecuentemente	

27. ¿Conoce la Ley de los derechos y deberes de los usuarios?

Conoce	
No conoce	

28. ¿La aplica en el ejercicio diario?

Si	
No	

29. ¿Tiene conocimiento de la Ley que regula el ejercicio de enfermería (Ley 18.815)?

Conoce	
No conoce	

30. ¿Considera que la aplicación de la Ley influye sobre la seguridad del paciente?

Si	
No	

Anexo 5: Consentimiento informado

Estimado (a) Participante: El siguiente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre el conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación al funcionamiento de la COSEPA institucional basado en el derecho sanitario. La

información que se recabe tendrá como objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos. No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar de forma sincera.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Hoja de información del participante para el consentimiento libre e informado:

Título de la investigación: Conocimiento del personal de enfermería respecto a la seguridad del paciente y derecho sanitario.

Estimado participante: Dicho estudio corresponde a un requisito curricular académico en marco de la tesis de grado de la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Plan 1993, UDELAR.

Tiene como objetivo: Identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación al funcionamiento de la Comisión de seguridad del paciente basado en el derecho sanitario.

Dando cumplimiento a la resolución elaborada por la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención a la Salud del SNIS, el Decreto N° 379/08 de la R.O.U. (Investigación en seres humanos), la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la Declaración de Helsinki, se le informa que:

- Usted tiene la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Puede dejar de participar en este estudio sin ningún perjuicio, ni riesgo.
- Tiene la garantía de que no va a ser identificado (a) y toda la información aportada será confidencial.
- Que se mantendrán todos los preceptos éticos y legales durante y después de la recopilación de los datos.

- El compromiso de que tiene acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Investigador	Cedula	Celular
Br. Arias Guaiquiria	4.910.863-5	092123584
Br. Bentancort Laura	4.633.895-8	098039345
Br. Betancur Lilián	4.805.247-3	098705143
Br. Gómez Lidia	3.248.420-8	095089628
Br: Guevara Silvia	4.240.167-0	092961312

Tutora: Prof. Adj. Mag. Balado Calviño, María Lourdes.

Firma: _____ Aclaración: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____

Anexo 6: Cronograma de actividades

Etapas de la investigación	2017							2018										
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Asignación de cátedra	30/6																	
Elección del tema		5/7																
Elaboración del protocolo		17/7	6/6															
Recolección de datos													13/6					
Procesamiento y tabulación de datos													15/6					
Elaboración de TFI																		

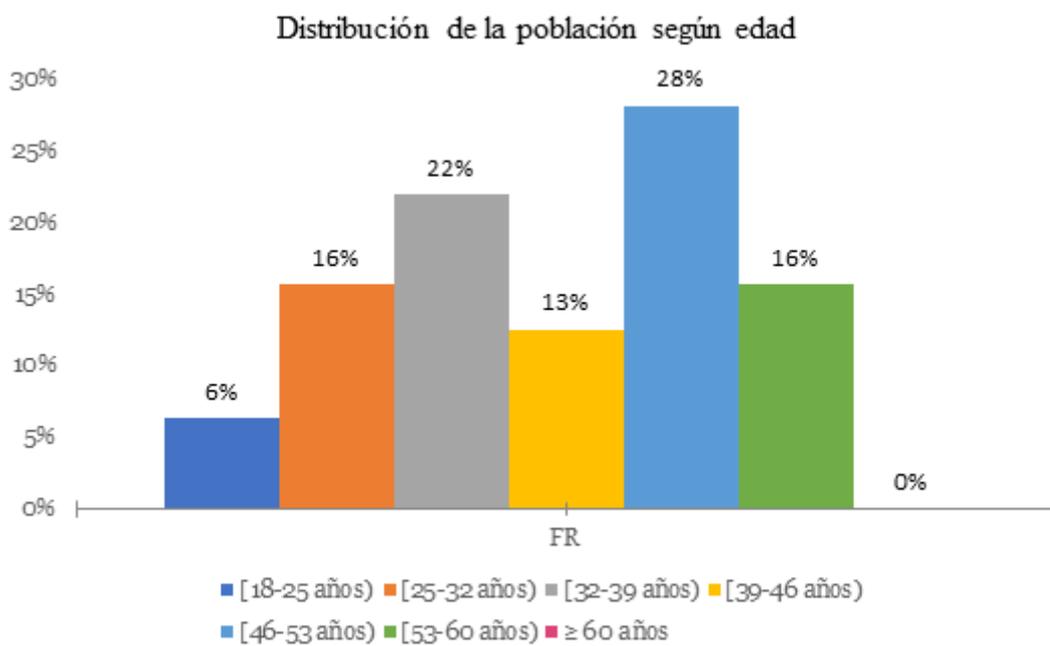
Edad	FA	FR
[18-25 años)	2	6%
[25-32 años)	5	16%
[32-39 años)	7	22%
[39-46 años)	4	13%
[46-53 años)	9	28%
[53-60 años)	5	16%
≥60 años		0%
Total	32	100%

Anexo 7: Tablas y gráficos

Tabla 1: Distribución de la población según edad.

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 1: Distribución de la población según edad.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

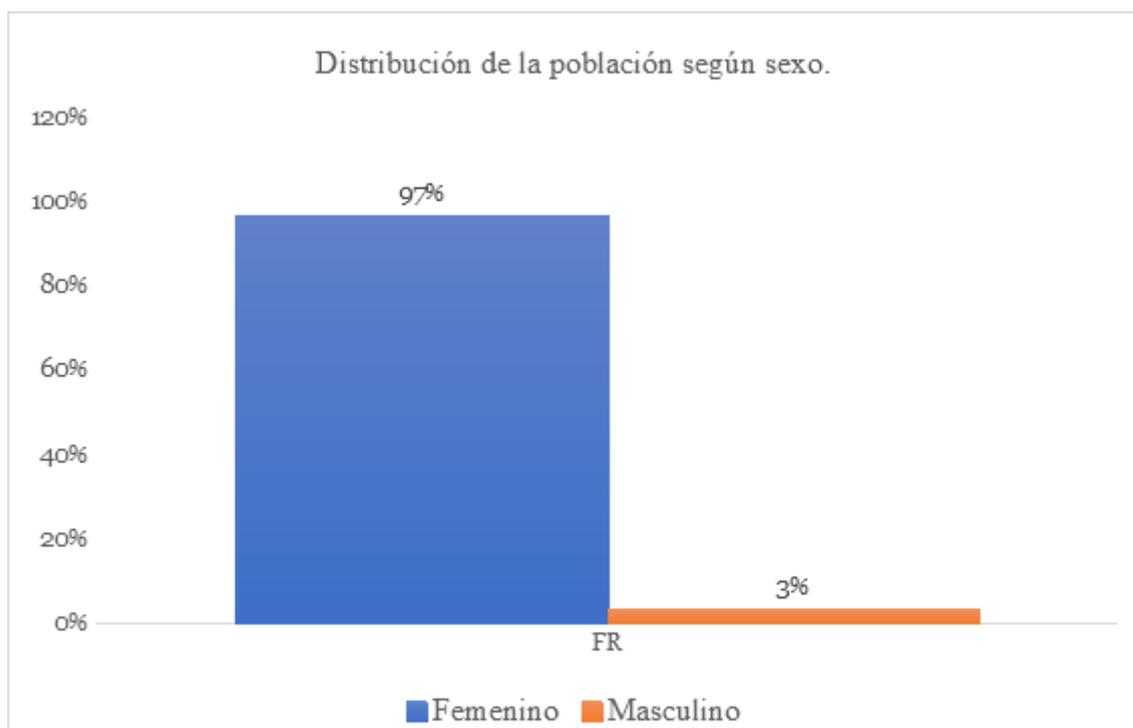
Tabla 2: Distribución de la población según sexo.

Sexo	FA	FR
------	----	----

Femenino	31	97%
Masculino	1	3%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 2: Distribución de la población según sexo.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

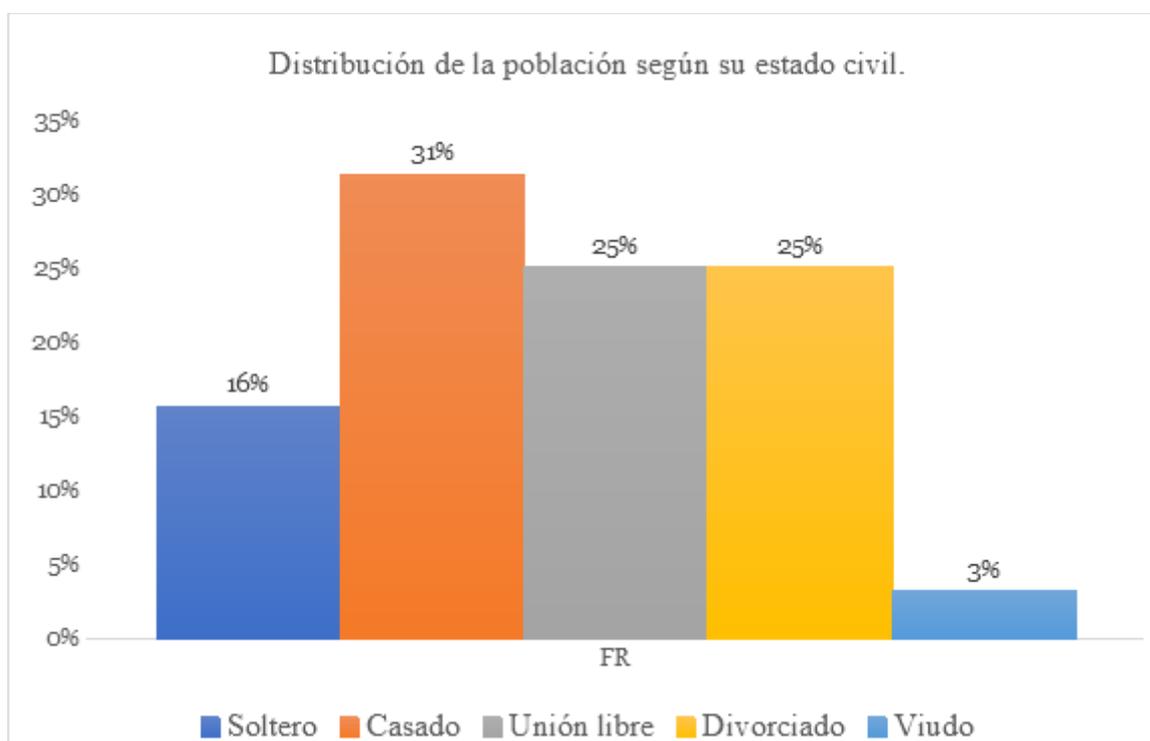
Tabla 3: Distribución de la población según su estado civil.

Estado civil	FA	FR
---------------------	-----------	-----------

Soltero	5	16%
Casado	10	31%
Unión libre	8	25%
Divorciado	8	25%
Viudo	1	3%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 3: Distribución de la población según su estado civil



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

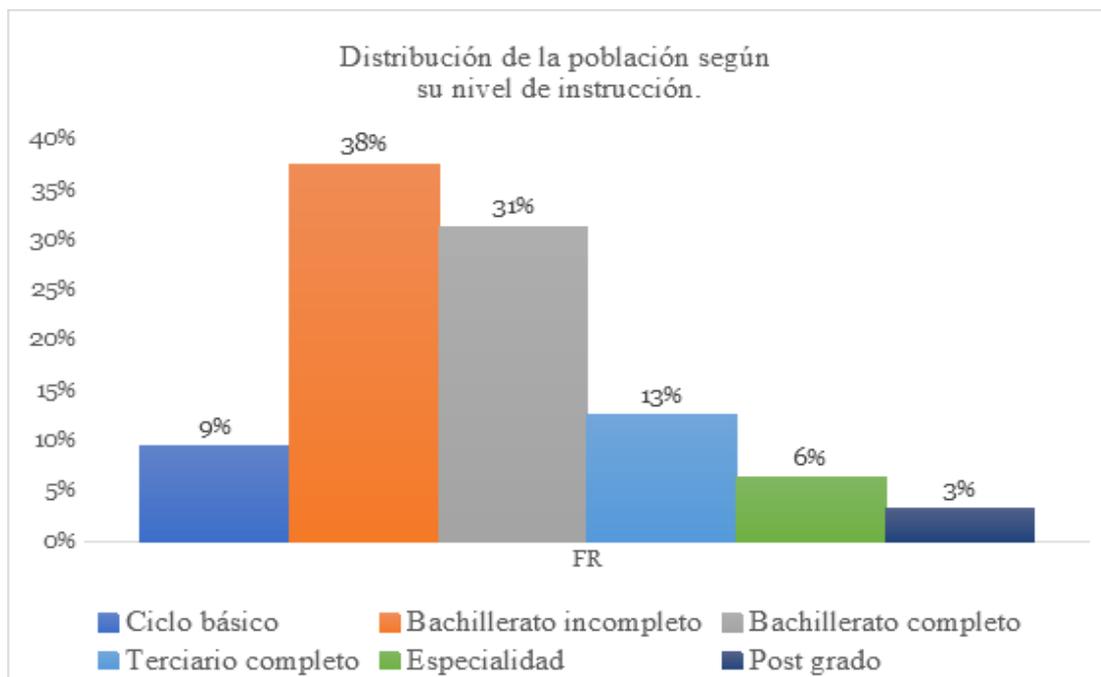
Tabla 4: Distribución de la población según su nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	FA	FR
-----------------------------	-----------	-----------

Ciclo básico	3	9%
Bachillerato incompleto	12	38%
Bachillerato completo	10	31%
Terciario incompleto	0	0%
Terciario completo	4	13%
Especialidad	2	6%
Posgrado	1	3%
Maestría	0	0%
Doctorado	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

Gráfico 4: Distribución de la población según su nivel de instrucción



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

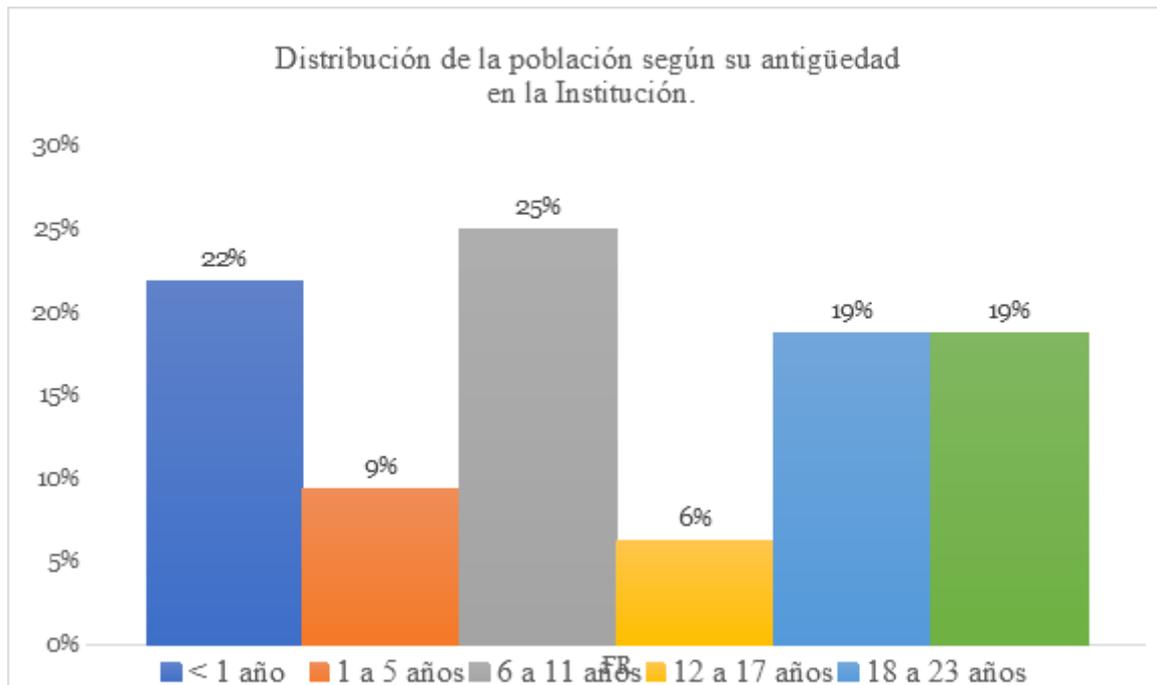
Tabla 5: Distribución de la población según su antigüedad en la institución.

Antigüedad en la institución	FA	FR
-------------------------------------	-----------	-----------

< 1 año	7	22%
1 a 5 años	3	9%
6 a 11 años	8	25%
12 a 17 años	2	6%
18 a 23 años	6	19%
>23 años	6	19%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 5: Distribución de la población según su antigüedad en la institución.



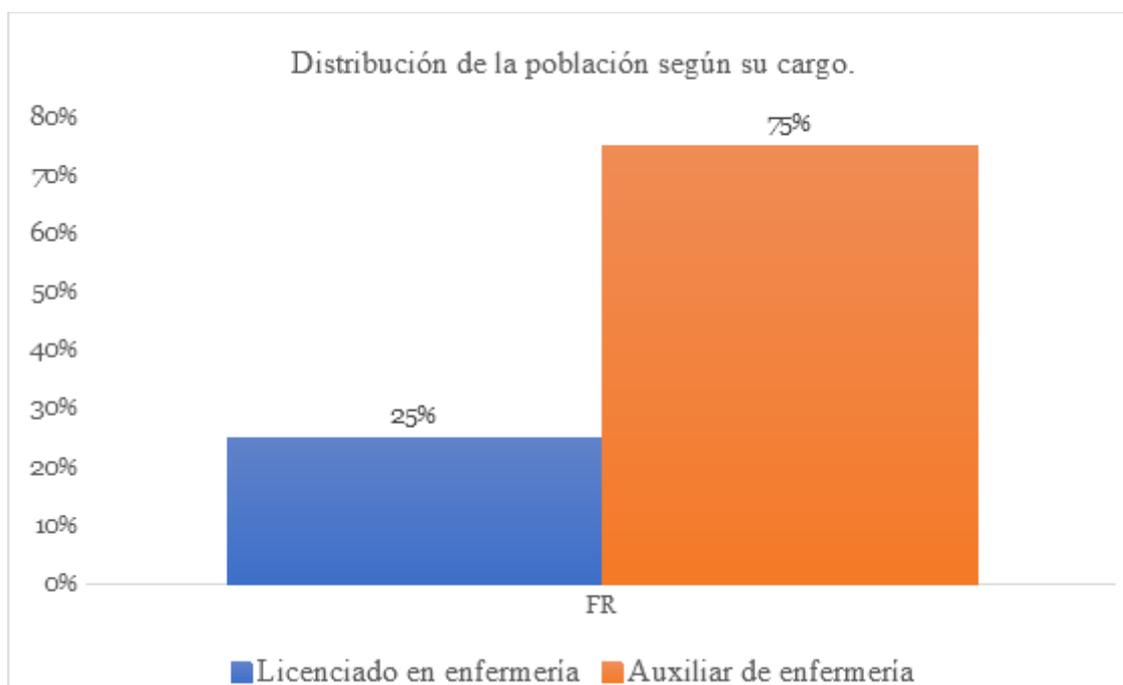
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 6: Distribución de la población según su cargo.

Cargo	FA	FR
Licenciado en enfermería	8	25%
Auxiliar de enfermería	24	75%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 6: Distribución de la población según su cargo.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

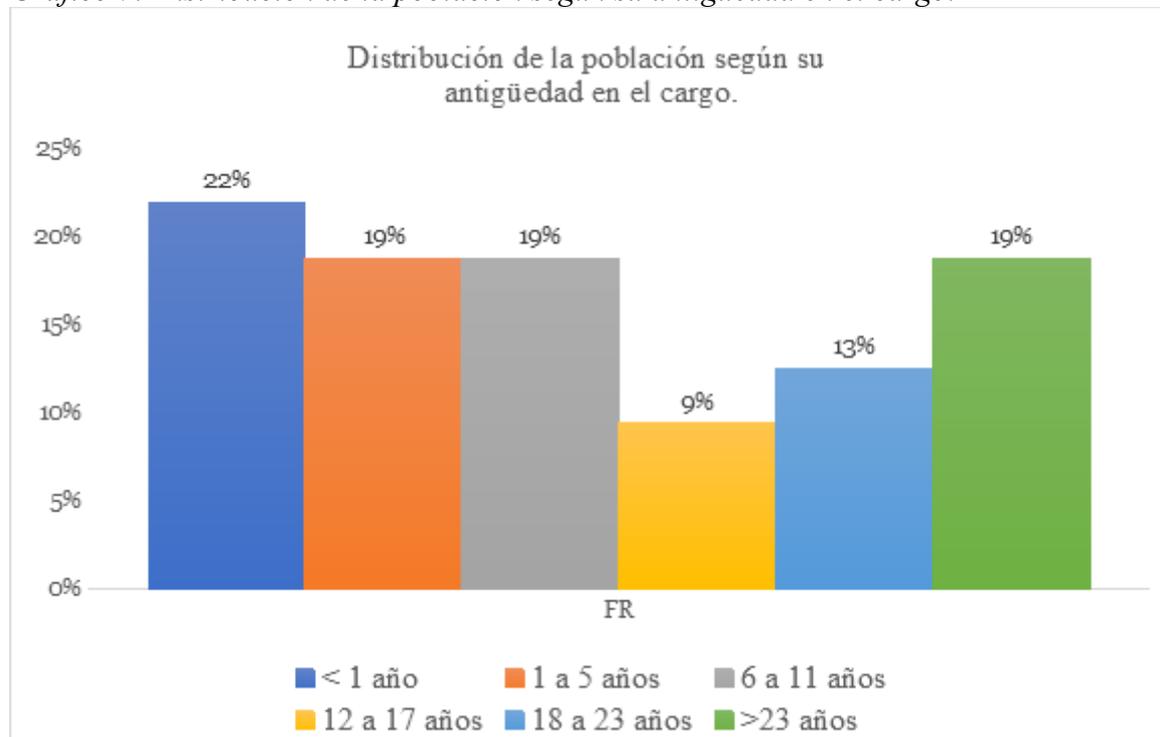
Tabla 7: Distribución de la población según su antigüedad en el cargo.

Antigüedad tiene en el cargo	FA	FR
< 1 año	7	22%

1 a 5 años	6	19%
6 a 11 años	6	19%
12 a 17 años	3	9%
18 a 23 años	4	13%
>23 años	6	19%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 7: Distribución de la población según su antigüedad en el cargo.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

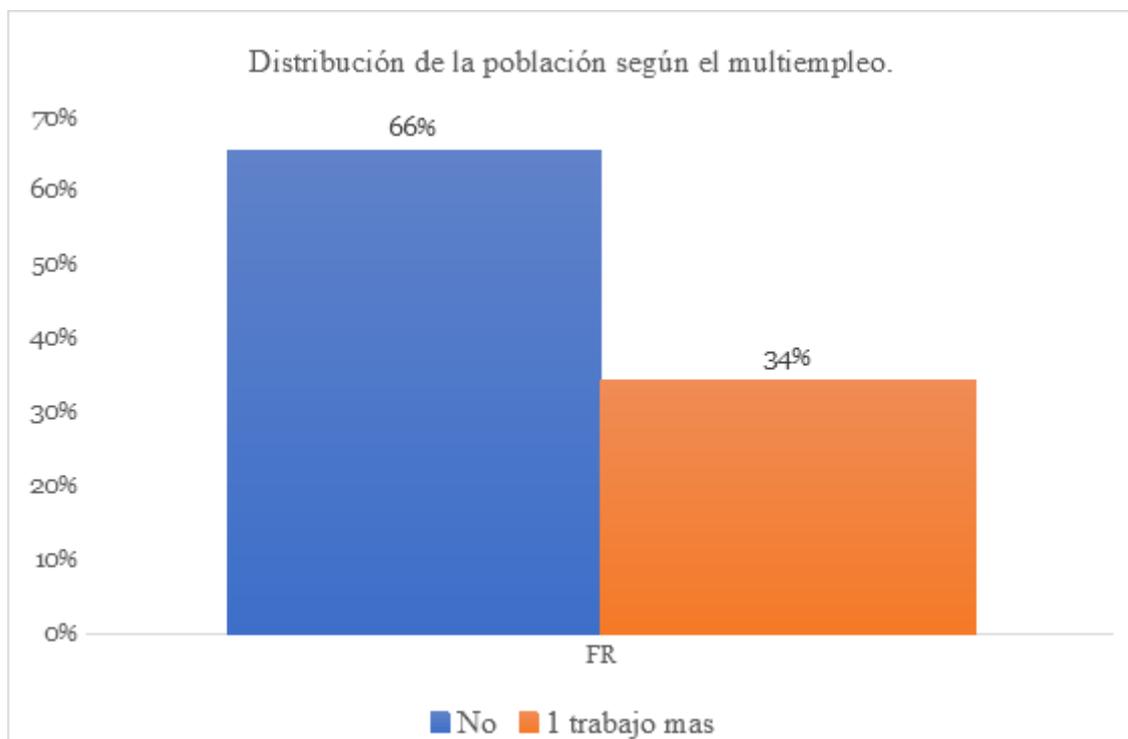
Tabla 8: Distribución de la población según el multiempleo.

Tiene otro empleo	FA	FR
No	21	66%

1 trabajo más	11	34%
2 trabajos más	0	0%
3 trabajos o más	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 8: Distribución de la población según el multiempleo.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

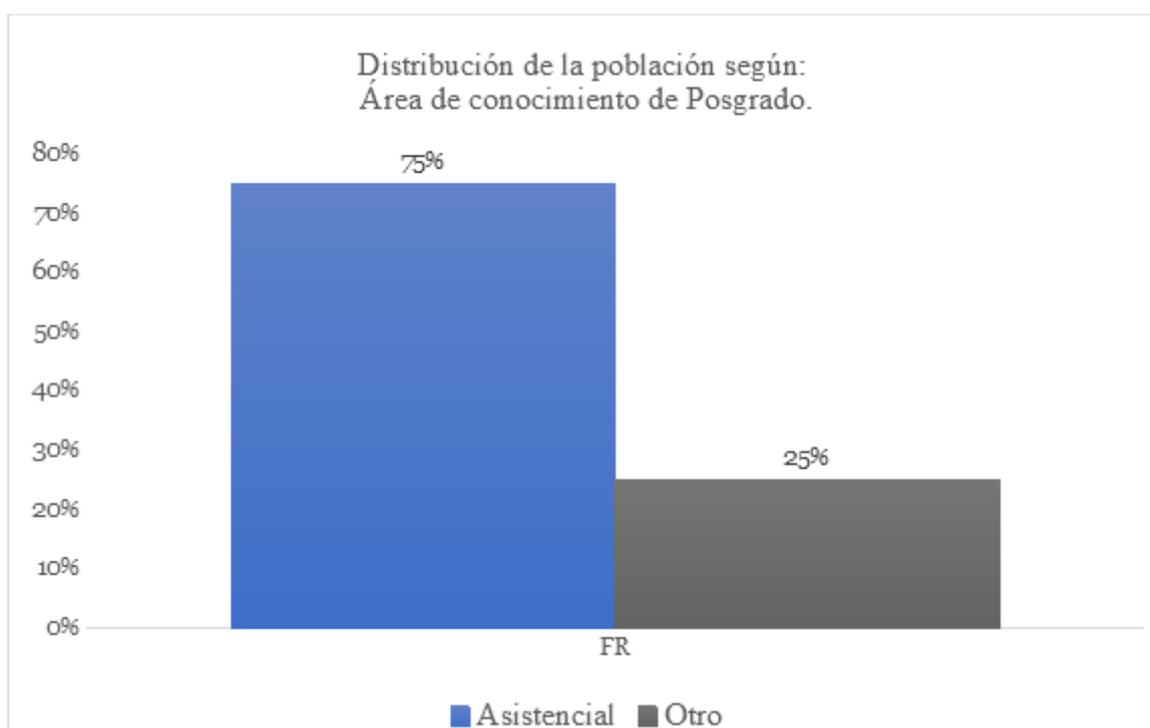
Tabla 9: Distribución de la población según: Área de conocimiento de posgrado.

Área de conocimiento posgrado	FA	FR
Asistencial	3	75%

Gerencial / Administrativa	0	0%
Educación	0	0%
Seguridad del paciente	0	0%
Otro	1	25%
Total	4	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 9: Distribución de la población según: Área de conocimiento de posgrado.



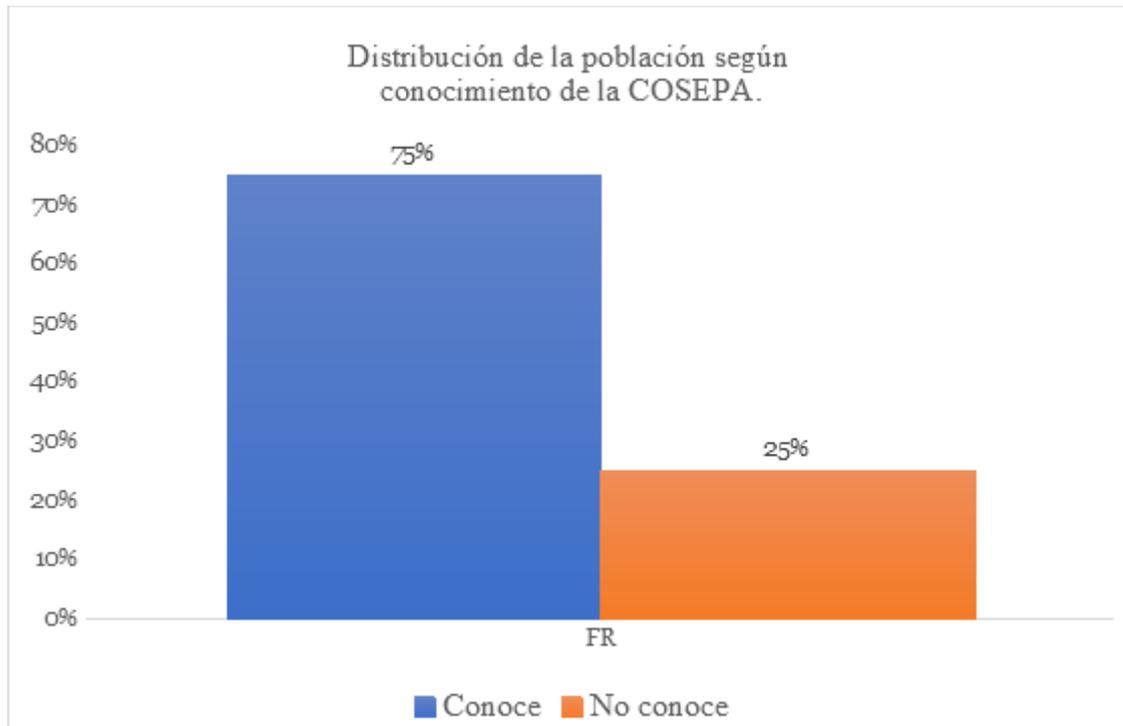
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 10: Distribución de la población según conocimiento de la COSEPA.

Tiene conocimiento sobre qué es una COSEPA	FA	FR
Conoce	24	75%
No conoce	8	25%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

Gráfico 10: Distribución de la población según conocimiento de la COSEPA.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

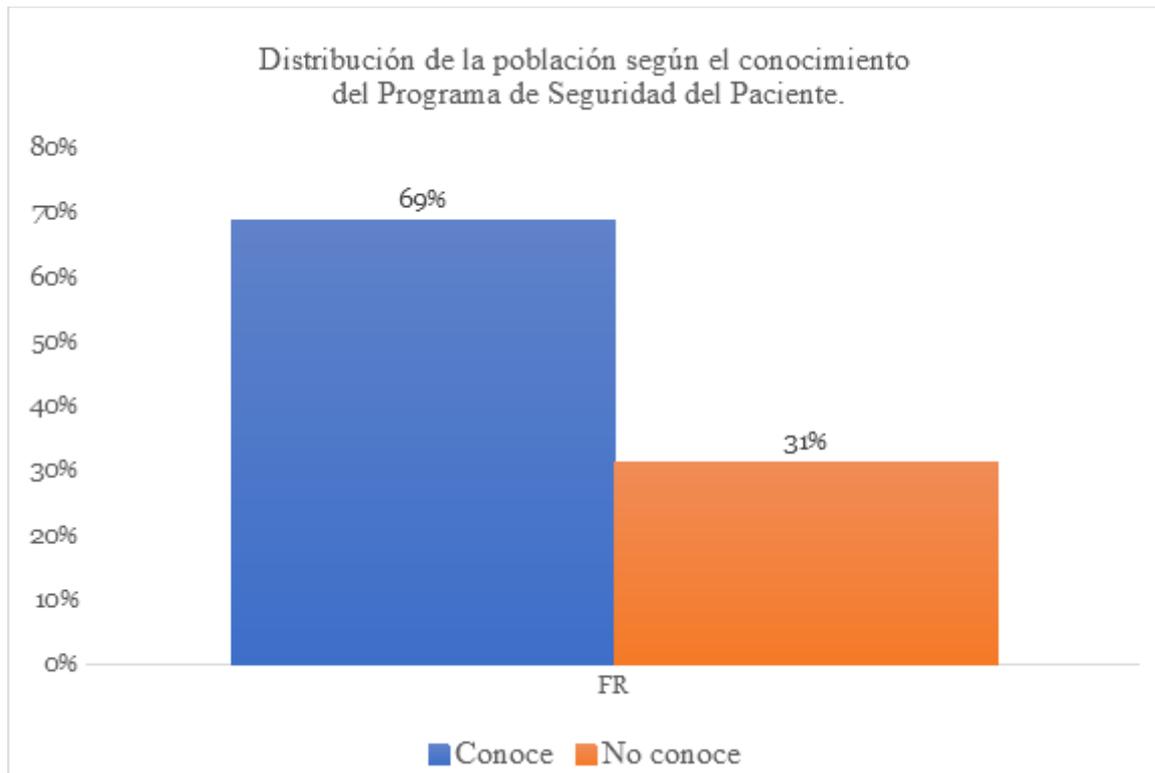
Tabla 11: Distribución de la población según el conocimiento del Programa Seguridad del Paciente.

Conocimiento sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en la institución	FA	FR
Conoce	22	69%

No conoce	10	31%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

Gráfico 11: Distribución de la población según el conocimiento del Programa Seguridad del Paciente.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

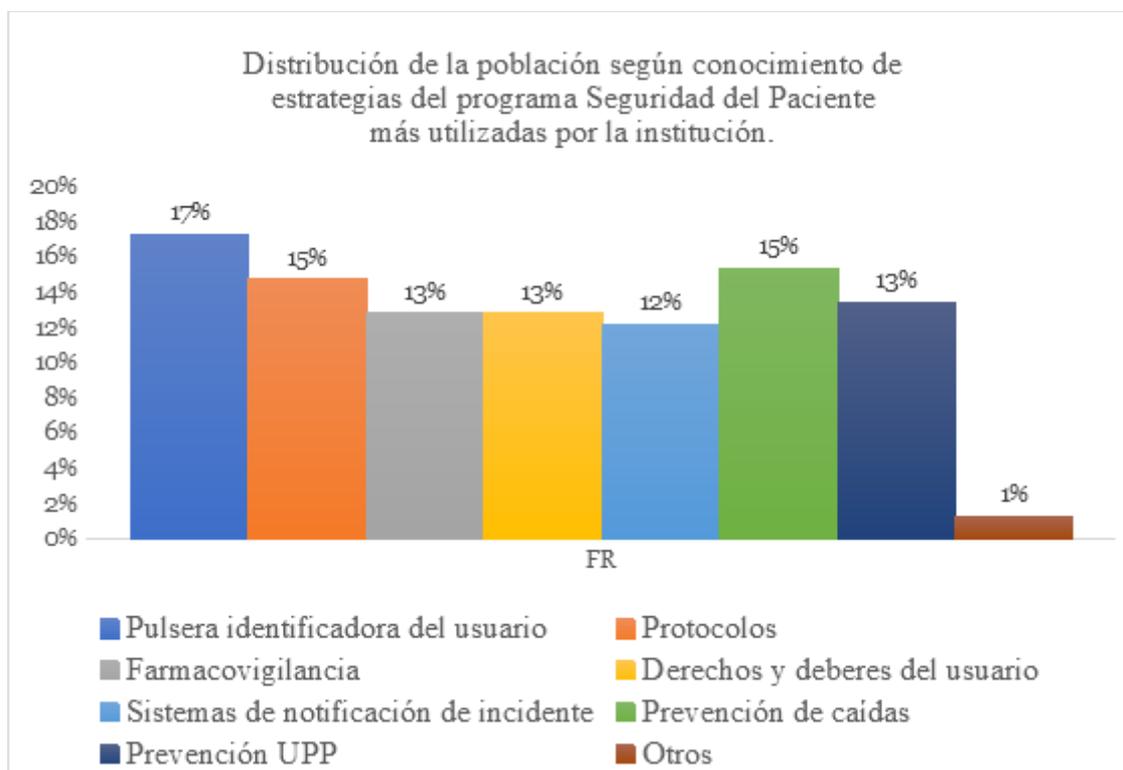
Tabla 12: Distribución de la población según conocimiento de estrategias del programa Seguridad del paciente más utilizadas por la institución.

Dentro del programa de seguridad del paciente: ¿cuáles son las estrategias más utilizadas?	FA	FR
Pulsera identificadora del usuario	27	17%
Protocolos	23	15%

Farmacovigilancia	20	13%
Derechos y deberes del usuario	20	13%
Sistemas de notificación de incidente	19	12%
Prevención de caídas	24	15%
Prevención UPP	21	13%
Otros	2	1%
Total	156	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 12: Distribución de la población según conocimiento de estrategias del programa Seguridad del paciente más utilizadas por la institución.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 13: Distribución de la población según el conocimiento sobre la representación de profesionales de enfermería en COSEPA.

Conoce si hay representación por parte de los profesionales de enfermería en la integración de la COSEPA	FA	FR
Si	20	63%
No	12	38%

Total	32	100%
--------------	-----------	-------------

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 13: Distribución de la población según el conocimiento sobre la representación de profesionales de enfermería en COSEPA.



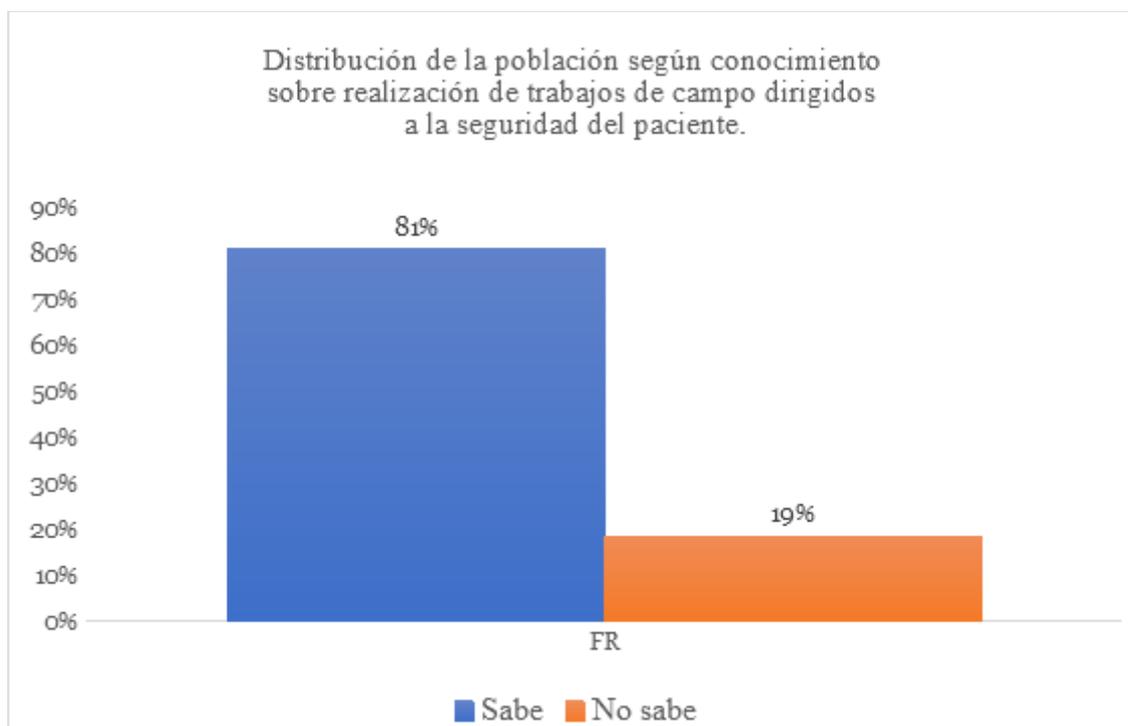
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 14: Trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente.

¿En la institución donde usted trabaja se realizan trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente?	FA	FR
Sabe	26	81%
No sabe	6	19%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 14: Distribución de la población según conocimiento sobre realización de trabajos de campo dirigidos a la seguridad del paciente.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

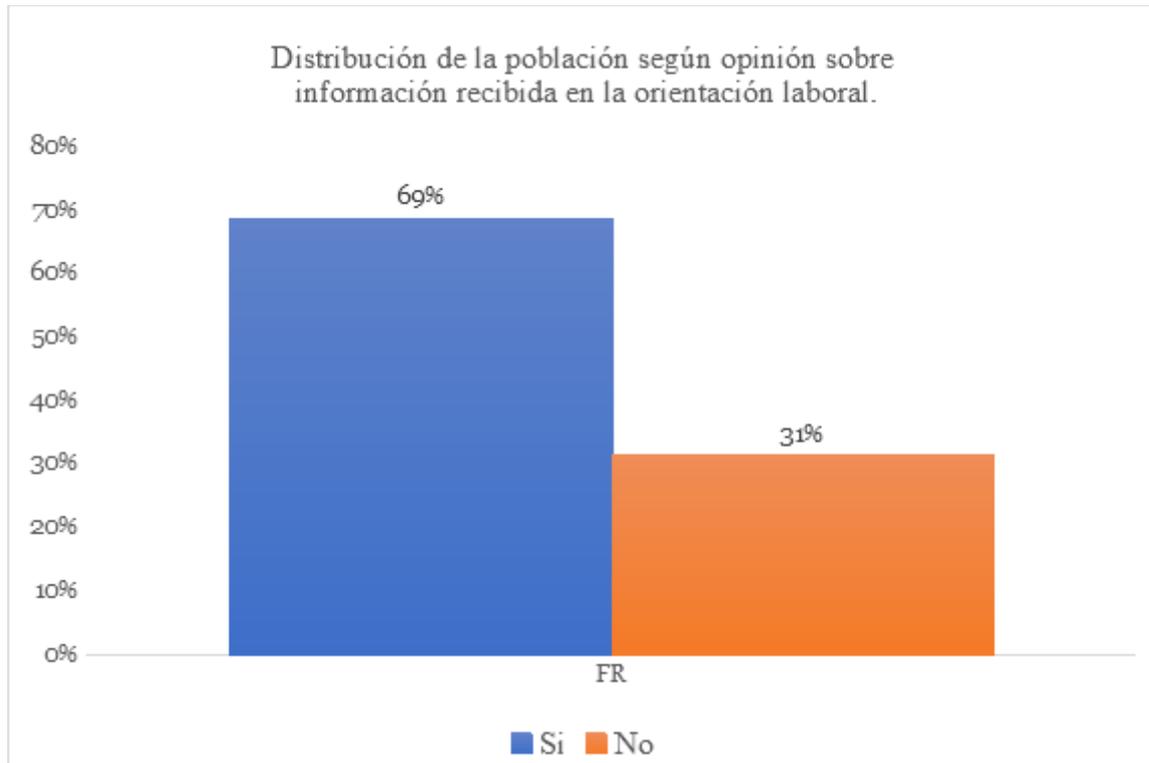
Tabla 15: Distribución de la población según opinión sobre información recibida en la orientación laboral.

¿La institución dispone, dentro del periodo de orientación laboral de los profesionales, de información sobre la seguridad del paciente y la COSEPA?	FA	FR
Si	22	69%
No	10	31%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la

seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 15: Distribución de la población según opinión sobre información recibida en la orientación laboral.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

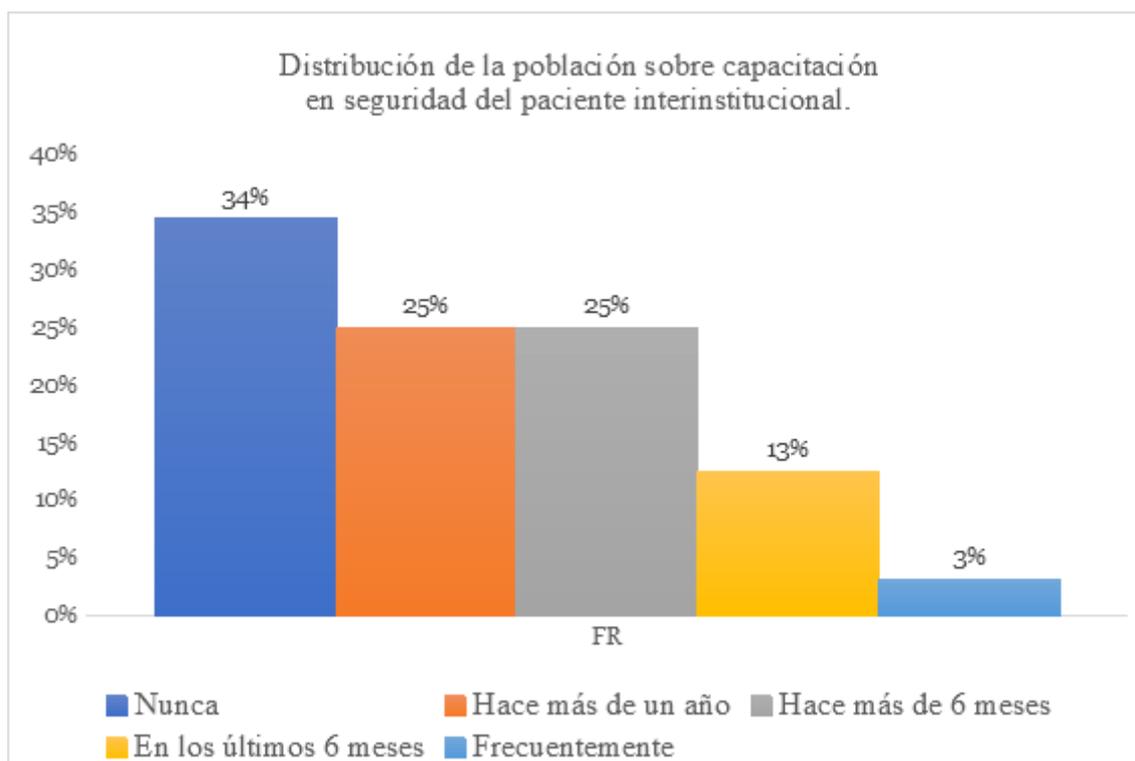
Tabla 16: Distribución de la población sobre capacitación en seguridad del paciente interinstitucional.

¿Ha recibido capacitación por parte de la institución relacionada a la seguridad del paciente?	FA	FR
Nunca	11	34%
Hace más de un año	8	25%
Hace más de 6 meses	8	25%
En los últimos 6 meses	4	13%

Frecuentemente	1	3%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 16: Distribución de la población sobre capacitación en seguridad del paciente interinstitucional.



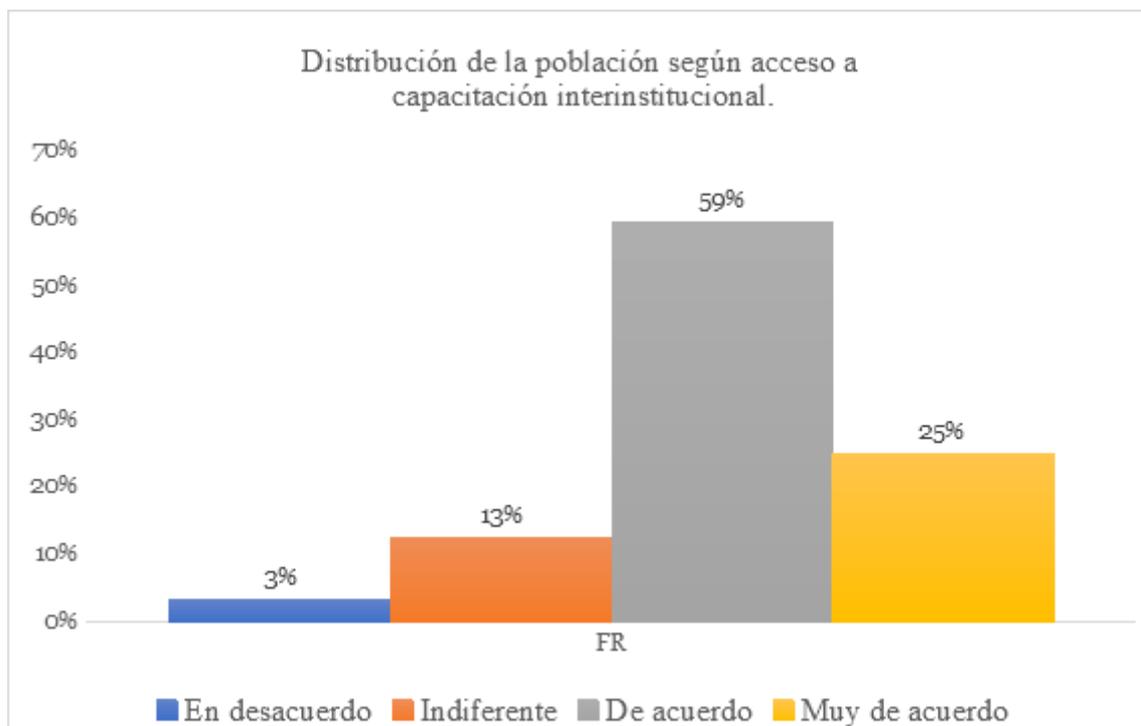
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 17: Distribución de la población según acceso a capacitación interinstitucional.

¿La institución en la que usted trabaja fomenta el acceso a capacitaciones relacionadas con la seguridad del paciente?	FA	FR
Muy en desacuerdo	0	0%
En desacuerdo	1	3%
Indiferente	4	13%
De acuerdo	19	59%
Muy de acuerdo	8	25%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 17: Distribución de la población según acceso a capacitación interinstitucional.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

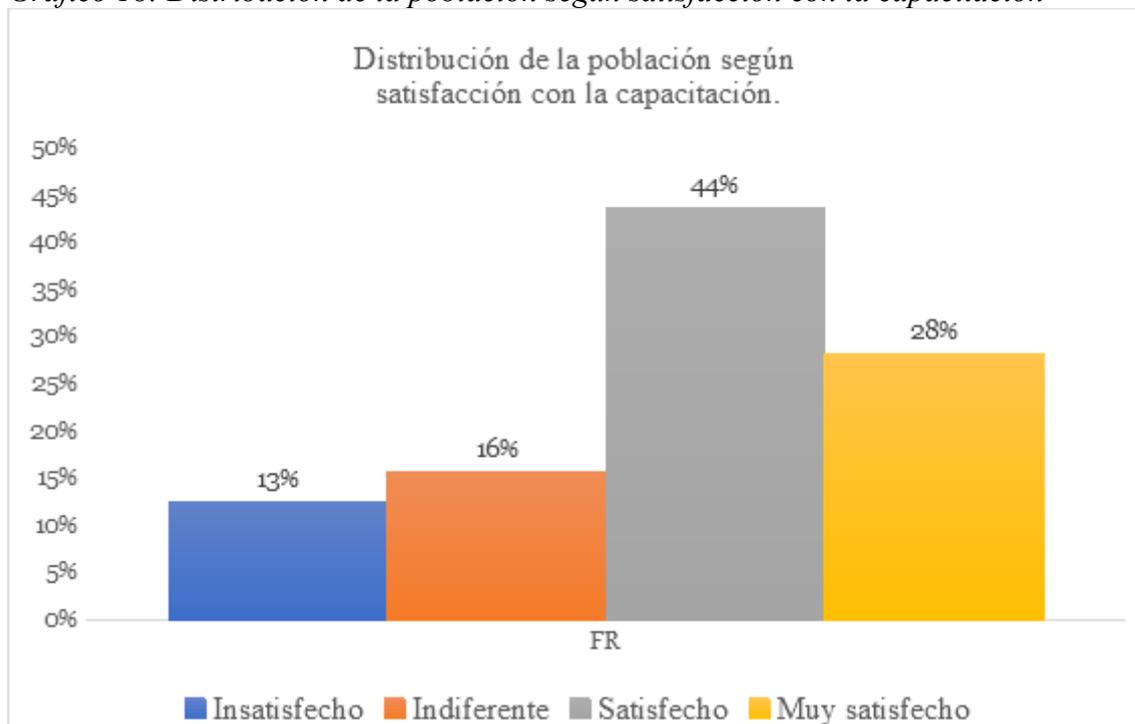
Tabla 18: Distribución de la población según satisfacción con la capacitación.

¿Está usted satisfecho con la información que recibe sobre la seguridad del paciente?	FA	FR
Muy insatisfecho	0	0%
Insatisfecho	4	13%
Indiferente	5	16%
Satisfecho	14	44%
Muy satisfecho	9	28%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la

seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 18: Distribución de la población según satisfacción con la capacitación



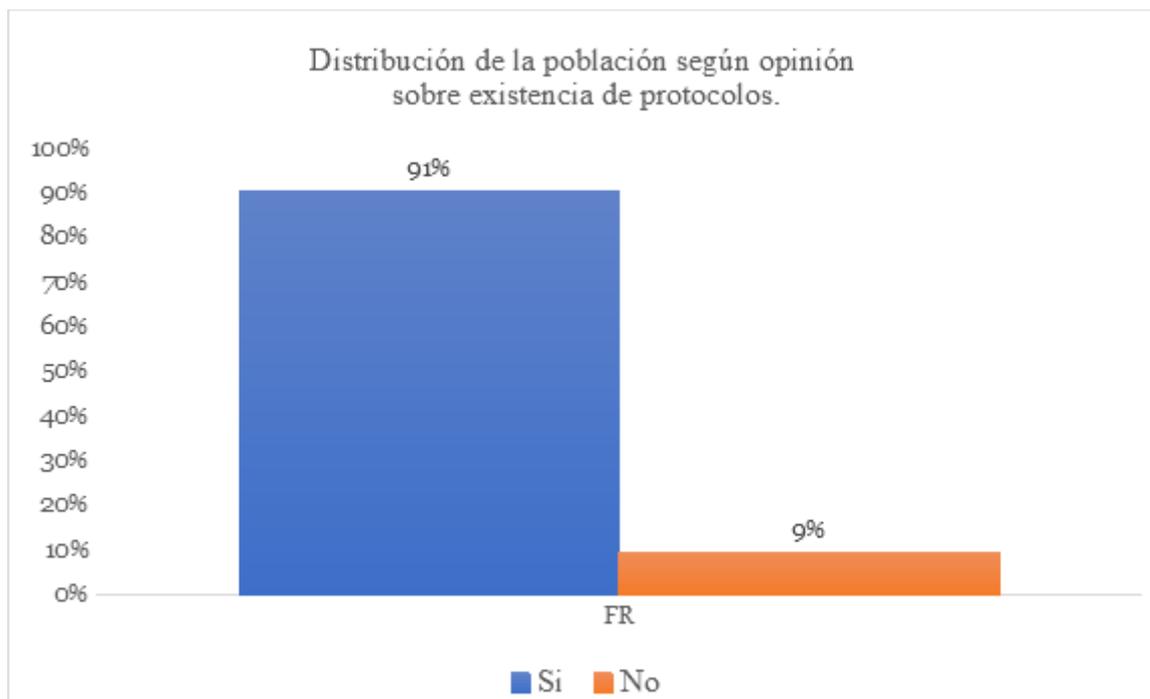
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 19: Distribución de la población según opinión sobre existencia de protocolos.

¿Existen protocolos en la institución relacionados a la seguridad del paciente?	FA	FR
Si	29	91%
No	3	9%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 19: Distribución de la población según opinión sobre existencia de protocolos.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

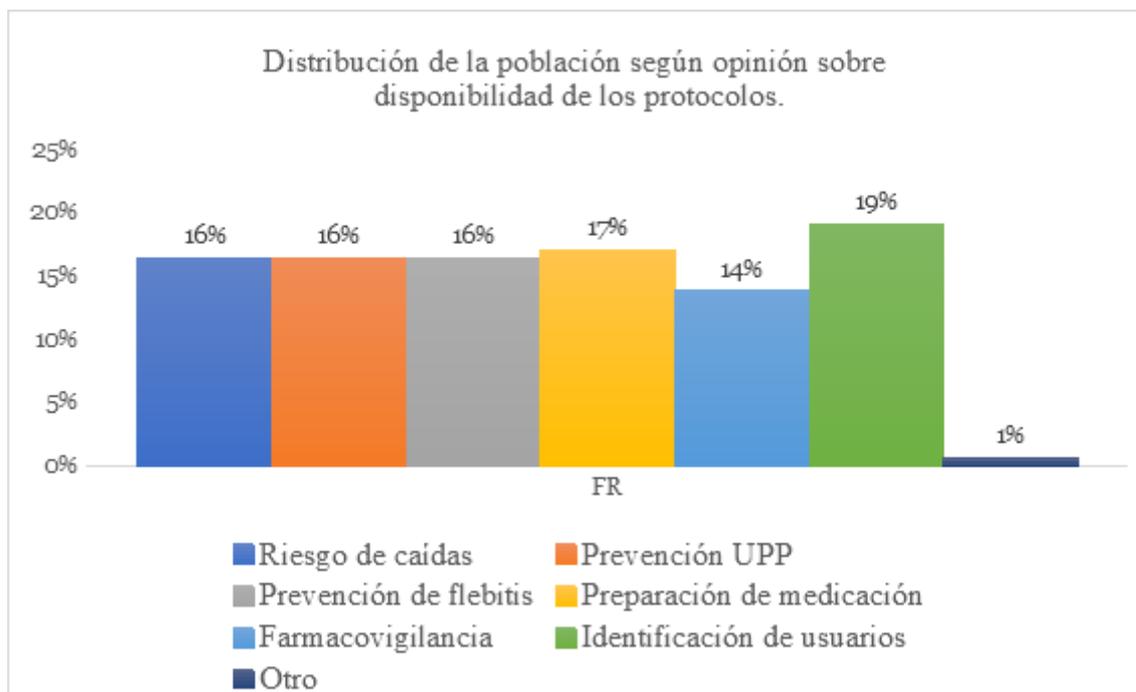
Tabla 20: Distribución de la población según opinión sobre disponibilidad de los protocolos.

¿Cuáles son protocolos disponibles en la institución?	FA	FR
Riesgo de caídas	25	16%
Prevención UPP	25	16%
Prevención de flebitis	25	16%
Preparación de medicación	26	17%
Farmacovigilancia	21	14%
Identificación de usuarios	29	19%
Otro	1	1%

Total	152	100%
--------------	------------	-------------

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 20: Distribución de la población según opinión sobre disponibilidad de los protocolos.



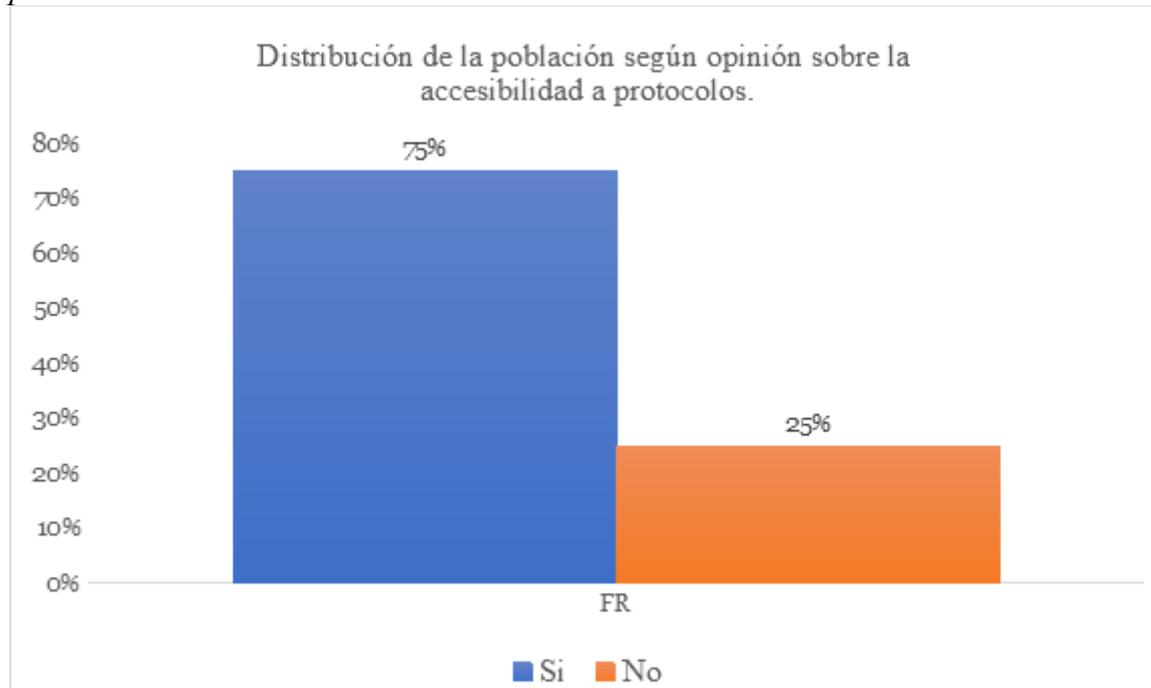
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 21: Distribución de la población según opinión sobre la accesibilidad a protocolos.

¿Se encuentran accesibles para el personal de enfermería?	FA	FR
Si	24	75%
No	8	25%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 21: Distribución de la población según opinión sobre la accesibilidad a protocolos.



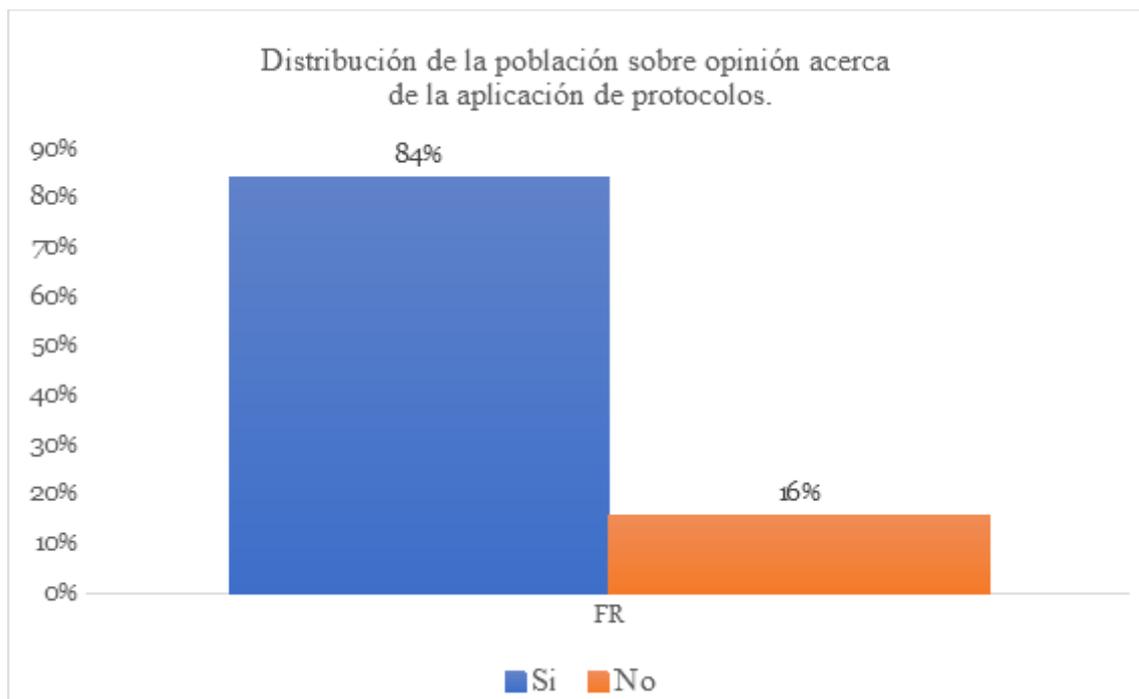
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 22: Distribución de la población sobre opinión acerca de la aplicación de protocolos.

¿Se aplican en la práctica diaria?	FA	FR
Si	27	84%
No	5	16%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 22: Distribución de la población sobre opinión acerca de la aplicación de protocolos.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

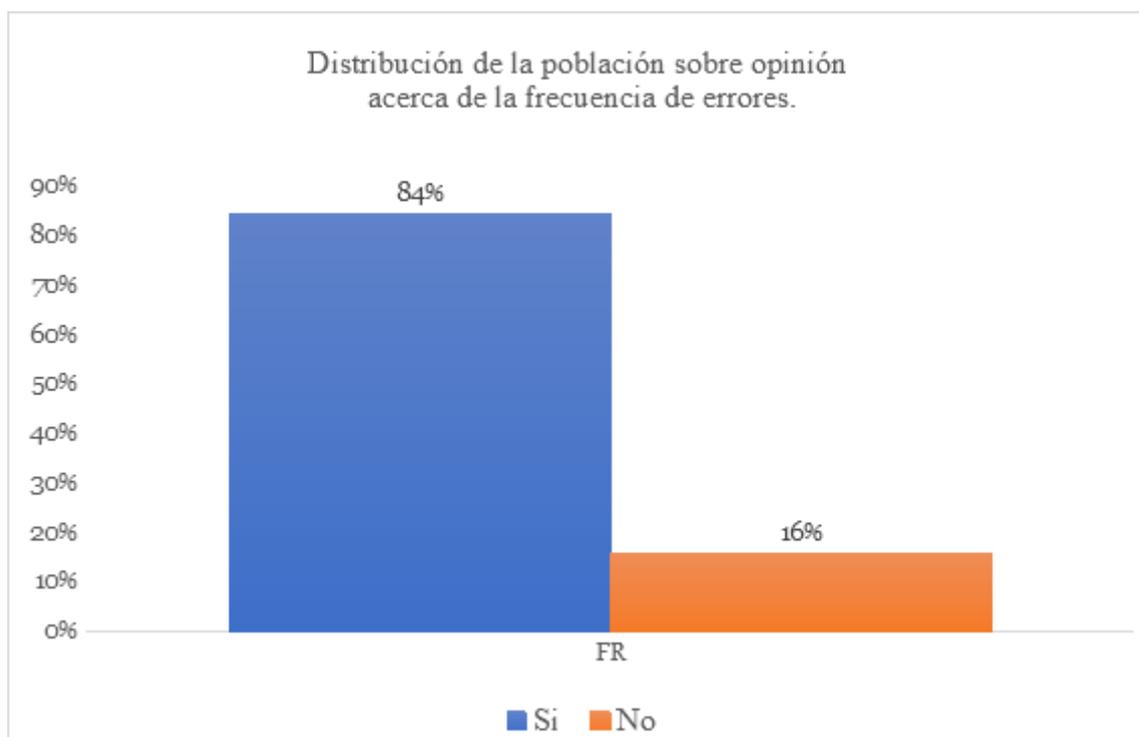
Tabla 23: Distribución de la población sobre opinión acerca de la frecuencia de errores.

¿Ha presenciado errores?	FA	FR
Nunca	8	25%
Alguna vez al año	9	28%
Alguna vez al mes	7	22%
Algunas veces a la semana	2	6%
Frecuentemente	6	19%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 23: Distribución de la población sobre opinión acerca de la frecuencia de

errores.



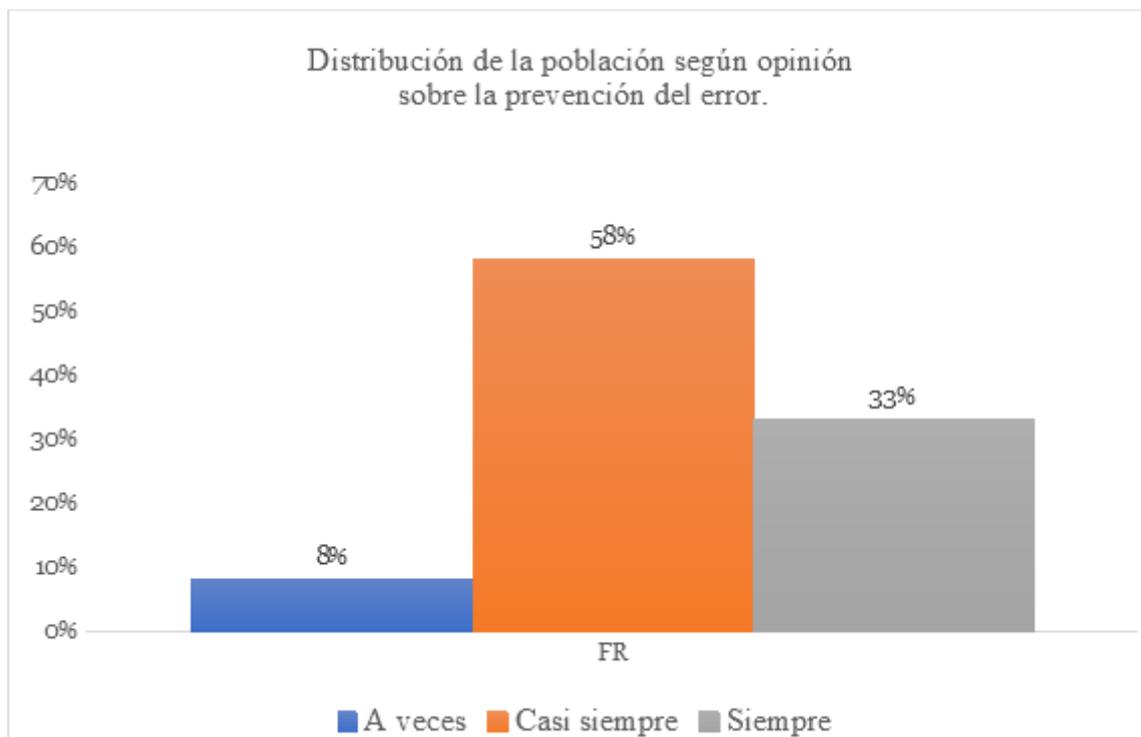
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 24: Distribución de la población según opinión sobre la prevención del error.

¿Cree usted que pudieron haber sido evitados?	FA	FR
Nunca	0	0%
A veces	2	8%
Casi siempre	14	58%
Siempre	8	33%
Total	24	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 24: Distribución de la población según opinión sobre la prevención del error.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

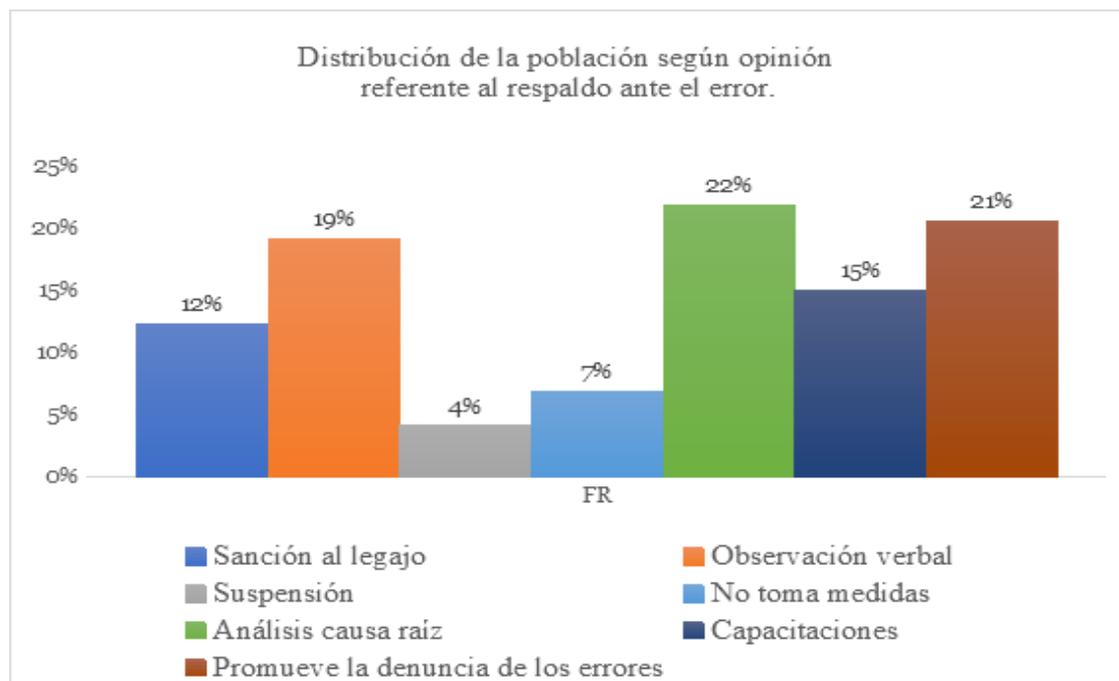
Tabla 25: Distribución de la población según opinión referente al respaldo ante el error.

¿Qué estrategias utiliza la institución tras la ocurrencia de un evento adverso?	FA	FR
Sanción al legajo	9	12%
Observación verbal	14	19%
Suspensión	3	4%
Despido	0	0%
No toma medidas	5	7%
Análisis causa raíz	16	22%
Capacitaciones	11	15%
Promueve la denuncia de los errores	15	21%

Total	73	100%
--------------	-----------	-------------

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”

Gráfico 25: Distribución de la población según opinión referente al respaldo ante el error.



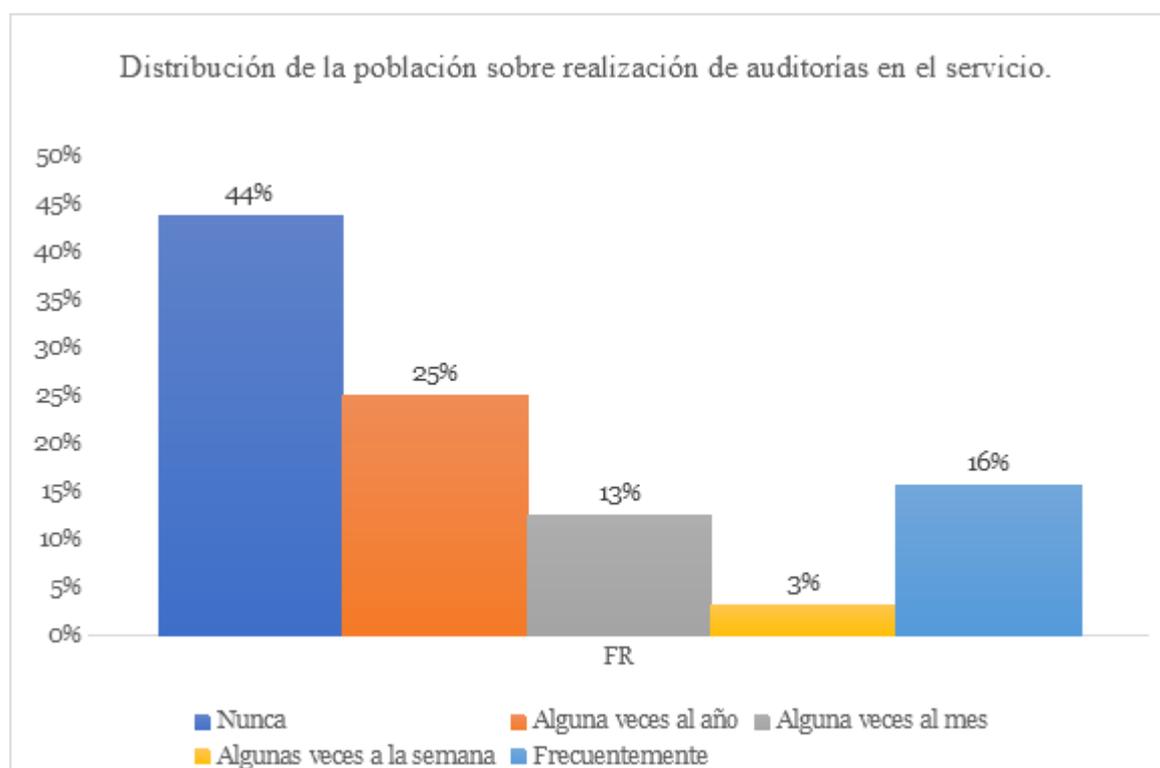
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 26: Distribución de la población sobre realización de auditorías en el servicio.

¿Se evaluaron sus conocimientos en relación a la seguridad del paciente?	FA	FR
Nunca	14	44%
Algunas veces al año	8	25%
Algunas veces al mes	4	13%
Algunas veces a la semana	1	3%
Frecuentemente	5	16%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 26: Distribución de la población sobre realización de auditorías en el servicio.



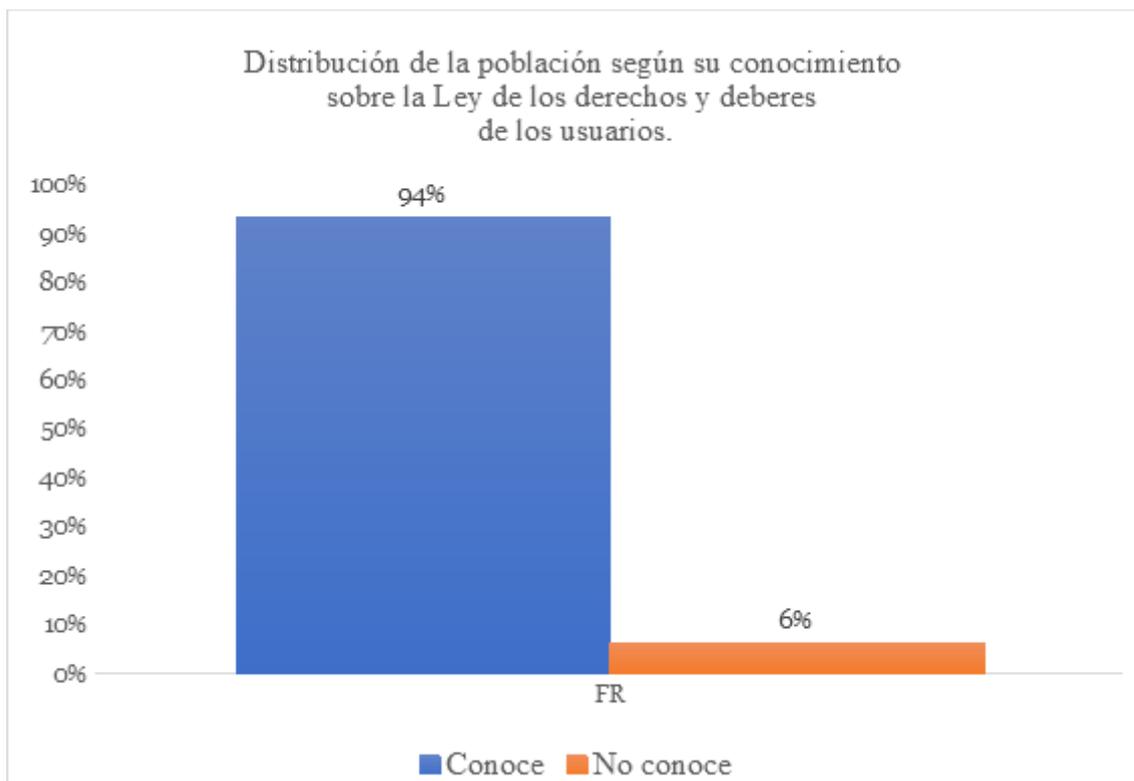
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 27: Distribución de la población según su conocimiento sobre la Ley de los derechos y deberes de los usuarios.

¿Conoce la Ley de los derechos y deberes de los usuarios?	FA	FR
Conoce	30	94%
No conoce	2	6%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 27: Distribución de la población según su conocimiento sobre la Ley de los derechos y deberes de los usuarios.



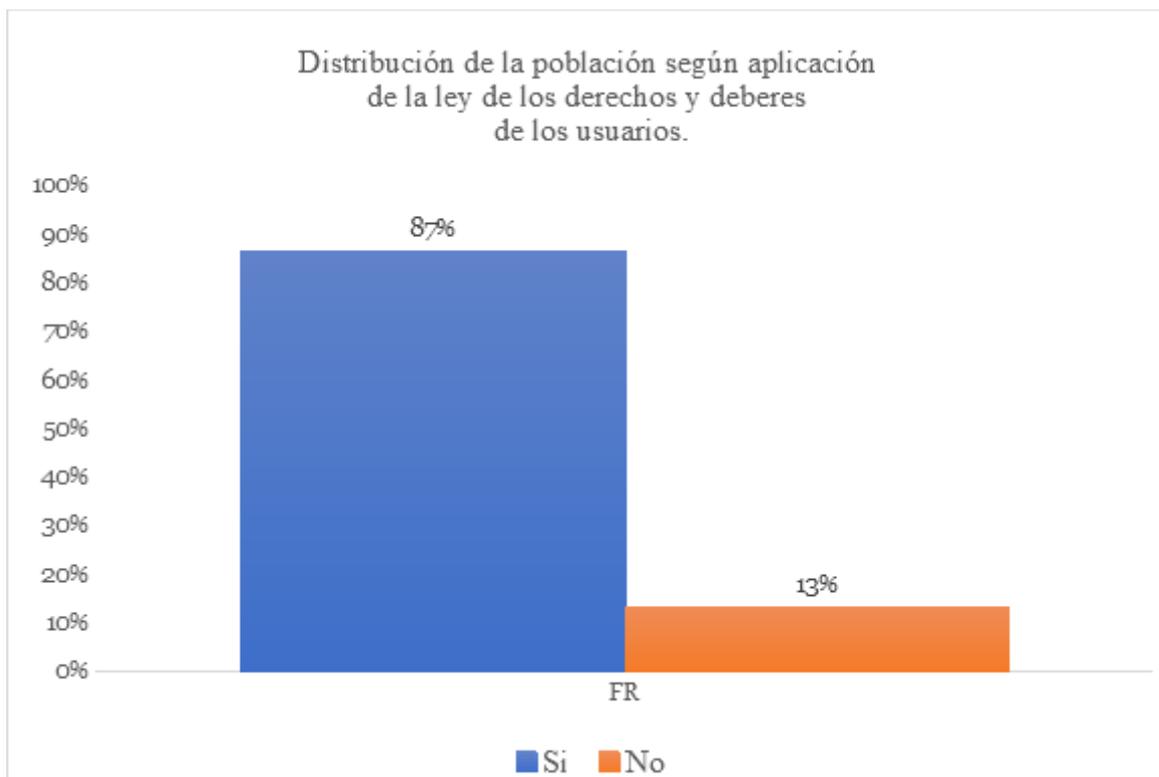
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 28: Distribución de la población según aplicación de la ley de los derechos y deberes de los usuarios.

¿La aplica en el ejercicio diario?	FA	FR
Si	26	87%
No	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 28: Distribución de la población según aplicación de la ley de los derechos y deberes de los usuarios.



Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 29: Distribución de la población según su conocimiento de la Ley de enfermería.

¿Tiene conocimiento de la Ley que regula el ejercicio de enfermería (Ley 18.815)?	FA	FR
Conoce	25	78%
No conoce	7	22%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 29: Distribución de la población según su conocimiento de la Ley “Profesión de enfermería”.



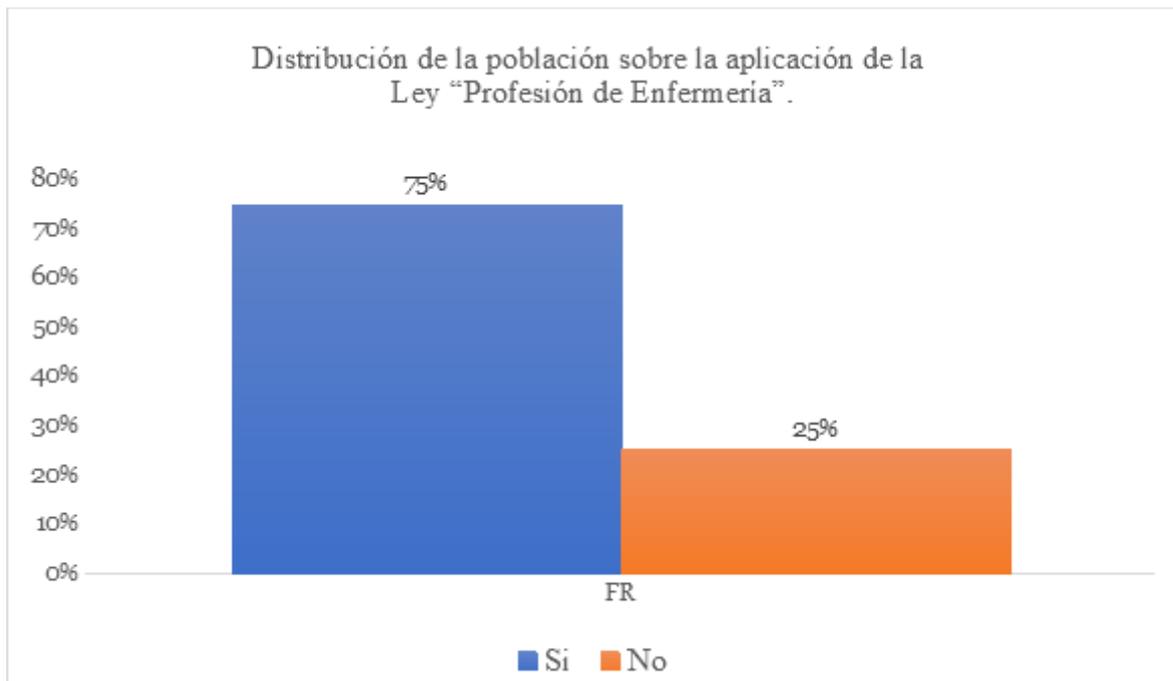
Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Tabla 30: Distribución de la población sobre la aplicación de la Ley “Profesión de Enfermería”.

¿Considera que la aplicación de la Ley influye sobre la seguridad del paciente?	FA	FR
Si	24	75%
No	8	25%
Total	32	100%

Fuente: Instrumento “Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario”.

Gráfico 30: Distribución de la población sobre la aplicación de la Ley “Profesión de Enfermería”.



Fuente: Instrumento "Conocimiento del personal de enfermería relacionado a la seguridad del paciente y derecho sanitario"