



Estrategia de comunicación efectiva para el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Karen Estefanía Vinueza Terán

ASESOR

MSc. Edison Negrete

México, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Vinueza Terán, Karen (2025). *Estrategia de comunicación efectiva para el fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025* [tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen.

Este proyecto de estudio tiene como objetivo proponer un plan de comunicación eficaz para mejorar la cultura de la seguridad del paciente entre el personal de enfermería. Aborda el problema de la comunicación inadecuada y sus efectos en la seguridad del paciente en los hospitales, reconociendo el papel fundamental del personal de enfermería en la gestión de la atención. La hipótesis plantea que este método de comunicación eficaz mejorará esta cultura. Se empleó una metodología mixta no experimental, que incluyó encuestas realizadas a 80 miembros del personal de enfermería, incluidos los internos en rotación, a través de la Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPS) de la AHRQ y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados indicaron opiniones favorables sobre el aprendizaje organizacional (65,4 %) y la notificación de incidentes (66,2 %). No obstante, se observaron deficiencias en la dotación de personal y el ritmo de trabajo (40 % negativo), la respuesta a los errores (37,5 % negativo) y el trabajo en equipo (30,4 % negativo). La comunicación institucional fue considerada «positiva» por el 62,14 % de los participantes, mientras que el 23,75 % la consideró «neutral» y el 13,75 % «negativa», lo que indica una deficiencia en cuanto a claridad y coherencia. Se recomienda una estrategia de comunicación integral, organizada en fases de diagnóstico, implementación y evaluación, que incorpore capacitación, canales de comunicación bidireccionales y programas de mentoría para mejorar la cohesión y optimizar las mejores prácticas. El estudio concluye que esta técnica de intervención es explícita y contextualizada para mejorar la cultura de la seguridad del paciente dentro de la institución.

Palabras clave: Comunicación efectiva, cultura de seguridad del paciente, personal de enfermería, seguridad hospitalaria.

Abstract.

This study project aims to propose an effective communication plan to improve patient safety culture among nursing staff. It addresses the problem of inadequate communication and its effects on patient safety in hospitals, recognizing the fundamental role of nursing staff in care management. The hypothesis posits that this effective communication method will improve this culture. A mixed non-experimental methodology was used, which included surveys of 80 nursing staff members, including rotating interns, using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) and a sociodemographic questionnaire. The results indicated favorable opinions about organizational learning (65.4%) and incident reporting (66.2%). However, deficiencies were observed in staffing and work pace (40% negative), response to errors (37.5% negative), and teamwork (30.4% negative). Institutional communication was considered “positive” by 62.14% of participants, while 23.75% considered it ‘neutral’ and 13.75% “negative,” indicating a deficiency in terms of clarity and consistency. A comprehensive communication strategy is recommended, organized into phases of diagnosis, implementation, and assessment, incorporating training, bidirectional communication channels, and mentoring programs to enhance cohesion and optimize best practices. The study concludes that this intervention technique is explicit and contextualized to enhance the culture of patient safety within the institution.

Keywords: Effective communication, patient safety culture, nursing staff, hospital safety.

Agradecimientos.

Mi más profundo agradecimiento se dirige, ante todo, a Dios, por ser la fuente de mi fortaleza y por guiarme hasta la culminación de esta etapa.

A mis queridos hijos, Xavier y Romina Negrete, les expreso mi gratitud por ser mi motivación, mi felicidad y mi principal fuente de apoyo durante todas las etapas de mi vida. Agradezco su motivación diaria para mejorar como persona, asegurándome de que siempre tengan lo que necesitan en sus vidas.

A mi esposo, Edison Negrete, gracias por ser mi compañero incondicional, por tu apoyo incansable y por caminar conmigo a lo largo de esta maestría.

Y no puedo dejar de mencionar a Miguel Ángel Mora, un gran amigo cuya amistad y valiosos consejos durante la elaboración de mi trabajo de grado fueron clave en este proceso.

Atentamente,

Lic. Karen Vinueza

Dedicatorias.

Quiero dedicar este logro como un tributo a los seres que mas importantes de la columna vertebral de esta vida.

A mis amados padres: Gracias a su amor sin condiciones, sus sacrificios y sus enseñanzas han permitido que llegue a ser la enfermera y ser humano que soy. Esta maestría es también suya, es un reflejo de los valores, la moral y la perseverancia que me inculcaron. Gracias por ser mi primer y más grande apoyo.

Mis queridos hijos, Romina y Xavier: ustedes son mi fuente de motivación más duradera y el impulso detrás de mi progreso diario. Cada esfuerzo, cada noche de estudio, lo hice con la intención de asegurar su bienestar, establecer un futuro para ustedes y darles un ejemplo positivo.

Finalmente, a mi esposo, Edison: Gracias por tu apoyo diario, la paciencia infinita y tu constante aliento a lo largo de este retador camino. Tu compañía y creer en mí han sido esenciales para alcanzar esta meta. Eres mi gran compañero de vida.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	9
Capítulo 1. PROYECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.	12
1.2. Planteamiento del problema.....	13
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).	15
1.4. Justificación.	16
1.5. Objeto de estudio.	18
1.6. Campo de acción.....	18
1.7. Objetivos.....	18
1.7.1. Objetivo General.	18
1.7.2. Objetivos específicos.	18
1.8. Hipótesis.	19
1.9. Alcance temático.	19
1.10. Delimitación Espacial y Temporal.	20
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS REFERENCIALES.....	21
2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).	21
2.1.1 Marco Histórico:	21
2.1.2 Marco actual	26
2.2. Marco Teórico.	29
2.2.1 Teoría del Queso Suizo de James Reason	29
2.2.2 Teoría de los Modelos de Relación Clínica de Emanuel y Emanuel	30
2.2.3 Teoría de la Atención Centrada en la Persona	31
2.2.4 Teoría del cuidado humanizado (Jean Watson)	32
2.3. Marco Conceptual.	33
2.3.1 Seguridad del paciente	33
2.3.2 Eventos Adversos	34
2.3.3 Cultura de Seguridad del Paciente	35
2.3.4 Participación del Paciente en su Propia Seguridad	36
2.3.5 Cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente	37
2.3.6 Comunicación en la seguridad del paciente	38
2.4. Marco Contextual.	40

2.4.1. Contexto General	40
2.4.2 Contexto Específico del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra.....	42
2.5. Marco Legal y Normativo.	44
2.5.1 Aspectos Internacionales	44
2.5.2 Normativa Nacional	44
CAPÍTULO 3. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	48
3.1. Cuadro Operacionalización de variables.	48
3.2. Diseño metodológico.....	51
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis	51
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos	52
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.	53
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.	55
3.3. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).....	56
3.3.1. Aplicación de los instrumentos.	56
3.3.2. Procesamiento de la información.	58
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.	59
3.5. Redacción de resultados y discusión.	68
Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN	71
4.1 Fundamentación de propuesta de transformación.....	71
4.2 Estructura de la propuesta de transformación	72
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	90

Índice de tablas.

Tabla 1. Características Sociodemográficas.	59
Tabla 2. Características Laborales.	61
Tabla 3. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.	63
Tabla 4. Número de incidentes reportados	64
Tabla 5. Calificación de la seguridad del paciente	65
Tabla 6. Calificación sección C - Comunicación	66

INTRODUCCIÓN

La comunicación denota el intercambio de información entre personas y sirve como un modo inherente de contacto que facilita la construcción de relaciones y el desarrollo de la comunidad. En este contexto, la comunicación eficaz es crucial en el ámbito de la atención médica, ya que mejora los resultados del tratamiento y reduce la probabilidad de errores clínicos (Vega, 2020). Esto ayuda a generar confianza entre pacientes y profesionales de la salud al comunicarse con claridad, reducir la confusión y fomentar la toma de decisiones colaborativa.

El personal de enfermería se comunica dando instrucciones, recopilando datos clínicos, escuchando, mostrando empatía y trabajando con el equipo multidisciplinario. La comunicación se convierte en la base de una cultura de seguridad del paciente, permitiendo la identificación temprana de riesgos, la prevención de incidentes adversos y procedimientos de atención médica más seguros y humanos.

La Organización Mundial de la Salud también subraya que una comunicación inadecuada entre el personal sanitario y los pacientes, así como sus familias, puede tener consecuencias perjudiciales. (WHO, 2023). Este planteamiento refuerza la necesidad de implementar estrategias sistemáticas que promuevan la claridad en la transmisión de información, la empatía en el trato y la apertura al diálogo, reconociendo que la comunicación constituye un eje transversal en la seguridad y calidad de los servicios de salud.

En este sentido, mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios no solo fomenta la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones informada, sino que también fomenta la confianza y reduce la incidencia de errores clínicos. Establecer entornos que prioricen la escucha activa y el respeto mutuo es crucial para brindar una atención integral, centrada en la persona y enfocada en mejorar los resultados de salud.

Por el contrario, la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención médica y constituye el marco fundamental de los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la capacidad de reducir las consecuencias adversas aceptables asociadas con el tratamiento médico (WHO, 2023); desde este punto de vista, el término «cultura de seguridad del paciente» se refiere al conjunto de valores, actitudes, habilidades y normas que comparten los profesionales que trabajan juntos con una mentalidad que hace hincapié en mejorar la comunicación entre ellos con el fin de reducir el número de incidentes adversos y mejorar la seguridad del paciente (Rocco & Garrido, 2017).

El personal de enfermería es esencial para administrar un tratamiento excelente y garantizar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, sus condiciones de trabajo pueden afectar negativamente a la calidad del tratamiento. Los problemas organizativos, como los turnos prolongados, la escasez de personal y el estrés acumulado, afectan negativamente a la calidad del servicio y a la seguridad de los pacientes (Aiken et al., 2017).

Es fundamental reconocer que la sobrecarga laboral y las limitaciones organizativas afectan negativamente tanto la calidad del tratamiento como el bienestar físico y emocional del personal de enfermería. La fatiga, el cansancio y el síndrome de burnout son factores de riesgo que reducen la capacidad de reacción ante eventos cruciales y reducen la sensación de seguridad en el entorno médico. Por consiguiente, garantizar unas condiciones laborales óptimas, fomentar una asignación justa de tareas y ofrecer apoyo emocional son medidas vitales para mejorar tanto la eficacia profesional como la seguridad del paciente.

El declive de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería emana desaciertos, significando un aumento en aparición de eventos adversos, baja adherencia a protocolos de seguridad y alta percepción de insatisfacción laboral. Para subsanar esta problemática es necesario adaptar metodologías con enfoque de mejora continua, algunas prácticas sugeridas para mejorar la cultura de seguridad incluyen

procesos formativos permanentes, revisiones internas sistemáticas y liderazgo enfocado en crear ambientes laborales confiables (McGaffigan & Kingston, 2020). De acuerdo con este concepto, la cultura de la seguridad del paciente se reforzará mediante la adopción de un plan de comunicación eficaz. El objetivo de esta investigación es abordar estos aspectos y proponer estrategias para mejorar la cultura de seguridad en el Hospital San Vicente de Paúl, asegurando un entorno asistencial más seguro y eficiente.

Este estudio aborda el conflicto entre la importancia de una comunicación eficaz y la seguridad del paciente en la atención sanitaria, y los retos a los que se enfrentan los hospitales debido a las condiciones de trabajo del personal de enfermería. A pesar de la concienciación y las buenas prácticas establecidas, el deterioro de la cultura de seguridad entre el personal de enfermería es evidente en el aumento de los incidentes adversos, el incumplimiento de los procedimientos y el elevado descontento laboral.

Los objetivos de este estudio buscan proponer desarrollar una estrategia de comunicación que sea eficiente y eficaz para mejorar la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales que trabajan en enfermería. Para lograrlo, es necesario identificar los fundamentos teóricos, caracterizar el estado actual de la cultura de la seguridad entre el personal de enfermería según sus características sociodemográficas y profesionales, y desarrollar una propuesta para una estrategia de comunicación eficiente.

Finalmente, la estructura capitular de la presente tesis se desarrolla en cinco capítulos.

Capítulo 1: proyección de la Investigación establece el contexto del estudio, su importancia, los antecedentes, la situación problemática, los objetivos y la hipótesis.

Capítulo 2: Marco Teórico referencial desarrollará los fundamentos conceptuales y teóricos de la investigación. Capítulo 3: Fundamentos metodológicos y resultados de la investigación. Finalmente, el Capítulo 4: Propuesta de transformación.

Capítulo 1. PROYECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro de la línea de investigación “Liderazgo y Gestión del Talento en Hospitales”, propuesta por la Universidad de Investigación e Innovación de México (UIIX), específicamente en el ámbito de estudio de la Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente.

Esta línea tiene como propósito fortalecer el papel del talento humano en el ámbito hospitalario mediante estrategias de liderazgo, formación, motivación y gestión, reconociendo su papel clave en la garantía de una atención segura, oportuna y de calidad. En este sentido, el estudio busca contribuir al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería, a través del diseño de una estrategia de comunicación efectiva que mejore la interacción, reduzca errores y promueva entornos hospitalarios más seguros.

La elección de esta línea y ámbito responde a la necesidad de integrar la gestión del talento humano con políticas de seguridad del paciente, abordando de manera directa aspectos como la comunicación efectiva y el compromiso del personal de enfermería con la cultura organizacional de seguridad.

Asimismo, el enfoque del estudio reconoce que la seguridad del paciente no solo depende de protocolos clínicos, sino también de factores humanos y organizacionales que influyen directamente en la calidad del cuidado. Por ello, se considera fundamental el desarrollo de competencias comunicativas en el personal de enfermería, entendidas como herramientas esenciales para la prevención de eventos adversos y la consolidación de prácticas seguras. Esta perspectiva multidisciplinaria permite articular elementos de liderazgo, gestión del talento y cultura organizacional en un marco integral que promueva la mejora continua en los servicios de salud.

1.2. Planteamiento del problema.

En el mundo entero, la seguridad del paciente es un pilar fundamental de los sistemas en salud. La OMS advierte que, en las instituciones de segundo nivel de atención la prevalencia de eventos adversos es del 10%, y solo el 5% es prevenible; de manera alarmante se registran aproximadamente 40 mil muertes en pacientes hospitalizados debido a acciones prevenibles, y un aproximado de 2 a 4 millones de daños prevenibles no letales cada año. Las causas más frecuentes se agrupan en problemas de diagnóstico, errores de medicación, derivaciones tardías y fallas en la comunicación (WHO, 2023). Por otro lado, The HIPPA Journal refiere que según expertos en seguridad médica de CRICO Strategies analizaron más de 20 mil demandas de negligencia médica y reportaron que al menos 1/3 de ellas se podría asociar a fallas en la comunicación (Alder, 2025).

Es así que, un estudio realizado en Francia realizado a profesionales sanitarios mostró que, aunque los programas de mejora continua aplicados en instituciones sanitarias han generado avances, persisten obstáculos relevantes como la insuficiente dotación de personal y el escaso respaldo por parte de la gestión administrativa (Tsamasiotis et al., 2024).. Esto subraya que, si bien las actividades de mejora continua son cruciales para mejorar los estándares de calidad y seguridad, su eficacia se ve limitada en ausencia de circunstancias estructurales adecuadas. La falta de personal y el compromiso institucional insuficiente no solo generan sobrecarga de trabajo, sino que también merman la moral del equipo de atención médica, lo que dificulta la ejecución constante de procedimientos seguros y eficaces.

A nivel de las Américas, en el año 2022 un metaanálisis de 30 estudios realizados en cinco hospitales latinoamericanos durante el periodo 2011 al 2021, El análisis identificó debilidades notorias en la cultura de seguridad del paciente, siendo especialmente críticas las áreas de manejo de errores y cantidad de personal disponible (Camacho-Rodríguez, 2020).

En Brasil en 2022, un estudio longitudinal aplicado en tres hospitales en los que se implementó el Programa Nacional de Seguridad del paciente (PNSP) mostró mejoras organizativas; en cuanto a la cultura de seguridad del paciente su efectividad tuvo considerables comportamientos entre los hospitales, en especial, el del sector público, lo anterior demuestra que la aplicación de programas por sí sola no asegura avances homogéneos entre hospitales, y que factores como la calidad de la comunicación influyen decisivamente (De Andrade et al., 2022)

A nivel local, un estudio realizado en el Centro de Salud de Canoa - Ecuador, durante el 2022 se identificó una pobre cultura de seguridad del paciente en los profesionales. Existió un cumplimiento general en protocolos de administración de medicamentos y manejo de desechos, no obstante, se identificaron fallas en aspectos clave como las medidas básicas de precaución y la falta de insumos de bioseguridad, lo que resalta vacíos urgentes a resolver (Bajañan & Ortiz, 2023).

Según nuestras circunstancias, un hospital público de Imbabura, Ecuador, en el año 2023, fue el escenario de una investigación que analizó el ambiente de seguridad de los pacientes. A pesar de que la unidad de salud contaba con varios expertos cualificados en su personal, la impresión del ambiente de seguridad de los pacientes era insuficiente, tal y como demostraron los resultados. Esto se notaba especialmente en áreas como la comunicación y las relaciones con los supervisores, lo que sugiere que hay un potencial de crecimiento que podría tenerse en cuenta (Mera Chávez et al., 2024). Dicha realidad coincide con el propósito de fortalecer la cultura de seguridad en el Hospital San Vicente de Paúl a través de la estrategia de comunicación efectiva.

De igual manera, en la ciudad de Carchi – Ecuador en el 2024, un estudio sobre el clima de seguridad del paciente demostró que, a pesar de demostrar una percepción positiva sobre el clima de seguridad, aún hay espacios que merecen atención prioritaria como la apertura de la comunicación y transferencia de información; las deficiencias estructurales en los canales de comunicación no solo dificultan el trabajo colaborativo, sino que también representan un riesgo sustancial para la prevención de resultados no

deseados. Una comunicación insuficiente, oportuna y clara puede posponer la detección de errores, reducir la capacidad de respuesta ante circunstancias importantes y obstaculizar el proceso de toma de decisiones clínicas, lo que eventualmente pone en riesgo la seguridad del paciente. Esto representando un declive de la comunicación puede enlentecer la identificación y resolución de problemas, exacerbando el riesgo de eventos adversos en el ambiente hospitalario (Tobar et al., 2024).

En este contexto, la cultura de seguridad del paciente se ve afectada por diversas causas interrelacionadas que requieren atención urgente. Cuando no se implementan mecanismos efectivos de comunicación, se compromete la precisión en el intercambio de información entre profesionales, aumentando la probabilidad de errores clínicos (Ditlopo et al., 2024).

Además, la sobrecarga laboral no solo provoca agotamiento físico y emocional en el personal sanitario, sino que también disminuye su capacidad de concentración, toma de decisiones y reacción ante situaciones cruciales, componentes vitales en el entorno hospitalario. El problema se agrava por la ausencia de suficientes programas de formación continua, lo que dificulta el desarrollo de las habilidades técnicas e interpersonales esenciales para brindar una atención segura y de calidad. Esta situación pone de relieve una preocupante disparidad entre las necesidades del entorno clínico y el apoyo institucional, lo que exige una reevaluación inmediata de las prácticas de gestión de recursos humanos desde una perspectiva más holística y sostenible, centrada en el bienestar profesional.

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).

¿Cómo una contribuir al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025?

1.4. Justificación.

Este estudio surge a raíz de los problemas detectados en los hospitales, donde la comunicación inadecuada, especialmente entre el personal de enfermería encargado de la gestión de la atención, es un elemento significativo que socava la cultura de la seguridad. Este problema de comunicación impide una coordinación eficaz de la atención, disminuye la calidad de la misma, plantea posibles peligros para la seguridad de los pacientes y socava la confianza en el sistema sanitario.

La falta de una comunicación eficaz y coherente entre los profesionales de enfermería y otras partes interesadas en el entorno hospitalario puede dar lugar a errores, malentendidos y una atención descoordinada, lo que subraya la necesidad de abordar esta cuestión mediante estrategias que mejoren las habilidades de comunicación y fomenten un entorno de atención más seguro y centrado en el paciente.

En este sentido, promover una cultura de comunicación abierta y asertiva no solo fortalece el trabajo en equipo, sino que también contribuye a construir relaciones interprofesionales basadas en la confianza y el respeto mutuo. La implementación de espacios de diálogo, retroalimentación constructiva y resolución colaborativa de problemas permite la identificación temprana de riesgos y la implementación de soluciones más efectivas. De esta forma, la comunicación efectiva se convierte en un pilar fundamental para la seguridad del paciente, facilitando la coordinación de la atención, minimizando errores y garantizando una atención continua, integral y humana.

Numerosos estudios indican que las imprecisiones en la transmisión de información, los informes erróneos y la falta de directrices explícitas son los principales factores que contribuyen a los incidentes adversos en el entorno hospitalario. En este contexto, la labor de las enfermeras es crucial, ya que participan activamente en la gestión y aplicación eficaces de medidas que garantizan la seguridad de los pacientes.

Este tema es importante porque tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que una buena comunicación es uno de los pilares fundamentales para garantizar la seguridad del

paciente. Por eso este tema es relevante. En la actualidad, varios estudios han demostrado que las dificultades de comunicación dentro de los equipos de atención médica están directamente relacionadas con la incidencia de incidentes y errores en la atención. Por esta razón, es de suma importancia y requiere atención inmediata abordar este tema desde un punto de vista metódico y proactivo.

Este estudio propone un enfoque de investigación de métodos mixtos, que nos permitirá diagnosticar las principales barreras de comunicación que existen entre el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl. Además, nos permitirá caracterizar el nivel actual de la cultura de seguridad del paciente y, por último, nos permitirá diseñar una estrategia de comunicación eficaz que fortalezca este componente dentro de la institución.

Teniendo en cuenta el aspecto social, el objetivo de esta propuesta es contribuir de manera significativa a la reducción de los errores médicos y los eventos adversos, con el fin último de mejorar la atención al paciente mediante una mejora considerable de la cultura de la seguridad. Al mismo tiempo, se mejorará el bienestar del personal de enfermería, fomentando un entorno de trabajo más seguro y menos estresante a través de una comunicación más transparente, directa y estructurada. Como consecuencia de ello, el hospital podrá mejorar sus indicadores institucionales, reduciendo gradualmente el número de incidentes negativos que afectan a la calidad de la prestación de los servicios sanitarios.

En cuanto a los beneficios metodológicos y disciplinares, esta investigación aportará a la gestión hospitalaria una estrategia basada en la evidencia, dirigida a mejorar la cultura de seguridad del paciente. Además, contribuirá al desarrollo de un marco teórico aplicable dentro del ámbito de la enfermería sobre el impacto de la comunicación en la seguridad, lo cual permitirá futuras aplicaciones y réplicas del plan de mejora en otros servicios y unidades hospitalarias.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de esta investigación es la estrategia de comunicación efectiva y su influencia en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente dentro del personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl en Ibarra, Ecuador. Se centra en analizar cómo la comunicación interpersonal y organizacional puede fomentar ambientes hospitalarios más seguros y mejorar la calidad de la atención.

1.6. Campo de acción.

El campo de acción se circunscribe al personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, específicamente en las áreas asistenciales donde se brinda atención directa a los pacientes. Incluye tanto la interacción interna entre profesionales de salud como la comunicación con los pacientes y sus familias, considerando las dinámicas organizacionales y protocolos de seguridad vigentes en esta institución durante el año 2025.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

Proponer una Estrategia de Comunicación efectiva que contribuya al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025.

1.7.2. Objetivos específicos.

1. Determinar los fundamentos teóricos y referenciales relacionados con la Cultura de Seguridad del Paciente y la Comunicación Efectiva en el ámbito de la enfermería.

2. Caracterizar el estado actual de la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, a partir de sus características sociales, demográficas y laborales.
3. Elaborar una propuesta de estrategia de comunicación efectiva orientada a fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl.

1.8. Hipótesis.

La propuesta de Estrategia de Comunicación efectiva fortalece la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025.

1.9. Alcance temático.

El alcance temático de esta investigación se centra en el análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente, comprendida como un componente esencial de la calidad en la atención hospitalaria, y su relación con las estrategias de comunicación efectivas implementadas por el personal de enfermería.

Se abordará específicamente cómo los procesos comunicacionales influyen en la percepción, práctica y fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente dentro del entorno hospitalario.

Variables específicas:

Variable Independiente: Estrategias de comunicación efectivas.

Variable Dependiente: Cultura de Seguridad del Paciente.

Aspectos puntuales a analizar:

Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

Delimitación espacial

La investigación se llevará a cabo en el Hospital General San Vicente de Paúl, provincia de Imbabura, cantón Ibarra - Ecuador, considerando únicamente al personal de enfermería durante el periodo de estudio.

Delimitación temporal

Abarcará el período comprendido entre marzo – abril del año 2025, durante el cual se realizará la recolección de datos en campo mediante encuestas.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS REFERENCIALES.

El presente capítulo aborda los fundamentos teóricos que sustentan la investigación, con el propósito de establecer un marco referencial sólido. Se presentan tanto la revisión del estado del arte, que permite comprender el desarrollo histórico y actual de los temas clave, como los conceptos y teorías esenciales que guían el análisis. Esta base teórica es indispensable para entender la relación entre la comunicación efectiva y la cultura de seguridad en el ámbito del personal de enfermería, así como para identificar los elementos que intervienen en la mejora continua de la calidad asistencial.

2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).

La seguridad del paciente se consolida como un pilar clave en la calidad de atención de salud, de manera relevante en los contextos hospitalarios donde el personal como médicos y enfermeras en especial asumen un rol crítico. La comunicación efectiva es determinante para sostener una robusta cultura de seguridad del paciente. Esto conlleva estrategias como instrucciones claras, trabajo en equipo lo que posibilita la reducción de errores médicos y fomentar un espacio centrado en la seguridad.

El estado del arte de esta investigación examina como las estrategias de comunicación efectiva pueden determinar la cultura de seguridad del paciente en el contexto del personal enfermero. Con la minuciosa recolección de información de literatura asociada al contexto se comparan las perspectivas de diferentes autores sobre esferas relevantes como la seguridad del paciente, cultura y clima de seguridad, estrategias de mejora de la calidad y comunicación efectiva, identificando teorías, hallazgos, vacíos y posturas a futuro.

2.1.1 Marco Histórico:

En las últimas décadas, la seguridad del paciente ha pasado de ser un problema latente dentro de los sistemas de salud a un enfoque central de la calidad de la atención y una medida crucial del éxito institucional. Esta transición se debe principalmente al

reconocimiento de que la prestación de servicios de salud no está exenta de riesgos y que, sin las garantías suficientes, el tratamiento puede, inadvertidamente, representar una amenaza para quienes intentan recuperar su salud.

El desarrollo de este método ha ido acompañado de un creciente interés académico, político y social, lo que ha impulsado el establecimiento de leyes, iniciativas y programas diseñados para garantizar procedimientos seguros, transparentes y centrados en el paciente (WHO, 2021), sin embargo, este progreso no surgió de manera aislada; se fundamenta en hitos históricos que sentaron las bases conceptuales y prácticas de la seguridad del paciente, permitiendo que la atención sanitaria evolucionara hacia un modelo más seguro, sistemático y responsable.

En este sentido, Rodríguez y Losardo (2018) nos mencionan que la evolución del contexto de seguridad del paciente se remonta a edades cronológicas antiguas (1800 – 1750 a. C), donde en el lejano y mediano oriente en el código de Hammurabi, en el que constan 11 leyes que relatan el acto médico, dentro de las cuales nace la “ley del Talió”, surgen las primeras premisas que buscan evitar el daño como: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos ...” (p. 26).

Hacia los 2000 a. C. hay legajos que mencionan la prohibición del uso de venenos que dañen al paciente. A partir de este punto se iniciarían los primeros esbozos el arte de la seguridad del paciente como principio fundamental de la práctica médica (Rodríguez & Losardo, 2018).

La frase “Primum non nocere” (lo primero es no hacer daño), resulta una frase que destaca la labor médica desde sus inicios. En 1847 en el libro “El paciente y el médico” nos detalla los inicios del ámbito de la seguridad del paciente, demostrando que todo accionar de salud podría provocar un daño que se debe evaluar y evitar (Gutiérrez, 2019).

A mediados del siglo XIX aparece también la precursora de enfermería Florence Nightingale, quien había logrado consolidar los primeros datos que permitían calcular la tasa de mortalidad en un hospital, demostrando que al mejorar los métodos sanitarios empleados se lograba una reducción significativa de las muertes en los hospitales (Young et al., 2011). Este hecho y otros más sentaron las bases para la atención segura.

Teorías como el modelo del queso Suizo de J Reason posteriormente lograban modificar el enfoque de los errores individuales hacia las fallas del sistemas, en las cuales demuestra que cada régimen de atención se compone de varios, muros, espacios o capas de defensa que se conectan a través de “agujeros” los cuales pueden convertirse en fuentes de exposición hacia un evento adverso, es decir, cuando el error atraviesa cada capa se produce un incidente (Blanco et al., 2023).

En este marco, si bien históricamente ha existido la aprensión por los riesgos en los tratamientos médicos, a finales del siglo XX comenzó a crecer un interés sistemático y formal, en parte debido a la creciente información científica sobre la magnitud del problema. La publicación del artículo "Errar es humano de 1999: Construyendo un sistema de salud más seguro" (Donaldson, 2008) fue un hito crucial, al revelar que errores evitables en la atención médica podrían causar entre 44 000 y 98 000 muertes anuales en Estados Unidos. Este artículo ilustró el problema y facilitó un cambio de paradigma: reconocer que los errores médicos provienen de fallas sistémicas y no solo de deficiencias humanas, y que estos errores pueden mitigarse mediante la reestructuración organizacional.

Otros autores, concuerdan que, este informe puso en evidencia que los errores médicos ya no pueden considerarse incidentes aislados debidos a la mera incompetencia humana, sino que deben examinarse como resultado de deficiencias sistémicas dentro de las instituciones sanitarias. Su influencia trascendió el ámbito académico, generando un debate significativo entre el público, legisladores y profesionales sanitarios, lo que condujo a medidas diseñadas para mejorar la gestión de riesgos clínicos y fortalecer una cultura corporativa centrada en la seguridad (Villarreal - Pérez et al., 2011).

A partir de este informe, múltiples países comenzaron a incluir la seguridad del paciente en sus agendas de calidad asistencial. En 2001, el Institute of Medicine publicó *Crossing the Quality Chasm*, enfatizando la necesidad de construir sistemas de salud más seguros, efectivos y centrados en el paciente.

Esta publicación fue un momento crucial, demostrando que la mejora de la calidad no puede limitarse a iniciativas puntuales, sino a una reconfiguración holística de los sistemas de salud, basada en los principios de eficiencia, igualdad y seguridad. También subrayó que los profesionales de la salud deben abordar eficazmente las necesidades y expectativas de los pacientes, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones y la gestión de la salud, fomentando así un enfoque más compasivo y responsable en la práctica clínica (Institute of Medicine, 2001).

En el año 2004 tras tasas alarmantes de eventos adversos entre el 3 al 17% en hospitalizados, muertes asociadas a la práctica clínica y de considerar que ciertos daños pueden ser prevenidos, surge en la asamblea de la Organización mundial de la salud la iniciativa “Alianza Mundial para la seguridad del paciente”. El objetivo principal es instar a las naciones generar acciones para reducir las derivaciones negativas de los cuidados médicos (Naciones Unidas, 2004). En este punto se promueve la investigación e implementación de prácticas seguras.

En el mismo año, AHRQ (Agency for healthcare Research and Quality) publica la Encuesta Hospitalaria de cultura de seguridad del paciente (SOPS), la que va proyectada hacia los profesionales sanitarios con el fin de valorar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales (Agency for Healthcare Research and Quality, 2025).

En Europa y América Latina, el concepto comenzó a institucionalizarse en políticas públicas y normativas sanitarias. En España, desde 2005 se integró la seguridad del paciente en las Estrategias de Calidad del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en programas de formación, sistemas de notificación de incidentes y análisis de riesgos. En América Latina, en el 2007 se contempla la necesidad de conocer la realidad acerca de la

prevalencia de eventos adversos en hospitales latinoamericanos y se realiza el estudio IBEAS. Dichos datos arrojaban alarmantes cifras de eventos adversos de los cuales más de la mitad podrían ser evitados. En este momento se constituyó como referente obligado en las divulgaciones sobre seguridad del paciente (Rodríguez & Losardo, 2018).

En este contexto, en 2008 países como Colombia dieron pasos importantes con la publicación de los “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” y la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del 2009. Estas disposiciones consolidaron un marco de referencia que obligaba a los prestadores de servicios de salud a incorporar medidas concretas para prevenir daños (Ministerio de la protección social, 2021).

Es así que, para la década de 2010, tras la necesidad de solucionar el problema recurrente de las infecciones de la vía central, el Dr. Pronovost ideó la “Lista de verificación” destinada a reducir las infecciones, lo que marcó un sustancial avance hacia las soluciones sistémicas, influyendo positivamente en las prácticas asistenciales globales (Laurance, 2009).

Este recorrido histórico ha demostrado que una cultura de seguridad del paciente trasciende la mera ejecución de procedimientos, lo que requiere una transformación fundamental en las creencias, valores y actitudes de las instituciones sanitarias. Investigaciones especializadas subrayan que una sólida cultura de seguridad debe fomentar la comunicación abierta, el aprendizaje continuo y la ausencia de sanciones por la notificación de errores. Este proceso histórico ha sentado las bases para la evolución de los marcos contemporáneos destinados a mejorar la resiliencia de los sistemas de salud en medio de la creciente complejidad de la atención médica.

Además, el avance en la seguridad del paciente ha demostrado que los sistemas sanitarios necesitan una estrategia holística, donde la prevención de eventos adversos sea un objetivo general que involucre a todos los niveles organizacionales. Las iniciativas actuales buscan reducir los riesgos clínicos a la vez que fomentan entornos laborales que

promuevan la participación profesional en la identificación y resolución de problemas, estableciendo así la seguridad como un imperativo institucional y cultural.

2.1.2 Marco actual

La cultura de seguridad del paciente se reconoce como un elemento transversal de los sistemas de salud, considerándose un predictor crucial de la calidad del tratamiento. Su importancia radica en su doble objetivo: mitigar los riesgos de daños evitables en la atención sanitaria y revolucionar la forma en que las empresas comprenden, gestionan y previenen errores. En el contexto actual, caracterizado por la complejidad de los procesos sanitarios y la creciente necesidad de servicios seguros, se reconoce que una cultura de seguridad debe integrarse en todos los niveles: desde las políticas sanitarias hasta la práctica clínica habitual. Esto sirve como instrumento estratégico que orienta la toma de decisiones, fomenta la dedicación del personal sanitario y promueve un entorno de atención centrado en el paciente.

De este modo, la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud (AHRQ) la define como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso de una organización con la seguridad del paciente y la gestión de riesgos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2025). Esto indica que la seguridad del paciente no puede percibirse simplemente como un producto de la capacitación técnica o la implementación de protocolos clínicos, sino como el resultado de una estructura organizacional que fomenta la transparencia, la confianza y la responsabilidad colectiva entre todos los actores del sistema de salud.

La cultura de seguridad se integra en las prácticas cotidianas mediante la comunicación transparente, la notificación de errores no punitivos, la retroalimentación continua y el compromiso de la dirección para fomentar entornos de trabajo seguros y colaborativos. Requiere una visión de mejora continua que facilite la identificación de riesgos, la asimilación de lecciones aprendidas de los accidentes y la adaptación de los procedimientos a las necesidades cambiantes de los pacientes. Por lo tanto, una cultura

de seguridad se establece como un elemento crucial para minimizar lesiones innecesarias y avanzar hacia un modelo de atención más compasivo, eficiente y centrado en el paciente.

Al día de hoy, la seguridad del paciente enfrenta retos como los errores de diagnóstico deficiente comunicación. La OMS asegura que 1 de cada 10 sufren daños durante la atención (WHO, 2023). Recientes investigaciones demuestran que en elevadas culturas de seguridad del paciente reducen eventos adversos (Jaime & Gonzales, 2021) mientras que aseguran que ciertas tecnologías digitales fortalecen la comunicación y finalmente reducen la aparición de eventos adversos (de Carvalho et al., 2022). Las tendencias incluyen el uso de análisis de datos y el adiestramiento interprofesional.

De acuerdo a Manrique (2022), la seguridad del paciente es la esfera esencial de la atención sanitaria, abarcando procesos, procedimientos, herramientas y metodologías que tienen como objeto la mitigación de riesgos y consecuencias sufrir un evento adverso (p. 43). De la misma manera, (Rocco & Garrido, 2017) precisan que su finalidad radica en evitar daños en consecuencia de la atención médica (p. 785- 786).

En este sentido, la seguridad del paciente abarca no solo la implementación de normas técnicas, sino también el establecimiento de una cultura organizacional que fomente la prevención, la monitorización continua y la mejora continua de los sistemas de salud. Esto requiere la participación activa de todo el personal sanitario, la creación de canales de comunicación explícitos, mecanismos de denuncia no punitivos y la incorporación de instrumentos de gestión de riesgos que faciliten la detección, el análisis y la pronta corrección de posibles fallos.

De este modo, la seguridad del paciente se establece como un concepto fundamental que orienta la toma de decisiones, orienta la formación del personal y garantiza que cada intervención se ejecute con los máximos estándares de calidad y la protección del bienestar del paciente.

En 2020 en un estudio transversal se evaluó la cultura de seguridad del paciente en un hospital docente, a través de la encuesta “Hospital Survey on paciente safety culture” se

encontró una baja conducta de reporte de eventos adversos (Manrique et al., 2022). Hallazgos similares a los de Tello y colaboradores (2023), donde se evidencia la baja notificación de incidentes, sugiriendo una cultura de reporte incorrecto (p. 117).

Los estudios indican que una cultura de seguridad sólida reduce significativamente la incidencia de eventos adversos, mejora la calidad del tratamiento y fortalece la confianza entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Sin embargo, estos estudios también destacan problemas considerables, como la falta de notificación de eventos, la oposición al cambio por parte de algunos miembros del personal y las deficiencias en la comunicación efectiva dentro de los equipos clínicos.

Las limitaciones identificadas subrayan la apremiante necesidad de implementar estrategias integrales que integren la participación activa del personal, la transparencia de los procesos, la capacitación continua y un liderazgo comprometido, garantizando que una cultura de seguridad evolucione de una noción teórica a prácticas concretas y sostenibles que protejan eficazmente a los pacientes y mejoren la resiliencia del sistema de salud. Para ello, es crucial fortalecer normas institucionales sólidas, fomentar la capacitación interprofesional centrada en la seguridad y utilizar tecnologías digitales que mejoren la supervisión de procesos, la detección de riesgos y el aprendizaje organizacional.

Este enfoque cohesivo facilita el establecimiento de sistemas de salud más robustos, donde la seguridad del paciente se consolida como un valor fundamental e integral, influyendo en todos los aspectos del tratamiento y garantizando la calidad, la eficiencia y la fiabilidad de los servicios de salud.

En resumen, la cultura de seguridad del paciente se consolida como un pilar transversal y estratégico de los sistemas de salud. La seguridad se transforma de un concepto teórico a prácticas concretas que protegen a los pacientes, fortalecen la confianza y garantizan una atención de calidad, eficiente y centrada en las necesidades. Esta transformación es posible gracias a la combinación de un liderazgo comprometido, una comunicación eficaz, la participación activa del personal y el uso de tecnologías innovadoras.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1 Teoría del Queso Suizo de James Reason

Una de las teorías fundamentales para comprender los eventos adversos en el entorno hospitalario es la teoría del queso suizo, propuesta por (Reason, 2000). Esta plantea que los errores en salud no son únicamente el resultado de fallas individuales, sino que surgen de múltiples fallos latentes dentro del sistema. Cuando esas debilidades se alinean —como los agujeros en las rebanadas de un queso suizo— los peligros atraviesan todas las barreras de seguridad y alcanzan al paciente, provocando un evento adverso. Este modelo ha impulsado el cambio de un enfoque punitivo hacia uno centrado en el sistema, promoviendo culturas institucionales más seguras y colaborativas.

Esto postula que la prevención de eventos adversos depende no solo de la competencia individual de los profesionales sanitarios, sino también de la solidez y la coordinación de todos los componentes del sistema. Cada nivel de la organización, desde la administración hasta la atención directa al paciente, representa una capa de seguridad que puede presentar debilidades. Un análisis de estas capas indica que los errores a menudo se derivan de fallos acumulados, como protocolos insuficientes, comunicación inadecuada, carga de trabajo excesiva o limitaciones tecnológicas.

Además, esta teoría proporciona un marco para la mejora continua de la seguridad hospitalaria, al enfatizar la importancia de la cultura organizacional. Cuando los equipos sanitarios utilizan una estrategia proactiva en lugar de una reactiva, promueven la comunicación abierta sobre los incidentes y mejoran la colaboración entre los distintos niveles y especialidades de la organización. La teoría explica la ocurrencia de errores y orienta la evolución de la práctica clínica hacia un marco más resiliente, donde la seguridad del paciente es un objetivo colectivo, respaldado por una estructura organizativa sólida y atenta.

2.2.2 Teoría de los Modelos de Relación Clínica de Emanuel y Emanuel

Los modelos de relación clínica propuestos por (Emanuel & Emanuel, 1992) permiten analizar cómo influye la comunicación entre el personal de salud y los pacientes en la seguridad clínica. Los autores plantean cuatro modelos: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. El modelo deliberativo, considerado el más actual y humanizado, promueve la toma de decisiones compartida, el diálogo reflexivo y la autonomía del paciente. El énfasis en la toma de decisiones compartida y la comunicación abierta y bidireccional entre profesionales y pacientes, el paradigma deliberativo mejora la seguridad clínica.

Esta estrategia garantiza que el paciente conozca las opciones de tratamiento, evalúe los riesgos y beneficios, y participe activamente en el proceso de toma de decisiones, a diferencia de los enfoques paternalistas o informativos. Esto mejora la adherencia terapéutica y elimina errores causados por malentendidos u omisiones de información. Construir una conexión deliberativa genera confianza, reduce la incertidumbre y convierte al paciente en un aliado para detectar fallas en el proceso de atención.

Por otra parte, también implica una transformación cultural en las organizaciones sanitarias, desde la autoridad médica hacia el respeto mutuo y la corresponsabilidad. La deliberación mejora la seguridad clínica al minimizar el desequilibrio de poder, los malentendidos y fomentar opciones alineadas con los valores y expectativas del paciente, compensando los desafíos. Por lo tanto, los modelos Emanuel y Emanuel demuestran que la seguridad se basa en los procedimientos técnicos y la integridad ética y comunicativa de la interacción terapéutica.

Este modelo reconoce que las decisiones clínicas no deben ser unilaterales, sino que deben construirse en base a una relación empática y de confianza. En el contexto de la enfermería, este enfoque fortalece el vínculo terapéutico y reduce el riesgo de errores por malentendidos o desinformación.

2.2.3 Teoría de la Atención Centrada en la Persona

La atención centrada en el paciente se define por su enfoque multidimensional, adaptado a diferentes contextos y niveles de cuidado, incorporando aspectos como la personalización del trato, la participación informada del paciente, el apoyo emocional y físico, la combinación de cuidados médicos y no médicos, la accesibilidad a los servicios, y la continuidad y coordinación del cuidado (Scholl et al., 2018).

Este modelo enfatiza el respeto por los valores, necesidades emocionales, creencias y contexto del usuario, integrando aspectos como la información clara, el apoyo emocional, la coordinación del cuidado y la toma de decisiones compartida (Leidner et al., 2021).

En términos de cultura de seguridad, la atención centrada en el paciente implica empoderar a los usuarios como socios esenciales en la prevención de eventos adversos, así como brindar una atención técnica excelente. Al brindarles información clara y comprensible, así como capacitación en detección de riesgos, los pacientes se convierten en monitores activos del proceso de atención. Pueden participar preguntando sobre sus medicamentos, revisando recetas o reportando inconsistencias en la atención. Esta participación conecta a expertos y pacientes, genera confianza y crea una cultura de seguridad compartida en la que los usuarios y sus familias asumen la responsabilidad de los resultados.

Integrar la atención centrada en el paciente con una cultura de seguridad requiere transformar la organización de usuarios en su conjunto, ya que fomentar la participación institucional por sí solo no garantiza su éxito. El liderazgo institucional también debe respaldar estas prácticas mediante reglas de comunicación claras, programas de educación continua y evaluaciones de la calidad de la atención que incluyan indicadores de satisfacción y seguridad del paciente. La atención centrada en el paciente solo puede transformar los sistemas de salud mejorando la seguridad clínica, la eficacia terapéutica y la humanización.

2.2.4 Teoría del cuidado humanizado (Jean Watson)

La idea de Jean Watson sobre el cuidado compasivo enfatiza los aspectos humanísticos y transpersonales de la atención de enfermería. Afirma que el cuidado trasciende las soluciones tecnológicas y se basa en la conexión enfermera-paciente, donde la empatía, la confianza, la presencia genuina y el respeto por la dignidad humana son primordiales (Izquierdo, 2015).

Watson afirma que el cuidado es un esfuerzo moral y espiritual que fomenta la recuperación integral de las personas, incluyendo las dimensiones físicas, emocionales y existenciales. El enfoque de Watson promueve una cultura de seguridad del paciente mediante el cuidado compasivo, la comunicación efectiva y el reconocimiento de su vulnerabilidad.

Estos principios cultivan un ambiente de confianza donde los pacientes se sienten seguros y valorados, reduciendo así la probabilidad de errores derivados de la deshumanización o la desatención de sus necesidades. El enfoque humanístico del cuidado fomenta una cultura de seguridad que enfatiza la protección, la transparencia y la participación activa del paciente en su proceso de tratamiento.

Además, aplicar la teoría de Watson en la práctica diaria anima a los profesionales de la salud a cultivar la responsabilidad ética y la dedicación a un tratamiento excelente. La participación consciente, la curiosidad auténtica y la asistencia exhaustiva facilitan la detección temprana de riesgos y la adopción de medidas proactivas.

En consecuencia, la combinación de una atención compasiva con una cultura orientada a la seguridad fortalece los sistemas de salud, facilitando la disminución de incidentes y el establecimiento de entornos más humanos, seguros y confiables para los pacientes.

2.3. Marco Conceptual.

2.3.1 Seguridad del paciente

Durante años el concepto de seguridad del paciente se ha establecido como un cimiento necesario en la provisión de servicios de calidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente se refiere a la ausencia de cualquier daño que se hubiera podido evitar a un paciente durante su tratamiento y, más concretamente, a la reducción de los riesgos de daños innecesarios asociados a la atención médica a un mínimo aceptable (WHO, 2023). Este abordaje holístico examina la complejidad de los sistemas sanitarios y la arraigada posibilidad de existencia de errores médicos, originando una cultura de mejora continua.

La seguridad de los pacientes se concentra en ciertas dimensiones interconectadas en las que destacan la seguridad clínica como: la identificación de pacientes, comunicación efectiva, seguridad en la medicación, prevención de infecciones, prevención de errores quirúrgicos, identificación y respuesta a eventos adversos, involucramiento del paciente y cultura de seguridad (Trindade, 2019).

Por lo tanto, la seguridad del paciente es crucial para la calidad de la atención médica, ya que reduce los riesgos y garantiza intervenciones confiables. La tecnología moderna y las prácticas definidas no son suficientes; se necesita una verdadera cultura enfocada en reducir los resultados adversos.

Esto incluye apoyar la capacitación continua de los profesionales de la salud, aumentar la monitorización de los procesos clínicos, garantizar la trazabilidad de los procedimientos y fomentar la participación del paciente como aliado en su tratamiento. Para aprender de los errores y evitar que se repitan, la seguridad del paciente requiere transparencia y la notificación rápida de incidentes. Esto consolida un enfoque de atención que protege la integridad física de las personas, fomenta la confianza y humaniza la atención médica.

2.3.2 Eventos Adversos

Análisis de causalidad de los accidentes propuesto por el Psicólogo James Reason (1990). El Modelo del queso suizo, es utilizado para ilustrar cómo varios fallos latentes en diferentes niveles de un sistema podrían alinearse y conducir a un error activo que infortunadamente alcanzan al paciente, ocurriendo el evento adverso. A modo de ilustración, cada agujero en el queso refleja las debilidades y falencias del sistema. Si estas extenuaciones se alinean en cada capa y coinciden los orificios en una misma trayectoria a través de la cual cruza la fuerza del riesgo, ocurre el error (Blanco Quintana et al., 2023).

Por otro lado, es preciso abordar la teoría de los sistemas complejos adaptativos, misma que examina la naturaleza cambiante e interconectada de los sistemas sanitarios. Bajo esta luz los eventos adversos no simplemente corresponderían a fallas individuales, sino también a la interacción compleja entre individuos, procesos, tareas y entorno de la organización (Toro & Ochoa, 2013).

En este contexto, comprender los eventos adversos mediante marcos como el modelo del queso suizo y la teoría de sistemas adaptativos complejos permite a las organizaciones sanitarias reconocer que la seguridad del paciente no depende únicamente del desempeño individual, sino de la interacción sinérgica de diversos factores. Esto requiere la implementación de métodos de gestión que mejoren las barreras de seguridad en todos los niveles, fomenten una cultura de aprendizaje organizacional y fomenten la resiliencia de los equipos de trabajo ante circunstancias imprevistas.

En consecuencia, avanzamos hacia una estrategia holística que mitiga los errores no solo mediante medidas de seguridad tecnológicas, sino también mediante el desarrollo de entornos colaborativos, adaptables y centrados en el paciente.

2.3.3 Cultura de Seguridad del Paciente

Para garantizar la seguridad de los pacientes, es esencial contar con una cultura de seguridad eficaz. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) ha creado un instrumento integral que permite evaluar los valores, actitudes y habilidades individuales y grupales relacionados con el compromiso con la seguridad del paciente. Este instrumento se conoce como Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC) (da Costa et al., 2023).

Promover la seguridad del paciente no solo representa una misión exclusiva de los sistemas sanitarios, sino que también es un esfuerzo mancomunado en el que todos los sistemas deben actuar, aquí radica la importancia de comparar la cultura de seguridad del paciente entre países para contribuir al desarrollo del plan de acción mundial para la seguridad del paciente (da Costa et al., 2023).

Una sólida cultura de seguridad es la piedra angular de una atención médica confiable y de alta calidad. Esta cultura promueve la comunicación transparente sobre errores y facilita el debate, estableciendo una norma de aprendizaje grupal y crítica continua. Establecer mecanismos de denuncia no punitivos fomenta la confianza entre el personal sanitario, permitiéndoles intercambiar experiencias y perspectivas sobre incidentes sin temor a sanciones, reconocer tendencias de riesgo y formular iniciativas preventivas más eficaces.

Para fortalecer una cultura de seguridad, los equipos de liderazgo y la gerencia deben comprometerse con políticas explícitas, recursos suficientes y un liderazgo destacado que priorice a los pacientes en las decisiones organizacionales. Esto fomenta un entorno de trabajo cooperativo, sólido y basado en principios, donde la seguridad del paciente se prioriza en todo el sistema sanitario, garantizando así que su bienestar siga siendo primordial.

2.3.4 Participación del Paciente en su Propia Seguridad

Reconocer al paciente como un actor fundamental, administrador de su propia seguridad es un aspecto esencial de la atención enfocada en el paciente. Es menester fortalecer la comunicación abierta entre el binomio paciente – médico, otorgándole información entendible y precisa acerca de los diferentes riesgos y beneficios de los tratamientos o procedimientos. De la misma manera, estimular que los pacientes realicen preguntas y demuestren sus preocupaciones y emociones, es decir, brindar la confianza para que los pacientes ejerzan su control en las decisiones terapéuticas, desde luego, con el mejor juicio posible (World Patients Alliance, 2021), (WHO, 2023).

Además, la participación activa del paciente no solo reduce errores y contratiempos, sino que también fortalece la alianza terapéutica y mejora la humanización del tratamiento. Involucrar a los pacientes en la planificación, ejecución y evaluación de su tratamiento fomenta un ambiente de confianza y respeto mutuo, donde sus experiencias, preferencias y valores se integran en cada decisión terapéutica. Este método colaborativo permite al personal sanitario reconocer posibles riesgos desde la perspectiva del paciente, mejorar el cumplimiento terapéutico y fortalecer una cultura de seguridad en toda la organización.

En definitiva, el empoderamiento del paciente se traduce en un tratamiento más seguro y ético, centrado en sus necesidades auténticas, lo que fortalece un modelo de atención colaborativa que beneficia tanto al paciente como al sistema sanitario en su conjunto. Este método mejora la autonomía individual al facilitar la participación activa en la toma de decisiones sanitarias, a la vez que mejora la adherencia al tratamiento, aumenta la satisfacción con la atención y reduce la incidencia de errores evitables.

Además, al reconocer al paciente como un socio estratégico, las organizaciones sanitarias pueden fomentar una mayor confianza, agilizar la comunicación entre los actores clave del continuo de la atención sanitaria y fomentar un entorno donde la seguridad y la humanización del tratamiento sean prioridades primordiales.

2.3.5 Cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente

El objetivo de la Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), diseñada por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ), es evaluar las opiniones de los profesionales de la salud sobre varios aspectos de la cultura de seguridad del paciente.

La versión 1.0 del cuestionario de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), publicada en 2004, constaba de 42 preguntas distribuidas en 12 dominios para examinar las impresiones del personal sanitario sobre la cultura de seguridad del paciente. En 2019, se introdujo la versión 2.0 para adaptarse a los cambios en los sistemas sanitarios y a la necesidad de evaluaciones más precisas. Esta versión redujo el instrumento a 32 preguntas y consolidó las dimensiones en 10 categorías principales para simplificar su uso, mejorar la claridad y hacer que cada indicación sea más relevante en diversos entornos médicos.

La versión 2.0 optimiza la medición de factores críticos como la comunicación, el liderazgo y la notificación de incidentes, y ayuda a identificar áreas de mejora, lo que permite a las instituciones desarrollar estrategias eficaces para mejorar la cultura de seguridad, promover prácticas seguras y garantizar una atención centrada en el paciente.

Las dimensiones evaluadas en la versión más reciente son: Trabajo en equipo, dotación de personal y ritmo de trabajo, aprendizaje organizacional, respuesta al error, apoyo de la gerencia y liderazgo, comunicación sobre errores, apertura en la comunicación, reporte de eventos, apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente, transferencia e intercambio de información (Agency for Healthcare Research and Quality, 2025).

Es así que, el HSOPSC es un instrumento esencial para evaluar y mejorar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. El programa facilita la identificación de fortalezas y debilidades, fomentando la toma de decisiones basada en la

evidencia y la ejecución de iniciativas centradas en la prevención de errores, la mejora continua y el fomento de entornos de trabajo seguros y colaborativos. El cuestionario evalúa las opiniones y actitudes del personal sanitario y sirve como herramienta crucial para fortalecer una cultura organizacional que priorice la seguridad y el bienestar del paciente en todos los niveles de atención.

2.3.6 Comunicación en la seguridad del paciente.

Es claro que cuando una organización de salud no cuenta con una fortalecida gestión de la comunicación, aparecen con mayor frecuencia errores médicos que vulneran la seguridad del paciente (WHO, 2023). La falta de canales de comunicación eficientes entre expertos, pacientes y familiares genera malentendidos, retrasos en la atención, omisión de tratamientos y procedimientos redundantes, lo que aumenta el riesgo de eventos adversos.

Por otro lado, una comunicación clara, organizada y bidireccional mejora la coordinación entre los equipos de atención médica, promueve la toma de decisiones colaborativa y garantiza que los pacientes comprendan plenamente las indicaciones, los riesgos y las ventajas de su tratamiento. En este sentido, una gestión eficiente de la comunicación es crucial no solo para mitigar errores y minimizar los eventos adversos, sino también como elemento estratégico para establecer una cultura de seguridad sólida, participativa y genuinamente centrada en el paciente.

La mala comunicación en la atención sanitaria durante el proceso de traslado de los pacientes contribuyó en al menos un 80% de los errores médicos graves. En contraste, aquellos pacientes que pudieron entablar un diálogo abierto, seguro, sin conjeturas con una enfermera tienen mayor probabilidad de revelar la verdadera gravedad de sus síntomas, y con ello asegurar una mejor evolución clínica (University of St Augustine for Health Sciences, 2024).

Las fallas en la comunicación representan las principales razones de daños evitables y errores médicos en los pacientes. Por el contrario, una adecuada comunicación mejora la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y reduce las elevadas estancias hospitalarias. Para evitar errores y garantizar que la atención de enfermería se preste de manera continua, es esencial que la comunicación sea clara y rápida durante los cambios de turno y que se transfiera a los pacientes (de Assis Brito et al., 2022).

Además, una comunicación eficaz empodera a los usuarios para que tomen control en su propia seguridad, permitiéndoles plantear preguntas, demostrar temores y sobre todo comprender mejor su plan terapéutico (Atlantis University, 2023).

- **La comunicación organizacional dentro de los hospitales:** Los procedimientos y mecanismos internos que se utilizan para transmitir información vital, políticas y actualizaciones a los profesionales se incluyen en esta categoría. Estos procesos y sistemas desempeñan un papel crucial en el desarrollo de una cultura de seguridad y en el mantenimiento de la concienciación de los empleados (Petroni, 2021).

La eficacia de estos sistemas de comunicación depende tanto de su estructura formal como de la claridad, consistencia y puntualidad de la información transmitida. La provisión oportuna de normas claras y actualizaciones pertinentes al personal sanitario mejora la coordinación del equipo, reduce la probabilidad de errores y fortalece la responsabilidad colectiva por la seguridad del paciente.

Por consiguiente, las instituciones deben proporcionar canales abiertos, bidireccionales y participativos que faciliten la retroalimentación continua, la aclaración de dudas y la integración de las recomendaciones del personal, fomentando así un ambiente organizacional más seguro, colaborativo y orientado al aprendizaje continuo.

- **Comunicación con las familias de los pacientes:** Esta esfera es totalmente necesaria, pues supone entregar actualizaciones sobre el estado de salud del familiar hospitalizado, involucrándolos en la toma de decisiones, cuando sea indicado y entregando apoyo durante los momentos que resulten difíciles de sobrellevar (Petrone, 2021).

Además, un excelente contacto con las familias mejora el bienestar emocional del paciente y fortalece la seguridad clínica. Informar a los familiares y permitirles una participación adecuada en el proceso de atención promueve la detección temprana de posibles errores, aclara problemas de tratamiento y mejora el cumplimiento de las directivas médicas.

Este enfoque integral reconoce a la familia como un socio crucial en la atención al paciente, fomentando un ambiente de confianza, apoyo y cooperación que mejora sustancialmente la cultura de seguridad dentro de la institución. La incorporación de los familiares ofrece apoyo emocional al paciente, a la vez que facilita la pronta identificación de posibles errores, la explicación de problemas relacionados con el tratamiento y el cumplimiento de las directivas médicas. Incorporar a las personas como socios activos en el proceso de atención mejora la comunicación clara, refuerza la responsabilidad compartida y establece un modelo de atención más compasivo y seguro, centrado en las necesidades genuinas de los beneficiarios de los servicios de salud.

2.4. Marco Contextual.

2.4.1. Contexto General

En los últimos años, la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad estratégica dentro de las políticas y programas de salud de Ecuador, impulsando un enfoque sistemático para la prevención de eventos adversos, la mejora de la calidad de la atención y el fortalecimiento de la cultura organizacional de seguridad en los distintos niveles de atención. Este creciente interés demuestra el compromiso con la seguridad del paciente,

la mejora de los resultados clínicos y la alineación de las operaciones hospitalarias con los estándares globales de excelencia en la atención médica.

En respuesta a las preocupaciones globales y locales sobre la calidad de la atención, la humanización de los servicios y la disminución de los incidentes adversos dentro de los centros de salud, esta prioridad se esfuerza por abordar estas cuestiones. A través de la Secretaría de Salud Pública y diversas normas institucionales, el país está trabajando para promover la cultura de la seguridad en todos los niveles, con el objetivo de fomentar un tratamiento orientado al paciente y la formación continua del potencial humano en el ámbito de la salud.

La situación ecuatoriana, por otro lado, presenta una serie de obstáculos importantes. Las instituciones hospitalarias se enfrentan a retos que incluyen el personal y la estabilidad, los recursos técnicos y los entornos de trabajo. Además, se enfrentan a una demanda cada vez mayor por parte de la sociedad de servicios de excelencia. La incorporación de técnicas de comunicación eficientes se reconoce ahora ampliamente como un instrumento crucial, no solo con el fin de reducir los errores, sino también con el fin de crear entornos seguros y propicios para la colaboración. En este contexto concreto, la función del personal de enfermería es muy importante, ya que es el grupo profesional con mayor presencia en los procedimientos de atención y en el tiempo que pasa interactuando directamente con los pacientes (Chicaíza et al., 2024).

La complejidad de la estructura socioeconómica de Ecuador y su diversidad cultural impactan significativamente la formulación e implementación de estrategias de seguridad y comunicación para el paciente. Estas limitaciones exigen que las acciones institucionales sean adaptables, contextualmente relevantes y acordes con las necesidades específicas de cada comunidad. El éxito de estas medidas se ve influenciado por la variabilidad poblacional, las brechas en el acceso a los servicios de salud, las variaciones en los niveles educativos y de alfabetización en salud, y las desigualdades geográficas que dificultan la cobertura consistente y la continuidad del tratamiento.

La adopción de una cultura de seguridad requiere métodos participativos, capacitación continua para los profesionales de la salud, procedimientos explícitos y recursos técnicos que faciliten la supervisión, el reporte de incidentes y la retroalimentación eficiente. Consolidar una sólida cultura de seguridad, minimizar los eventos adversos y garantizar entornos de atención justos, seguros y centrados en el paciente solo puede lograrse mediante medidas adaptativas y contextualizadas.

Por consiguiente, es fundamental fortalecer la cultura corporativa, consolidar un liderazgo comprometido y promover constantemente la capacitación en habilidades comunicativas como elementos fundamentales para avanzar hacia un sistema de salud más seguro, justo y superior en Ecuador. Estos aspectos mejoran la coordinación entre los equipos de trabajo y reducen la probabilidad de errores clínicos, a la vez que fomentan entornos laborales más resilientes, colaborativos y orientados al aprendizaje continuo. La capacitación en habilidades de comunicación empáticas y efectivas mejora la participación del paciente y la familia en la atención, fomenta la confianza en los sistemas de salud y promueve un trato más compasivo.

En este contexto, fortalecer una cultura de seguridad debe percibirse como un proceso dinámico y continuo que integra las políticas públicas, las prácticas profesionales y los atributos socioculturales del país, garantizando que la seguridad del paciente se establezca no solo como una necesidad técnica, sino también como un valor ético y fundamental en la atención médica.

2.4.2 Contexto Específico del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra

El Hospital San Vicente de Paúl, situado en la ciudad de Ibarra, es referencia regional en la atención hospitalaria del norte del Ecuador. Este centro de salud se rige por lineamientos normativos nacionales, protocolos internos y una misión orientada a ofrecer servicios humanizados y seguros a la población. En los últimos años, la institución ha evidenciado avances en áreas como la capacitación en seguridad del paciente, el fortalecimiento de los

sistemas de reporte de incidentes y la implementación de programas de mejora continua enfocados en la calidad de la atención y la prevención de riesgos.

El hospital reconoce la importancia de involucrar a los pacientes y sus familias como contribuyentes activos a la seguridad de la atención. Facilitar una comunicación transparente, educar sobre los riesgos y protocolos, e incluir a los familiares en la toma de decisiones cuando sea apropiado, mejora la prevención de errores, fomenta la adherencia al tratamiento y fortalece la confianza en los servicios de salud. Este enfoque holístico fortalece la cultura de seguridad al integrar los esfuerzos del personal sanitario con la participación deliberada de los pacientes, fomentando un entorno más seguro y compasivo, centrado en resultados de calidad.

A pesar de estos esfuerzos, estudios recientes tanto a nivel nacional como en instituciones similares destacan que aún persisten desafíos importantes vinculados a la cultura de seguridad del paciente entre el personal de enfermería. Entre ellos, se identifican vacíos en la comunicación efectiva, la estandarización de prácticas seguras, el reporte oportuno de eventos adversos y la retroalimentación institucional ante los errores y aciertos del equipo. El clima laboral, el volumen de trabajo y la percepción del personal sobre el apoyo institucional también inciden en la calidad del ambiente de seguridad y colaboración (García, 2023)

Frente a esto, el hospital ha priorizado el desarrollo de estrategias orientadas a fortalecer la cultura de seguridad, con énfasis en la comunicación efectiva interna, la capacitación constante y la promoción del trabajo en equipo. Dichas acciones buscan empoderar al personal de enfermería como agente clave en la prevención de eventos adversos y en la construcción de entornos hospitalarios seguros, inclusivos y alineados con las normativas nacionales e internacionales.

2.5. Marco Legal y Normativo.

2.5.1 Aspectos Internacionales

Plan de acción Mundial para la seguridad del paciente 2021 – 2030.

Se describen los objetivos estratégicos para la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (2022):

OE1: hacer del daño evitable nulo una actitud mental y una norma de intervención en la planificación y la prestación de la atención de salud en todas partes. OE2: construir sistemas de salud y organizaciones sanitarias de alta fiabilidad que protejan a los pacientes diariamente de los daños. OE3: garantizar la seguridad de cada proceso clínico. OE4: implicar y empoderar a los pacientes y familiares para que ayuden y apoyen todo el proceso encaminado a una atención de salud más segura. OE5: inspirar, educar, preparar y proteger a todos los trabajadores de la salud para que contribuyan a la configuración y la prestación de sistemas asistenciales seguros. OE6: asegurar un flujo constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daños evitables y la mejora de la seguridad de la atención. OE7: desarrollar y mantener la sinergia, la asociación y la solidaridad de carácter multisectorial y multinacional a fin de mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. (pp. 6-7)

2.5.2 Normativa Nacional

Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2008):

Art. 16.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: Una comunicación libre, intercultural, incluyente, diversa y participativa, en todos los ámbitos de la interacción social, por cualquier medio y forma, en su propia lengua y con sus propios símbolos. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad. (pp. 30-31)

Art. 32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (pp. 34-35)

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. (p. 166)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos

en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (p. 166)

Ley orgánica de Salud del Ecuador

La ley orgánica de Salud del Ecuador (Congreso Nacional, 2006):

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias. (p. 2).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento; 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud; 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; 5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas; 20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos. (pp. 2-3).

Plan de creación de oportunidades 2021-2025.

Mediante la (secretaría nacional de Planificación, 2021):

Eje 2: Social

Objetivo 6:

Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

Políticas:

- Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
- Asegurar el acceso universal a las vacunas y la adopción de medidas sanitarias para prevenir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la población.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva de manera integral, inclusiva y de calidad.
- Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficiencia y transparencia. (p. 66)

CAPÍTULO 3. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS Y RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación utilizó un enfoque de métodos mixtos para examinar cómo una estrategia de comunicación eficaz podría mejorar la cultura de la seguridad del paciente entre el personal de enfermería. El estudio tiene como objetivo combinar el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, recopilados a través de una encuesta estructurada, con una comprensión profunda de la cultura de seguridad, las percepciones y las experiencias del personal. Esta integración metodológica nos permitirá examinar tanto la frecuencia y la coherencia de las prácticas de comunicación relacionadas con la seguridad del paciente, como las interpretaciones, los obstáculos y los facilitadores que experimentan los profesionales de enfermería.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables.

Operacionalización de Variables						
Tema: Estrategia de comunicación efectiva para el fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025						
Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variables estudiadas	Dimensiones	Indicadores
¿Cómo una Estrategia de Comunicación efectiva pueden contribuir al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, ¿2025?	Proponer una Estrategia de Comunicación efectiva que contribuya al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025.	Determinar los fundamentos teóricos y referenciales relacionados con la Cultura de Seguridad del Paciente y la Comunicación Efectiva en el ámbito de la enfermería	La propuesta de Estrategia de Comunicación efectiva contribuye al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025.	Variable independiente: Estrategias de comunicación efectivas.	1. Comunicación	Nivel de comunicación entre pacientes
		Caracterizar el estado actual de la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del			2. Seguridad del paciente	Número de incidentes reportados Calificación de la seguridad del paciente
					Variable dependiente	1. Trabajo en equipo 2. Presión y ritmo de trabajo

		<p>Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, a partir de sus características sociales, demográficas y laborales.</p>		<p>Cultura de Seguridad del Paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Aprendizaje organizativo 4. Respuesta al error 5. Apoyo que dan los supervisores 6. Comunicación acerca de errores 7. Comunicación y receptividad 8. Informar eventos relacionados con la seguridad del paciente 9. Apoyo que dan los administradores 10. Transferencias e Intercambio de información 	<p>Encuesta Hospitalaria para medir la cultura de seguridad del paciente (HSOPS)</p>
		<p>Elaborar una propuesta de estrategia de comunicación efectiva orientada a fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl.</p>				

3.2. Diseño metodológico.

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.

El diseño de investigación tendrá enfoque mixto, no experimental.

Enfoque mixto: según (Hernández Sampieri et al., 2014), es un enfoque de investigación que optimiza las ventajas de las metodologías cualitativas y cuantitativas, mejorando así la validez y profundidad de los resultados obtenidos. Esta integración sistemática no busca que un enfoque prevalezca sobre otro, sino que busca la complementariedad, facilitando una comprensión más completa y sólida del tema que se investiga.

Este estudio utilizó una herramienta previamente establecida, la Encuesta Hospitalaria sobre Prácticas de Seguridad del Paciente (HSOPS) de la AHRQ, para examinar los factores determinantes que afectan a la seguridad del paciente. Este instrumento recopilará datos numéricos para identificar patrones de comportamiento dentro de la población y evaluar el clima de seguridad actual en el Hospital San Vicente de Paúl, complementando esta información con una interpretación contextual de los resultados.

No experimental: El diseño de investigación no experimental, según (Hernández Sampieri et al., 2014) implica la observación y el análisis de los acontecimientos en su contexto natural, sin que el investigador altere intencionadamente ningún factor. No se aplican tratamientos ni condiciones para evaluar sus efectos; en su lugar, se recopilan datos para delinear rasgos, evaluar escenarios o determinar correlaciones entre factores preexistentes.

En esta investigación, la elección de un diseño no experimental es esencial para comprender la cultura de seguridad del paciente tal como opera actualmente en el Hospital San Vicente de Paúl. No se busca intervenir para modificar la cultura de

seguridad, sino analizar y describir sus componentes, percepciones y dinámicas sin alterarlas.

La naturaleza de este estudio se caracteriza por sus aspectos observacionales, descriptivos y transversales:

- **Descriptivo:** la investigación descriptiva es una técnica que permite describir las cualidades de los fenómenos que se investigan en el contexto de la investigación. Especificar las características de la población que se investiga es el objetivo principal de esta sección. De acuerdo con el cuestionario sociodemográfico y la encuesta de la AHRQ para hospitales, el alcance de la investigación se limitará a los estudios de las personas que participan en el ambiente de seguridad del paciente. Esto se hará teniendo en cuenta las dimensiones que se investigaron.
- **Observacional:** se caracteriza por la recopilación de pruebas del fenómeno que se investiga dentro de una población y la identificación de su distribución. En otras palabras, el objetivo de la investigación es evaluar las variables de interés que se identificaron en el estudio para investigar el ambiente de seguridad del paciente.
- **Transversal:** consiste en realizar un análisis de la persona objeto de la investigación, recopilar información y, en ocasiones, vincularla con datos del pasado. Este método permite evaluar las variables del estudio en el momento actual. En otras palabras, se utilizará en el proyecto de estudio durante la fase de recopilación de datos en una sola ocasión y dentro de un plazo determinado.

3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.

Método de Obtención del Conocimiento Teórico

- **Histórico-Lógico:** Analizará la evolución de la cultura de seguridad del paciente y la importancia de la comunicación efectiva en entornos de salud.
- **Analítico-Sintético:** Descompondrá el problema de la comunicación para la cultura de seguridad en sus componentes y sintetizará la información obtenida.
- **Hipotético-Deductivo:** Permitirá formular hipótesis sobre la estrategia de comunicación y deducir conclusiones a partir de los datos empíricos.

Método de Obtención del Conocimiento Empírico

Para la recolección y análisis de datos empíricos, se empleará la **observación**.

- **Observación:** Se utilizará para obtener datos cualitativos sobre el entorno hospitalario y las prácticas de comunicación del personal de enfermería relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.

La metodología que se utilizará en esta investigación es una encuesta que se administrará a profesionales de la salud, administradores y personal de servicio que trabajan en hospitales ubicados en la Zona 1 de Ecuador. La encuesta se llevará a cabo utilizando la Encuesta sobre el clima de seguridad del paciente (AHRQ) validada.

La recopilación de datos se realizará mediante el uso del cuestionario, que se dividirá en dos secciones:

- Cuestionario sobre características sociodemográficas
- El cuestionario «Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente» (HSOPS) está disponible para su cumplimentación.

Para esta investigación en particular, se utilizó como técnica la Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad del paciente (HSOPS), desarrollada por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. Se lleva a cabo una evaluación del entorno y la cultura de seguridad del paciente con el fin de descubrir deficiencias en los

servicios de atención prestados por el hospital. Con el fin de validarlo, se llevó a cabo una investigación en un gran número de hospitales de todo Estados Unidos y, posteriormente, en otros territorios en el año 2005. Además, se ha adaptado una transcripción al español del documento.

En lo que respecta a la atención al paciente, las organizaciones que cuentan con un alto nivel de seguridad para los pacientes se caracterizan por la aplicación de métodos que limitan el número de eventos adversos que experimentan los pacientes. Para recopilar información, los hospitales utilizan una herramienta denominada Encuestas sobre la cultura de seguridad del paciente.

Esta encuesta incluye un total de 52 preguntas, que se distribuyen en las siguientes dimensiones: la ocupación del profesional sanitario que trabaja en el hospital, la unidad o área de trabajo a la que pertenece, la supervisión, la comunicación, la notificación de eventos adversos, la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la calificación de la seguridad del paciente, la información sobre el hospital y preguntas generales sobre la cultura y el clima de seguridad del paciente en los hospitales.

Debido a la gran variedad de requisitos que tienen los hospitales, su implementación es esencial para reducir los peligros asociados a la atención clínica o a los servicios de salud individuales. Utilizando métodos que le permitieran comprender la situación relativa a los riesgos a los que estaban expuestos los pacientes, así como implementar y mejorar la calidad de la atención para reducir estos riesgos y proporcionar una mayor seguridad en la recuperación o intervención de los pacientes, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) de los Estados Unidos de América trató de establecer un procedimiento estándar a nivel nacional e internacional con el fin de garantizar la calidad de los procedimientos de atención médica.

Confiabilidad y validez del instrumento

Para el análisis de la confiabilidad y validez del instrumento se aplicará la adaptación y validación turca de la encuesta hospitalaria revisada sobre cultura de seguridad del paciente, se realizó como primer paso una revisión por panel de expertos, posteriormente se calculó la validez de contenido del TR—HSOPSC 2.0 adaptado para cada ítem y subescala evaluando los ítems utilizando el índice de validez de contenido (CVI) mediante el método de Lawshe , el CVI, que fue de 0,96 para la escala global, osciló entre 0,90 y 0,98 para los ítems (Filiz & Yeşildal, 2022).

Antes del análisis factorial, se evaluó la idoneidad del conjunto de datos para el análisis factorial mediante KMO y la prueba de Bartlett para la validez de constructo. Se encontró que el resultado de la prueba de adecuación de la muestra KMO estaba en un nivel suficiente como 0.86, Los coeficientes alfa de Cronbach fueron los siguientes: 0,75 para trabajo en equipo, 0,73 para dotación de personal y ritmo de trabajo, 0,74 para aprendizaje organizacional: mejora continua, 0,81 para respuesta al error, 0,77 para apoyo de supervisor, gerente o líder clínico para la seguridad del paciente, 0,73 para comunicación sobre Error, 0,82 para apertura de la comunicación, 0,74 para informar eventos de seguridad del paciente, 0,76 para apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente y 0,72 para traspasos e intercambio de información (Filiz & Yeşildal, 2022).

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.

Esta investigación se llevará a cabo una muestra probabilística , en El Hospital General “San Vicente de Paúl”, ubicado en la Av. Luis Vargas Torres y Jaime Rivadeneira, ciudad de Ibarra, Imbabura – Ecuador.

Población de estudio

Personal de enfermería con relación laboral incluidos internos rotativos de enfermería del Hospital General “San Vicente de Paúl”.

Muestra

Comprende a 80 profesionales de enfermería, incluidos internos rotativos de enfermería seleccionados aleatoriamente

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería con relación laboral
- Internos rotativos de enfermería que se encuentren laborando en el hospital San Vicente de Paúl

Criterios de exclusión

- Trabajadores de la salud sin relación de dependencia laboral
- Personal de enfermería incluido internos rotativos de enfermería que no se encuentren en el hospital durante la fase de recolección de datos

3.3. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).

3.3.1. Aplicación de los instrumentos.

El método de recopilación de datos para este estudio comenzó en marzo de 2025, con el envío de cuestionarios al personal de enfermería del Hospital General San Vicente de Paúl de Ibarra. El objetivo principal de este trabajo de campo es recopilar datos pertinentes sobre las opiniones del personal de enfermería acerca de la cultura de seguridad del paciente y la comunicación eficaz en su entorno de trabajo.

El trabajo de campo se estructurará en varias etapas, tal y como se muestra a continuación.

Planificación (febrero 2025).

Durante esta fase, se revisó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) para asegurar su correcta aplicación en el contexto del Hospital San Vicente de Paúl.

Responsables: Investigador principal.

Participantes: Asesor metodológico.

Recursos: Versión validada 2.0 del cuestionario HSOPS, herramientas para la gestión de encuestas (Jotform) <https://www.jotform.com/>

Selección los participantes (marzo 2025).

La muestra incluyó a 80 profesionales de enfermería del Hospital General “San Vicente de Paúl”, incluyendo internos rotativos. Esta selección aleatoria de participantes, bajo criterios de inclusión como la relación laboral y la rotación de los internos, y criterios de exclusión para quienes no tuvieran relación de dependencia o no estuvieran presentes, permitió obtener perspectivas directas del personal operativo en atención sanitaria.

Responsables: Investigador principal.

Participantes: Jefatura de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl (para facilitar el contacto).

Recursos: Listado del personal de enfermería proporcionado por el hospital, formato de consentimiento informado.

Aplicación de encuestas (marzo - abril 2025).

Se utilizaron dos apartados para el cuestionario: uno para variables sociodemográficas y otro, el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). Este último instrumento, desarrollado por la AHRQ, consta de 52 preguntas que evalúan el clima y la cultura de seguridad del paciente, incluyendo dimensiones como la supervisión, la comunicación y el reporte de eventos adversos. Su diseño permite captar las percepciones de los participantes de manera detallada.

Las encuestas fueron distribuidas de manera confidencial durante los meses de marzo y abril de 2025. Se utilizó una plataforma digital para la recolección de datos, la cual

incluyó el consentimiento informado, garantizando el respeto al protocolo ético establecido. Esta fase contribuyó a la recolección de datos actuales y representativos sobre las percepciones de la cultura de seguridad y comunicación en el personal de enfermería.

Responsables: Investigador principal.

Participantes: Personal de enfermería (80).

Recursos: Plataforma de encuesta digital (Jotform), dispositivos electrónicos (computadoras, tablets, teléfonos celulares) para acceso a la encuesta.

3.3.2. Procesamiento de la información.

El procesamiento de los datos recolectados se llevó a cabo en varias etapas clave:

- Codificación de respuestas: Los datos obtenidos del cuestionario HSOPS, que evalúa percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente y la comunicación, fueron codificados numéricamente para facilitar el análisis estadístico.
- Organización y análisis de los datos: Los resultados se organizaron en una base de datos en Excel. Posteriormente, se analizaron los datos en el software estadístico SPSS.
- Análisis descriptivo: Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva básica. Se calcularon las frecuencias y porcentajes para cada ítem, lo cual permitió una comprensión detallada de las percepciones del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad y la comunicación efectiva.
- Representación gráfica e interpretación: Los hallazgos fueron presentados mediante tablas de frecuencias y porcentajes para facilitar el análisis y visualización de los resultados, destacando áreas de consenso y posibles puntos de mejora en la cultura de seguridad del paciente en el Hospital General “San Vicente de Paúl”.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

El análisis de los resultados obtenidos en las encuestas se estructura según los objetivos específicos. La información se examinó mediante el uso de tablas, lo que facilita una visualización nítida de las tendencias y patrones encontrados.

- **Características Sociodemográficas**

Resultados: El 56,2% de los participantes poseen entre 20 y 30 años, seguido de un 27,5% entre 31 y 40 años, el 10% tienen de 41 a 50 años y un reducido 6,2% de 51 años en adelante. La media fue 31 años (DE $\pm 9,1$), con moda en 23 años. 78,8 % de los encuestados son mujeres. Todos los participantes poseen instrucción superior universitaria. Por otro lado, respecto a la residencia, el 82,5% vive en zona urbana. En cuanto al estado civil, el 61,3% son solteros, el 26,3% casados, el 8,8% divorciados, el 2,5% viudos y el 1,3% en unión libre.

Interpretación: El personal enfermero que participó en el estudio estuvo compuesto ampliamente por mujeres jóvenes con estudios universitarios, que residen en el área urbana. Dicho perfil sociodemográfico arroja una fuerza laboral con potencial elevado de adaptarse a procesos de formación en cultura de seguridad y posible apertura al cambio organizacional.

Tendencia: El personal adulto joven en su mayoría y su formación educativa superior suministran un ambiente adecuado para la implementación de estrategias innovadoras de comunicación orientadas a elevar la cultura de seguridad del paciente. La juventud del personal y su formación académica proporcionan un entorno favorable para la implementación de estrategias de comunicación orientadas a la mejora de la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 1. Características Sociodemográficas.

Variables	Escala	F	%
	De 20 a 30 años	45	56,2
	De 31 a 40 años	22	27,5
	De 41 a 50 años	8	10
Edad	De 51 años a más	5	6,2
	Media (DE)	31 (9,1)	
	Moda	23	
	Hombre	17	21,3
Sexo	Mujer	63	78,8
Nivel de instrucción	Superior	80	100
	Urbana	66	82,5
Residencia	Rural	14	17,5
	Soltero/a	49	61,3
	Casado/a	21	26,3
Estado civil	Divorciado/a	7	8,8
	Viudo	2	2,5
	Unión libre	1	1,3

Elaborado por: El autor.

- **Características Laborales**

Resultados: Alrededor del 70% de los participantes son enfermeros/as del tercer nivel con grado de Licenciados de cuidado directo, el 11,3 % son líderes o supervisores de servicio, el 8,8 % son Internos Rotativos de enfermería, el 6,3 % tienen estudios de cuarto nivel con grado de maestría y un reducido 1,3 % son auxiliares de enfermería. La mayor participación de enfermeras se encontraba en el área de neonatología (21,3 %), Medicina Interna (13,8%) y emergencias (12,5%), el resto de participantes se encontraba en el resto de servicios del hospital. En cuanto a la experiencia en cuidado directo, el 40% tienen una experiencia corta de 1 año, el 45 % con práctica de 1 a 5 años. Por otro

lado, la mayoría (55%) laboran entre 30 y 40 horas semanales, el 31,3% excede las 40 horas y solo un mínimo 13,8% menos de 30. Finalmente, todos los participantes interactúan directamente con pacientes.

Interpretación: Se observa un talento humano totalmente profesionalizado y con experiencia importante, en especial, en áreas de manejo crítico como Neonatología, Medicina Interna y Emergencias. La amplia interacción con pacientes y carga horaria denotan un entorno clínico extenuante, en la cual al apoyarse de una estrategia de comunicación efectiva podría disminuir la incidencia de riesgos y potenciar favorablemente la seguridad del paciente.

Se evidencia una plantilla profesionalizada y con experiencia relevante, especialmente en áreas críticas como Neonatología y Emergencia. La elevada interacción con pacientes y la carga horaria reflejan un entorno clínico demandante, donde una estrategia comunicacional efectiva puede reducir riesgos y mejorar la seguridad.

Tendencia: El ambiente laboral requiere que la comunicación sea clara, precisa y sostenible, lo que exige la necesidad de mejorar las competencias comunicativas dentro del equipo de enfermería para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 2. Características Laborales.

<i>Variables</i>	<i>Escala</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Cargo que desempeña	Enfermera/o profesional de 4to nivel	5	6,3
	Enfermera/o profesional 3er nivel	58	72,5
	Interno/a de enfermería	7	8,8
	Técnico o Tecnólogo en enfermería	0	0
	Auxiliar de enfermería	1	1,3
	Supervisor líderes de servicio	9	11,3
Área de trabajo	Servicio quirúrgico	6	7,5

	Centro obstétrico	9	11,3
	Medicina interna	11	13,8
	Emergencia	10	12,5
	Cirugía	4	5,0
	Pediatría	8	10,0
	Traumatología	2	2,5
	Neonatología	17	21,3
	UCI	7	8,8
	Ginecología	6	7,5
Tiempo de trabajo en el Hospital	Menos de un año	24	30,0
	De 1 a 5 años	32	40,0
	De 6 a 10 años	10	12,5
	11 o más años	14	17,5
Tiempo de trabajo en el área	Menos de un año	32	40,0
	De 1 a 5 años	36	45,0
	De 6 a 10 años	6	7,5
	11 o más años	6	7,5
Horas de trabajo semanal	Menos de 30 horas	11	13,8
	De 30 a 40 horas	44	55,0
	Más de 40 horas	25	31,3
Interacción con el paciente	Si	80	100
	No	0	0

Elaborado por: El autor

- **Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPS)**

Resultados: En cuanto a las dimensiones percibidas como positivas fueron: Aprendizaje organizativo (65,4%), reporte de eventos (66,2%) y comunicación sobre errores (68,3%).

Al contrario, las dimensiones negativas fueron: Personal y ritmo de trabajo (40%), respuesta al error (37,5%) y trabajo en equipo (30,4%)

Interpretación: Por un lado, si bien se reconocen esfuerzos institucionales dirigidos al aprendizaje y reporte de eventos adversos, subsisten debilidades en la respuesta hacia los errores y en la percepción del trabajo en equipo. Esto apunta a que, aunque existe una base sólida para construir, la cultura de seguridad del paciente no está totalmente afianzada en aspectos operativos y humanos prioritarios.

Tendencia: Se logra apreciar una tendencia de carácter dual, es decir, fortalezas en comunicación sobre errores y reporte, pero a la vez debilidades estructurales en la carga laboral y el liderazgo. Esto muestra la imperiosa necesidad de que se adopten nuevas estrategias como la de comunicación efectiva que no se limite en solo informar, sino que impulse el compromiso de los líderes y mejore el flujo de trabajo.

Tabla 3. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Dimensiones	<i>Negativas</i>	<i>Positivas</i>	<i>Neutras</i>	<i>N/C</i>
	%	%	%	%
Comunicación sobre errores	9.1	68.3	22.5	0.0
Apertura de comunicación	17.1	57.5	24.6	0.6
Transferencia de información	29.1	53.3	16.6	0.8
Apoyo en la administración	28.7	53.7	17.5	0.0
Aprendizaje organizativo	22.5	65.4	9.1	2.9
Reporte de eventos de seguridad	15,0	66,2	17,5	1,2
Respuesta al error	37,5	42,9	17,5	2,8
Personal y ritmo de trabajo	40,0	43,1	15,3	1,5
Apoyo del supervisor, líder	29,5	54,5	13,7	2,0
Trabajo en equipo	30,4	55,0	13,7	0,8

Elaborado por: El autor.

Número de Incidentes Reportados

Resultados: En los últimos 12 meses, el 43% de los participantes reportó apenas entre 1-2 incidentes, el 18,75 % reportó a más de 3 eventos y por último, el 18,75 % restante no reportó ningún incidente.

Interpretación: En su mayoría, los profesionales reconocen y reportan incidentes, lo cual es percibido como positivo. Sin embargo, aquel porcentaje que no ha realizado el reporte podría sugerir subregistro o quizás un despreocupado conocimiento de la cultura y mecanismos de reporte.

Tendencia: Se aprecia una cultura incipiente de reporte de eventos adversos, que merece ser reforzada a través de canales comunicativos accesibles y una cultura no punitiva que estimule el aprendizaje organizacional.

Tabla 4. Número de incidentes reportados

Incidentes reportados	<i>Ninguno</i>	<i>1 a 2</i>	<i>3 a 5</i>	<i>6 a 10</i>	<i>de 11 a más</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
¿Cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente (Incidentes) ha identificado y reportado en estos últimos 12 meses?	15	43	13	6	3

Elaborado por: El autor.

- **Calificación de la Seguridad del Paciente**

Resultados: La seguridad del paciente fue categorizada como “buena” para el 60 % de los participantes, para el 20% como “muy buena”, y para el 20 restante como “regular”. Finalmente, no se evidenciaron valoraciones en los extremos de “mala” ni de “excelente”.

Interpretación: En virtud de los resultados se identifica que la seguridad del paciente es percibida como adecuada, desde luego, sin alcanzar niveles excelencia. Esto representa una oportunidad de mejora importante mediante categorías comunicacionales que fomenten la cohesión, liderazgo y buenas prácticas.

Tendencia: La percepción mayoritaria favorable podría ser determinante de manera positiva para estimular cambios precisos que enaltezcan el estándar hacia una cultura de seguridad más adaptativa y proactiva.

Tabla 5. Calificación de la seguridad del paciente

Seguridad del paciente	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy Buena</i>	<i>Excelente</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su área de trabajo?	0	16	49	15	0

Elaborado por: El autor.

- **Calificación – Sección Comunicación (HSOPS)**

Resultados: La comunicación dentro del ambiente hospitalario fue considerada como “positiva” para el 62,14 % de los participantes, para el 23,75% fue neutro, el 13,75 % categorizaron negativamente y finalmente el 0,36% expresa que no aplica.

Interpretación: La comunicación institucional es apreciada como funcional por la mayor parte de los investigados, no obstante, casi el 40% que piensa lo contrario, dicha representación no merece ser subestimada; de igual manera, se revelan zonas que se canalizan a ser mejoradas, en especial la retroalimentación, claridad y oportunidad del intercambio de información.

El elevado porcentaje de respuestas neutras sugieren un déficit de claridad o consistencia en los procesos innatos de comunicación dentro del hospital: los enfermeros podrían no estar recibiendo mensajes a tiempo, completos o en los canales propicios, lo cual contribuye negativamente al generar incertidumbre y posibles interpretaciones equivocadas. De igual manera, las respuestas “negativas” subrayan fallas estructurales en la dinámica de la comunicación, es decir, ausencia de retroalimentación efectiva, poca o nula participación en la toma de decisiones clínico-terapéuticas, o una comunicación vertical y unidireccional que priva la expresión de preocupaciones o sugerencias.

Tendencia: El elevar los medios de comunicación a través de estrategias innovadoras son cruciales para establecer una cultura de seguridad robusta. El personal se encuentra receptivo, sin embargo, requiere herramientas estructuradas, canales definitivos y liderazgo comprometido para alcanzarlo.

Tabla 6. Calificación sección C - Comunicación

	<i>Negativo</i>	<i>Positivo</i>	<i>Neutro</i>	<i>No aplica</i>
Comunicación	%	%	%	%

Todos los ítems de esta sección corresponden a temas de comunicación del HSOPS.	13,75	62,14	23,75	0,36
---	-------	-------	-------	------

Elaborado por: El autor.

Los datos obtenidos evidencian un contexto en el que, aunque se reconocen esfuerzos en el reporte de eventos y el aprendizaje organizacional, persisten debilidades en la respuesta a errores y en la percepción del trabajo en equipo. Las regularidades observadas sugieren lo siguiente:

Se perciben como positivas en la cultura de seguridad del paciente el aprendizaje organizativo, el reporte de eventos y la comunicación sobre errores. Esto indica una base sólida para construir una cultura de seguridad, pero con aspectos operativos y humanos que necesitan ser fortalecidos.

Las dimensiones negativas incluyen el personal y el ritmo de trabajo, la respuesta al error y el trabajo en equipo. Esto resalta la necesidad de abordar la carga laboral y mejorar la percepción del trabajo en equipo para fortalecer la cultura de seguridad. La mayoría de los participantes reportó al menos un incidente en los últimos doce meses, mientras que una parte menor no reportó ninguno. Esto sugiere una cultura incipiente de reporte que necesita ser reforzada a través de canales comunicativos accesibles y una cultura no punitiva.

La seguridad del paciente fue calificada predominantemente como "buena" o "muy buena" por los participantes, sin valoraciones de "mala" o "excelente". Esto indica una percepción adecuada, pero con una oportunidad importante de mejora mediante categorías comunicacionales que fomenten la cohesión, el liderazgo y las buenas prácticas.

La comunicación dentro del ambiente hospitalario fue considerada mayoritariamente "positiva", pero una proporción considerable la percibió como "neutra" o "negativa". El elevado porcentaje de respuestas neutras y negativas sugiere un déficit de claridad o consistencia en los procesos de comunicación, con falta de retroalimentación efectiva y poca participación en la toma de decisiones.

3.5. Redacción de resultados y discusión.

Los resultados obtenidos reflejan una serie de regularidades que evidencian el estado de la cultura de seguridad del paciente y la comunicación en el personal de enfermería. A continuación, se presenta una discusión sobre estas regularidades, contextualizando su impacto en la calidad del servicio y la atención al paciente.

Percepción de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Aunque existe una percepción positiva en cuanto al aprendizaje organizativo, el reporte de eventos y la comunicación sobre errores (superando el 65% en cada caso), las dimensiones relacionadas con el personal y el ritmo de trabajo, la respuesta al error y el trabajo en equipo se perciben negativamente (con porcentajes del 40%, 37,5% y 30,4% respectivamente). Esta dualidad indica que, si bien se reconocen esfuerzos institucionales, subsisten debilidades en aspectos operativos y humanos prioritarios, lo que apunta a la necesidad imperiosa de adoptar estrategias de comunicación efectiva que impulsen el compromiso de los líderes y mejoren el flujo de trabajo.

Número de incidentes reportados.

La mayoría de los profesionales (43%) reportó entre 1 y 2 incidentes, y un 18,75% no reportó ninguno en los últimos 12 meses. Esto sugiere una cultura incipiente de reporte de eventos adversos que necesita ser reforzada. La falta de reporte en un porcentaje significativo podría indicar subregistro o desconocimiento de los mecanismos de reporte.

Una cultura no punitiva y canales comunicativos accesibles son cruciales para estimular el aprendizaje organizacional.

Calificación de la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es percibida como "buena" (60%) y "muy buena" (20%) por la mayoría de los participantes. Sin embargo, la ausencia de valoraciones "excelentes" sugiere una oportunidad de mejora significativa. Esta perspectiva favorable constituye una base fundamental para iniciar cambios que establezcan estándares de calidad y fortalezcan la cultura de seguridad del paciente. La ausencia de evaluaciones "sobresalientes" subraya la necesidad de utilizar técnicas nuevas y duraderas que faciliten la transición hacia una cultura más flexible, resiliente y proactiva.

En este contexto, mejorar la comunicación corporativa, fomentar un liderazgo comprometido y promover las mejores prácticas son pilares esenciales para establecer un entorno seguro, donde se eviten errores sistemáticamente y el aprendizaje continuo sea fundamental para la práctica sanitaria.

Calificación de la sección Comunicación (HSOPS).

La comunicación en el ambiente hospitalario es percibida como "positiva" por el 62,14% de los participantes, pero un 23,75% la califica como "neutra" y un 13,75% como "negativa". El elevado porcentaje de respuestas neutras sugiere un déficit de claridad o consistencia en los procesos de comunicación, lo que podría generar incertidumbre y malas interpretaciones. Las respuestas "negativas" subrayan fallas estructurales como la ausencia de retroalimentación efectiva o una comunicación unidireccional.

Esto resalta la necesidad de estrategias innovadoras para establecer una cultura de seguridad robusta, proporcionando herramientas estructuradas, canales definitivos y un liderazgo comprometido. Para lograrlo, se requieren técnicas estructuradas que permitan la evaluación temprana de riesgos, el análisis sistemático de eventos y la mejora

continua. También son vitales los mecanismos de comunicación transparentes y bidireccionales que permitan a pacientes, familias y profesionales reportar incidentes sin temor a represalias.

Discusión

El diagnóstico del problema indica una situación en la que, a pesar de las opiniones mayoritariamente favorables sobre algunos elementos de la cultura de seguridad y la comunicación, persisten áreas sustanciales de mejora. Los resultados indican que, a pesar de los intentos, su eficacia es dudosa e insuficiente.

La comunicación eficaz de los esfuerzos, la revisión continua de las soluciones y la mejora de los sistemas de apoyo y formación son esenciales para resolver las preocupaciones del personal. Además, es esencial que los planes hagan hincapié no solo en el desarrollo de las habilidades técnicas, sino también en la mejora del liderazgo y la cohesión entre los diversos grupos de personal.

En conclusión, la adopción de una estrategia holística que abarque la formación continua, la comunicación eficiente y el apoyo estructurado al personal puede mejorar la percepción de la cultura de seguridad del paciente y elevar sustancialmente la calidad de la atención en el Hospital General San Vicente de Paúl. Esto ayudaría al personal de enfermería y repercutiría positivamente en la satisfacción de los pacientes y en la imagen del hospital.

Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

Este estudio indica la necesidad de realizar modificaciones sustanciales en las tácticas de comunicación para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital General San Vicente de Paúl. La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente dependen en gran medida de una buena comunicación. En el Hospital General San Vicente de Paúl se han identificado oportunidades de mejora en varias áreas que afectan directamente a la experiencia y la seguridad del paciente. Esta propuesta tiene por objeto establecer una serie de medidas destinadas a ejecutar una estrategia de comunicación eficaz con el fin de mejorar la cultura de seguridad del paciente entre el personal de enfermería. El objetivo es llevar a cabo un cambio estructural que responda a las necesidades actuales del hospital mediante la mejora de las líneas de comunicación claras, la implementación de formación y el fomento de una cultura no punitiva, garantizando así un entorno seguro y de alta calidad para la atención al paciente.

4.1 Fundamentación de propuesta de transformación

La calidad de la atención al paciente en los hospitales depende en gran medida de una comunicación eficaz y de una sólida cultura de seguridad del paciente. El Hospital General San Vicente de Paúl ha identificado oportunidades de mejora, entre ellas la claridad y la puntualidad del intercambio de información, la retroalimentación y la respuesta a los errores.

Este concepto se basa en teorías de comunicación organizacional y modelos de cultura de seguridad del paciente que fomentan un entorno de trabajo colaborativo, caracterizado por un flujo de información bidireccional y el estímulo del aprendizaje a partir de los errores. Los principios de calidad y seguridad del paciente, junto con la necesidad de evitar errores médicos y mejorar la notificación de incidentes, impulsan este cambio.

4.2 Estructura de la propuesta de transformación

Para lograr una transformación efectiva, se plantea un sistema de actividades organizadas en tres fases principales:

1. Fase de diagnóstico
2. Fase de implementación
3. Fase de evaluación.

Objetivo general de la propuesta:

Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a través de una estrategia de comunicación efectiva para el personal de enfermería del hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, 2025.

Objetivos Específicos:

- Desarrollar un sistema de actividades para capacitar al personal de enfermería en estrategias de comunicación efectiva y habilidades interpersonales que fomenten una cultura de seguridad del paciente.
- Evaluar desde los hallazgos obtenidos el estado actual de la comunicación y la cultura de seguridad del paciente para la selección de actividades de mejora en el Hospital General “San Vicente de Paúl”.
- Implementar un sistema de actividades que incluya seguimiento y retroalimentación para medir la efectividad de la estrategia de comunicación en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Fase 1: Diagnóstico

Objetivo:

Obtener una visión clara del estado actual de la comunicación y la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

Actividades:

Revisión y análisis de la encuesta HSOPS (Hospital Survey on Patient Safety

Culture): esta herramienta permite conocer la percepción del personal sobre distintos dominios de la seguridad. El análisis debe enfocarse en identificar las dimensiones con resultados menos favorables, como la carga de trabajo y el ritmo de las tareas, la respuesta al error, la colaboración entre equipos y la calidad de la comunicación. Además, se deben reconocer los puntos fuertes, ya que estos constituyen recursos estratégicos que pueden potenciarse en fases posteriores.

Estudio del sistema de reporte de incidentes: recopilar y analizar los datos de incidentes notificados en los últimos años para detectar patrones, subregistros o áreas donde el reporte es insuficiente. El análisis debe indagar en las posibles causas de este subregistro, que suelen estar relacionadas con miedo a represalias, percepción de inutilidad del reporte o falta de retroalimentación tras la notificación.

Evaluación de la comunicación clínica y organizacional: identificar cómo fluye la información en distintos niveles, tanto entre profesionales (intra e interdepartamental) como entre profesionales y pacientes. Se explorará la claridad de los mensajes, la oportunidad con que se transmiten y la existencia o ausencia de retroalimentación efectiva.

Análisis cualitativo con el personal de enfermería: aplicar entrevistas, grupos focales o cuestionarios abiertos que permitan identificar las necesidades formativas más urgentes en comunicación clínica, manejo del error y trabajo en equipo. Este paso aporta

una visión más cercana de la experiencia cotidiana del personal, que no siempre queda reflejada en los instrumentos estandarizados.

Comparación con estándares de referencia: contrastar los hallazgos con guías internacionales en seguridad del paciente (OMS, Joint Commission, AHRQ) para situar el estado actual del hospital dentro de un marco comparativo que facilite el diseño de estrategias alineadas con buenas prácticas globales.

Criterios de Evaluación:

Se considera exitoso este diagnóstico cuando se logra consolidar un panorama claro y documentado sobre el estado de la cultura de seguridad y la comunicación en el hospital. Esto implica no solo identificar las brechas y deficiencias, sino también reconocer factores protectores que favorezcan el cambio.

El diagnóstico debe ser lo suficientemente detallado para convertirse en una base sólida para la planificación estratégica, y al mismo tiempo práctico para orientar intervenciones inmediatas y sostenibles.

Productos a Obtener:

- **Informe integral de diagnóstico**, con resultados cuantitativos y cualitativos organizados por dimensiones de la cultura de seguridad y por categorías de comunicación.
- **Mapa de brechas y oportunidades**, que muestre gráficamente las áreas críticas, las causas subyacentes y los puntos fuertes que pueden ser potenciados.
- **Recomendaciones iniciales**, dirigidas a orientar la fase de implementación, incluyendo lineamientos preliminares sobre formación del personal, diseño de protocolos comunicativos y fortalecimiento del sistema de reporte de incidentes.

Fase 2: Implementación de la Estrategia de Comunicación Efectiva

Objetivo: Desarrollar un sistema de capacitación y fomento de la comunicación efectiva para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

Actividades:

Capacitaciones en comunicación efectiva y seguridad del paciente

Se propone la realización de un programa estructurado de talleres interactivos y prácticos, diseñados para fortalecer las competencias comunicativas y fomentar una cultura de seguridad sólida en el personal de salud. Estas capacitaciones no se limitan a la transmisión teórica de conocimientos, sino que buscan generar experiencias de aprendizaje activas mediante dinámicas grupales, estudios de caso, simulaciones clínicas que permitan al personal enfrentar situaciones reales de su práctica cotidiana.

Los contenidos se organizarán en cuatro ejes principales:

- **Comunicación asertiva y escucha activa:** desarrollo de habilidades para expresar ideas con claridad y respeto, al mismo tiempo que se promueve una escucha empática que facilite la comprensión de las necesidades del paciente y de los compañeros de trabajo.
- **Manejo de conflictos y comunicación de errores de manera constructiva:** estrategias para abordar situaciones difíciles, resolver desacuerdos de forma colaborativa y transmitir la ocurrencia de errores sin generar ambientes de culpa, orientando la conversación hacia el aprendizaje y la mejora continua.
- **Importancia del reporte de incidentes y sistemas de retroalimentación:** sensibilización sobre el valor del reporte como herramienta de prevención y aprendizaje organizacional, junto con el entrenamiento en el uso de sistemas digitales o manuales que permitan notificaciones seguras, anónimas y efectivas.

- **Fomento del trabajo en equipo y la colaboración interprofesional:** actividades diseñadas para fortalecer la confianza entre disciplinas, optimizar la coordinación de tareas y consolidar una cultura de corresponsabilidad en la seguridad del paciente.

Implementación de canales de comunicación claros y bidireccionales:

Establecimiento de reuniones regulares: Programar encuentros periódicos destinados a la discusión de casos clínicos, análisis de incidentes y lecciones aprendidas, promoviendo un espacio seguro para el diálogo, la reflexión conjunta y la identificación de oportunidades de mejora.

Creación de plataformas digitales y buzones de sugerencias: Implementar herramientas tecnológicas y físicas que faciliten la retroalimentación y el reporte de incidentes, asegurando la confidencialidad y fomentando una cultura organizacional no punitiva, donde el personal se sienta motivado a reportar errores o riesgos sin temor a represalias.

Fomento de la comunicación abierta entre niveles jerárquicos: Incentivar el diálogo constante y transparente entre supervisores, líderes y personal de enfermería, fortaleciendo la confianza, la colaboración interprofesional y la cohesión del equipo, elementos clave para consolidar una cultura de seguridad del paciente sostenible.

Fases y Tareas:

Planificación:

La primera etapa consiste en diseñar un cronograma detallado de capacitaciones y actividades de comunicación, que especifique fechas, responsables, recursos necesarios y metodologías a utilizar. Este cronograma debe contemplar tanto talleres presenciales como virtuales, adaptándose a la disponibilidad del personal y a la dinámica hospitalaria, evitando interferir con la atención asistencial. Asimismo, la planificación debe definir

objetivos claros para cada módulo, indicadores de logro y mecanismos de seguimiento, de modo que todas las acciones estén alineadas con las metas estratégicas de fortalecer la cultura de seguridad y mejorar la comunicación clínica.

Ejecución:

La segunda etapa corresponde a la implementación de las capacitaciones y nuevas herramientas de comunicación. Se desarrollarán talleres prácticos con metodologías activas (simulaciones clínicas, análisis de casos), complementados con módulos virtuales que permitan el aprendizaje asincrónico.

Monitoreo:

La tercera etapa implica el seguimiento sistemático de las actividades mediante sesiones de retroalimentación periódicas, en las que se evalúe el grado de participación, el nivel de satisfacción del personal y los avances en el fortalecimiento de la comunicación y la cultura de seguridad. Para ello se emplearán encuestas de percepción, indicadores de reporte de incidentes y registros de participación en capacitaciones. Además, se establecerán espacios de ajuste continuo, en los que los hallazgos se traduzcan en mejoras inmediatas, asegurando que el proceso sea flexible y evolucione en respuesta a las necesidades reales de la organización.

Criterios de Evaluación:

Evaluaciones de conocimientos y habilidades en comunicación: Se realizarán pruebas y actividades prácticas al inicio y al final de las capacitaciones para medir el nivel de adquisición de competencias, identificar avances individuales y grupales, y determinar la efectividad de los contenidos impartidos.

Medición de la participación y uso de los nuevos canales de comunicación: Se llevará un registro sistemático del grado de involucramiento del personal en los medios implementados, evaluando tanto la frecuencia como la calidad de las interacciones, así como la efectividad de la retroalimentación generada.

Observación de la mejora en la interacción y el trabajo en equipo: A través de supervisión directa, análisis de dinámicas grupales y retroalimentación de los participantes, se evaluará cómo las capacitaciones y los nuevos canales de comunicación contribuyen a fortalecer la colaboración, la coordinación y la cohesión entre los miembros del personal de enfermería.

Productos a Obtener

Informes de evaluación de competencias posteriores a la capacitación: Documentos que evalúan y analizan las habilidades adquiridas por el personal tras los talleres y las actividades de capacitación, lo que permite identificar fortalezas, áreas de desarrollo y la eficacia de la información proporcionada.

Resultados de la encuesta de satisfacción del personal: Datos recopilados sobre las impresiones y evaluaciones de los participantes sobre las actividades de comunicación, incluyendo la relevancia de los temas, la calidad del enfoque y su aplicación en su práctica diaria.

Registros del uso de los canales de comunicación establecidos: Estadísticas sistemáticas que ilustran la frecuencia, el tipo y la eficacia de los nuevos canales de comunicación institucional, lo que permite evaluar su influencia en la mejora de la coordinación, la retroalimentación y la cultura de seguridad.

4.3 Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación

Objetivo: Verificar el impacto de la estrategia de comunicación efectiva en la mejora de la cultura de seguridad del paciente.

Actividades:

Reaplicación de encuestas HSOPS: Se realizará una nueva aplicación de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) con el objetivo de medir los cambios en las percepciones del personal respecto a las dimensiones clave de la cultura de seguridad, incluyendo personal y ritmo de trabajo, respuesta al error y trabajo en equipo. Además, se prestará atención especial a los ítems relacionados con la comunicación, permitiendo evaluar de manera cuantitativa el impacto de la estrategia implementada.

Análisis de datos de reporte de incidentes: Se compararán de manera sistemática el número, tipo y gravedad de los incidentes reportados antes y después de la ejecución de la estrategia. Este análisis permitirá identificar mejoras en la cultura de reporte, detectar tendencias emergentes y evaluar la efectividad de los canales de comunicación y retroalimentación implementados.

Evaluación de la percepción de seguridad del paciente: Se revalorará la percepción del personal de enfermería sobre la seguridad en su área de trabajo, identificando cambios en la confianza, la percepción de riesgo y la efectividad de los protocolos y medidas de prevención aplicadas. Esto permitirá vincular las intervenciones realizadas con los resultados percibidos directamente por quienes están en contacto constante con los pacientes.

Entrevistas y grupos focales con el personal de enfermería: Se llevarán a cabo entrevistas estructuradas y grupos focales para recopilar información cualitativa sobre la experiencia del personal en relación con la comunicación y la cultura de seguridad. Estos espacios de diálogo permitirán profundizar en los hallazgos cuantitativos, identificar barreras persistentes, reconocer buenas prácticas y generar recomendaciones para ajustes futuros en la estrategia.

Criterios de Evaluación:

Mejoras en la percepción de la cultura de seguridad: Evaluar los cambios positivos en los porcentajes de percepción de las dimensiones previamente identificadas como negativas, tales como carga de trabajo, respuesta al error y trabajo en equipo, indicando un fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente.

Incremento en la cantidad y calidad de reportes de incidentes: Analizar tanto el número de incidentes reportados como la relevancia y completitud de la información proporcionada, reflejando un mayor compromiso con la transparencia y la mejora continua.

Avances en la valoración general de la seguridad del paciente: Revalorar la percepción del personal de enfermería sobre la seguridad en su área de trabajo, identificando mejoras en la confianza, la aplicación de protocolos y la prevención de riesgos.

Mejora en la comunicación interna: Medir la percepción de claridad, oportunidad y efectividad de la retroalimentación recibida, así como la capacidad de los equipos para intercambiar información de manera constructiva y colaborativa.

Productos a Obtener:

Informe de Impacto de la Estrategia de Comunicación: Un documento completo que consolida y evalúa los resultados tras la implementación de la estrategia, abarcando cambios en la percepción de la cultura de seguridad del paciente, mejoras en la comunicación interna e indicadores de avance en la participación y la notificación de incidentes. Este informe servirá como recurso para la toma de decisiones y la planificación de actividades futuras.

Recomendaciones para el Refuerzo y la Continuidad: Un conjunto de propuestas pragmáticas y estratégicas diseñadas para consolidar los logros, mantener la eficacia de las iniciativas de comunicación y mejorar la sostenibilidad de la cultura de seguridad del

hospital. Estas sugerencias incluyen modificaciones metodológicas, iniciativas de capacitación continua y protocolos para el monitoreo y la evaluación periódica del progreso.

Recursos para la Aplicación de la Propuesta

La implementación efectiva de esta propuesta requiere una planificación cuidadosa de los recursos necesarios, asegurando que cada componente contribuya al fortalecimiento de la cultura de seguridad y a la mejora de la comunicación clínica. Estos recursos pueden agruparse en cuatro categorías principales:

Recursos Humanos: El éxito de la propuesta depende en gran medida de la participación activa del talento humano. Se requiere la implicación del equipo de recursos humanos del hospital, encargado de coordinar y dar seguimiento a las acciones; del personal de enfermería líder, que actúe como referente y multiplicador de buenas prácticas en seguridad y comunicación; así como de facilitadores internos o externos especializados, que aporten conocimientos técnicos y metodológicos en seguridad del paciente, comunicación asertiva y cultura organizacional. La colaboración interprofesional (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos) también es clave para asegurar una visión integral y evitar la fragmentación de los esfuerzos.

Recursos Financieros: Es fundamental contar con un presupuesto destinado al desarrollo de las actividades propuestas. Este debe cubrir los costos de capacitación, la producción de materiales didácticos (manuales, guías, infografías), el acceso a plataformas digitales de formación y comunicación cuando sea necesario, y la implementación de incentivos institucionales que motiven la participación activa del personal y fomenten la cultura de reporte. Invertir en este aspecto no debe considerarse un gasto, sino una estrategia de alto impacto que contribuye a reducir los costos derivados de eventos adversos.

Recursos Tecnológicos: Los recursos tecnológicos son un pilar para optimizar la propuesta, ya que facilitan la gestión de información y el aprendizaje continuo. Esto incluye el uso de plataformas de aprendizaje virtual para capacitaciones asincrónicas y de fácil acceso; sistemas digitales de reporte de incidentes que garanticen la confidencialidad, trazabilidad y análisis de los eventos; y herramientas para encuestas y procesamiento de datos, que permitan medir avances y percepciones en tiempo real. La incorporación de estas tecnologías favorece la transparencia y fortalece la cultura de mejora continua.

Recursos Materiales: Finalmente, los recursos materiales facilitan la implementación práctica de las actividades. Entre ellos se incluyen manuales, guías y protocolos adaptados al contexto hospitalario; material de apoyo visual (presentaciones, pósters, infografías) para talleres y capacitaciones; y dinámicas participativas con herramientas diseñadas para promover el diálogo, la reflexión y la retroalimentación entre los equipos de trabajo. Estos recursos, aunque sencillos, cumplen un rol decisivo en la apropiación de los contenidos y en la generación de un ambiente colaborativo.

CONCLUSIONES

Este estudio ha facilitado el análisis y la propuesta de formas viables de mejorar la cultura de seguridad del paciente mediante una sólida estrategia de comunicación entre el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, Ecuador. La investigación ha presentado un método de intervención definitivo y contextualizado que corrige las deficiencias observadas en la comunicación y la cultura de seguridad, sentando las bases para un entorno hospitalario más seguro y eficiente. Los resultados y el sistema de actividades sugerido pueden reducir los errores médicos, mejorar la colaboración del personal y, por lo tanto, aumentar la satisfacción de los pacientes.

Esta tesis ha demostrado que una estrategia de comunicación sólida es fundamental para mejorar la calidad del servicio en los hospitales, proporcionando un modelo reproducible y adaptable que no solo optimiza la interacción entre profesionales y pacientes, sino que también ofrece un marco de referencia práctico para otras instituciones sanitarias que enfrentan retos similares en la consolidación de la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos y la cultura organizacional.

A continuación, se presentan las conclusiones en función de los objetivos específicos:

Determinación de los fundamentos teóricos y referenciales relacionados con la Cultura de Seguridad del Paciente y la Comunicación Efectiva en el ámbito de la enfermería.

El análisis desarrollado en el marco teórico evidenció la interconexión crucial entre la comunicación efectiva y la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de la enfermería. Se determinó que la falta de estrategias de comunicación claras y la deficiencia en el reporte de incidentes contribuyen significativamente a los eventos adversos en entornos hospitalarios. Este fundamento teórico subraya la necesidad de un enfoque estructurado que integre la comunicación como un pilar fundamental para la seguridad del paciente.

Caracterización del estado actual de la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra – Ecuador, a partir de sus características sociales, demográficas y laborales.

A partir del análisis de las encuestas, así como de los datos sociodemográficos y laborales, se pudo caracterizar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital San Vicente de Paúl. Se identificaron aspectos favorables, como el aprendizaje organizativo y la disposición para reportar eventos, pero aún persisten debilidades en áreas como la percepción sobre la suficiencia de personal y el ritmo de trabajo, la respuesta institucional ante los errores y el trabajo en equipo. Aunque la comunicación institucional es, en general, valorada positivamente, todavía existen dudas sobre su claridad y consistencia. Además, si bien se observa un avance en la cultura del reporte de incidentes, todavía es necesario fortalecer la notificación y la retroalimentación. Estos hallazgos muestran la importancia de promover estrategias que refuercen la transparencia, el trabajo en equipo y la participación activa del personal en los procesos relacionados con la seguridad del paciente

Elaboración de una propuesta de estrategia de comunicación efectiva orientada a fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl.

Basándose en los hallazgos del diagnóstico, se elaboró una propuesta de estrategia de comunicación efectiva estructurada en fases de diagnóstico, implementación y evaluación. Esta propuesta incluye actividades específicas como capacitaciones en comunicación asertiva y manejo de conflictos, implementación de canales de comunicación bidireccionales (reuniones, plataformas digitales, buzones de sugerencias), y programas de mentoría y coaching. La estrategia busca abordar las deficiencias identificadas en el ritmo de trabajo, la respuesta al error y el trabajo en equipo, fomentando un ambiente no punitivo que impulse el reporte y el aprendizaje organizacional.

RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones buscan asegurar la sostenibilidad de la propuesta de transformación y facilitar su mejora continua, promoviendo un enfoque integral de comunicación y cultura de seguridad del paciente que se adapte a las dinámicas cambiantes del sector salud.

Así mismo, Se enfatiza la importancia de un liderazgo dedicado y la participación activa de todo el personal, promoviendo la responsabilidad colectiva y la cooperación interdisciplinaria. La idea se consolida como un modelo operativo, a la vez que sirve como un marco flexible y dinámico, capaz de reaccionar ante las nuevas demandas, integrar las lecciones aprendidas y mejorar continuamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Recomendaciones Teóricas

- **Profundizar en el estudio de modelos de comunicación organizacional específicos para el sector salud:** Es fundamental investigar e implementar ideas de comunicación que faciliten canales horizontales y bidireccionales, trascendiendo los métodos jerárquicos convencionales. Esto fomentará la confianza entre los expertos, mejorará la retroalimentación continua y garantizará que los errores y los incidentes adversos se reporten de forma transparente y eficiente, reforzando así la cultura de seguridad del paciente.
- **Explorar la relación entre la cultura no punitiva y la comunicación efectiva:** Se recomienda que los estudios midan la influencia de una cultura de notificación sin culpa en la calidad de la comunicación corporativa. Comprender esta relación nos permitirá discernir cómo la erradicación del miedo a las represalias promueve la notificación oportuna de incidentes, mejora el aprendizaje institucional y contribuye directamente a la reducción de errores y a la mejora del tratamiento clínico.

- **Analizar el papel del liderazgo transformacional en la mejora de la comunicación para la seguridad del paciente:** es fundamental explorar cómo los líderes, al ejemplificar su comportamiento, inspirar a otros y fomentar una cultura de confianza, pueden influir en la implementación de estrategias de comunicación eficaces. Este método mejora la colaboración interprofesional, fomenta la resolución de conflictos y garantiza que la seguridad del paciente se integre en la cultura corporativa como un principio fundamental y duradero.
- **Integrar herramientas tecnológicas y sistemas de información en la comunicación de seguridad:** Es recomendable investigar cómo la digitalización, los sistemas de informes electrónicos y las plataformas de comunicación interna pueden optimizar la gestión de incidentes, facilitar la retroalimentación rápida y aumentar la trazabilidad de las medidas correctivas, fomentando así un entorno asistencial más seguro y eficiente.
- **Promover la formación interprofesional con énfasis en la comunicación y la seguridad:** Promover iniciativas educativas que incorporen a diversos profesionales sanitarios fomentará habilidades de comunicación unificadas, mejorará la coordinación del equipo y fomentará una comprensión colectiva de la seguridad del paciente como una obligación compartida.

Recomendaciones Metodológicas

- **Implementar un estudio longitudinal para evaluar el impacto a largo plazo de la estrategia de comunicación:** Se recomienda realizar seguimientos periódicos para evaluar la evolución de las actitudes sobre la cultura de seguridad y la comunicación a lo largo del tiempo. Este método facilitará la evaluación de la durabilidad, la adaptabilidad y la eficacia de los tratamientos implementados, a la vez que detectará patrones en desarrollo que puedan requerir modificaciones estratégicas en los protocolos de seguridad del paciente.

- **Incorporar métodos cualitativos más profundos en futuras investigaciones:** Es recomendable complementar los estudios cualitativos con entrevistas en profundidad y grupos focales con enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud. Esto proporcionará un conocimiento más completo de los obstáculos y facilitadores de la comunicación, junto con las experiencias, actitudes y emociones que afectan la implementación de prácticas seguras en entornos hospitalarios.
- **Ampliar la muestra a otros hospitales de la región:** Para mejorar la validez externa de los resultados, se recomienda incluir varios centros de salud de la zona. Esta ampliación facilitará las comparaciones entre contextos, permitirá el descubrimiento de elementos comunes y únicos, y mejorará la generalización de los hallazgos, lo que contribuirá a la creación de políticas de comunicación y seguridad relevantes para otros entornos.
- **Desarrollar indicadores específicos de comunicación efectiva:** Es crucial crear medidas que permitan una evaluación más precisa de la calidad, la puntualidad y la claridad de la comunicación entre los equipos de atención médica. Estos indicadores pueden mejorar herramientas actuales como el HSOPSC, ofreciendo datos completos que ayudan a identificar áreas de mejora, diseñar estrategias para intervenciones específicas y monitorear los avances en la cultura de seguridad del paciente.
- **Incorporar metodologías mixtas en la investigación:** La combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos permitirá comprender a fondo la eficacia de las estrategias de comunicación y su influencia en la seguridad del paciente, mejorando así la toma de decisiones basada en la evidencia y promoviendo intervenciones más efectivas y contextualmente relevantes.

Recomendaciones Prácticas

- **Establecer un programa de capacitación continua y obligatoria en comunicación efectiva:** Crear seminarios atractivos y dinámicos que incluyan simulaciones de situaciones reales, lo que permitirá al personal sanitario perfeccionar sus habilidades de comunicación asertiva, escucha activa y resolución de conflictos. Esta capacitación mejora las habilidades interpersonales, aumenta la coordinación del equipo y contribuye directamente a minimizar los errores en la atención al paciente.
- **Fomentar activamente una cultura de reporte no punitiva:** Establecer un mecanismo transparente y accesible para documentar situaciones, salvaguardando el anonimato y priorizando el aprendizaje comunitario en lugar de culpar a otros. La comunicación transparente de los hallazgos de las denuncias y las medidas correctivas es crucial para desarrollar la confianza del personal y mantener una cultura de seguridad del paciente.
- **Crear y promover canales de comunicación bidireccionales permanentes:** Programar reuniones frecuentes entre gerentes y personal de enfermería para revisar casos, compartir perspectivas y abordar problemas. Asimismo, proporcionar sistemas digitales que permitan la retroalimentación continua y el intercambio seguro de información, mejorando la cooperación interprofesional y la capacidad de reaccionar ante situaciones desfavorables.
- **Fortalecer el liderazgo en la promoción de la cultura de seguridad:** Instruir a gerentes y líderes de servicio en técnicas de comunicación competentes y en el fomento de una cultura de confianza. Los líderes deben ser un ejemplo activo, promoviendo la transparencia, la participación y la responsabilidad colectiva en la reducción de errores.

- **Integrar la participación del paciente en la estrategia de comunicación:** Crear instrumentos y procedimientos que permitan a los pacientes y a sus familias expresar sus inquietudes y participar activamente en su tratamiento y seguridad. Facilitar una comunicación abierta con los profesionales sanitarios mejora el cumplimiento del tratamiento, fortalece una metodología centrada en el paciente y fomenta una cultura de seguridad inclusiva.
- **Realizar evaluaciones periódicas de la percepción de la comunicación y la cultura de seguridad:** Aplicar periódicamente el cuestionario HSOPS junto con las encuestas de satisfacción y percepción del personal para evaluar el progreso, identificar áreas de mejora y perfeccionar continuamente las técnicas adoptadas, garantizando así la sostenibilidad y la eficacia de las iniciativas.
- **Establecer sistemas de alerta temprana para riesgos clínicos:** Implementar sistemas para la detección proactiva de probables eventos adversos antes de que ocurran, mediante la vigilancia continua de los indicadores clínicos, la identificación de riesgos y la rápida comunicación al equipo designado. Esto facilita la prevención de incidentes y la adopción de medidas inmediatas para proteger a los pacientes.
- **Promover los comentarios positivos y el reconocimiento de prácticas ejemplares:** Desarrollar iniciativas que enfaticen y reconozcan públicamente las prácticas seguras y el comportamiento excepcional del personal en pro de la seguridad del paciente. Estos incentivos inspiran a los empleados, promueven prácticas seguras y fortalecen una cultura organizacional basada en la excelencia y la responsabilidad colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

Agency for Healthcare Research and Quality. (2025, March). *SOPS Hospital Survey*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., Heede, K. Van Den, Lesaffre, E., Diya, L., Smith, H., Jones, S., Kinnunen, J., Ensio, A., Jylhä, V., ... Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, *26*(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

Alder, S. (2025, January 2). *Effects of poor communication in Healthcare*. The HIPPA Journal. <https://www.hipaajournal.com/effects-of-poor-communication-in-healthcare/#>

Asamblea Nacional República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Asamblea Constituyente. https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

Atlantis University. (2023). *La Importancia de la Comunicación Efectiva en los Hospitales: Casos de Éxito y Mejores Prácticas*. La Importancia de La Comunicación Efectiva En Los Hospitales: Casos de Éxito y Mejores Prácticas. https://atlantisuniversity.edu/es/au_blog/comunicacion-efectiva-en-salud/

Bajañan, A., & Ortiz, L. (2023). Cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Centro de Salud de Canoa The patient safety's culture in the health staff of the Canoa Health Center. *Medisur*, *21*(5), 985–993. <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5763>

- Blanco, M., Mora Pérez, Y., Bosi de Souza Magnago, Navarro Martiatu, M., Sanchez Garcia, Z. T., & Iglesias Armentero, A. L. (2023). Switzerland cheese model to support the patient safety's culture in a Cuban hospital. *MediSur*, 21(4), 850–864. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000400858
- Camacho-Rodríguez, D. E. (2020). MEASURING OF THE PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY CARE HEALTH PROFESSIONALS. *Hacia La Promocion de La Salud*, 25(1), 141–153. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.11>
- Chicaíza, P. E., Santo, U. E., Yris, S.-E., & Bello, B. (2024). Calidad de Atención y su Incidencia en la Satisfacción del Usuario Externo en un Centro de Especialidades en Galápagos: Quality of Care and its Impact on External User Satisfaction in a Specialty Center in Galapagos. *Latam: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, ISSN-e 2789-3855, Vol. 5, No. 5, 2024 (Ejemplar Dedicado a: LATAM; 1 – 15)*, 5(5), 44. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2690>
- Congreso Nacional. (2006). Ley orgánica de Salud. In *El congreso Nacional* (423). Registro Oficial Suplemento 423 . <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Da Costa, C., Conceição, M., Barbieri, M., & Carvalho, J. (2023). Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, 1–15. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
- De Andrade, L. E. L., Saturno-Hernández, P. J., De Melo, L. O. M., & Da Silva Gama, Z. A. (2022). Improvements in Patient Safety Structures and Culture following Implementation of a National Public Program: An Observational

- Study in Three Brazilian Hospitals. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(2), 81–90. <https://doi.org/10.1159/000525147>
- De Assis Brito, M., Carneiro, C. T., Bezerra, M. A. R., Rocha, R. C., & da Rocha, S. S. (2022). Effective communication strategies among health professionals in Neonatology: An integrative review. *Enfermeria Global*, 21(3), 578–591. <https://doi.org/10.6018/eglobal.502051>
- De Carvalho, A., Tolstenko, L., & de Macêdo, D. (2022). Contribuciones de tecnologías digitales para la seguridad de pacientes en el contexto hospitalario. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2). <https://orcid.org/0000-0003-4918-6531>
- Ditlopo, P., Rispel, L. C., Van Bogaert, P., & Blaauw, D. (2024). The impact of the nurse practice environment, workload, and professional support on job outcomes and standards of care at primary health care clinics: A structural equation model approach. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100241>
- Donaldson, M. S. (2008). An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2673/>
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship* - *PubMed*. 16, 2221–2216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1556799/>
- Filiz, E., & Yeşildal, M. (2022). Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR – HSOPSC 2.0). *BMC Nursing*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12912-022-01112-9/TABLES/4>
- García, H. (2023). *Nivel de Satisfacción relacionado con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. Hospital Basico Dr. Rafael Serrano López. La Libertad, 2023* [UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE

SANTA

ELENA].

<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/10497/1/UPSE-TEN-2023-0064.pdf>

Gutiérrez, L. A. (2019). Primum Non Nocere. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(1), 4–5. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2018.12.001>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (MC. Graw Hill, Ed.; 6ta ed.). https://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/Investigacion_sampieri_6a_ED.pdf

Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, 360. <https://doi.org/10.17226/10027>

Izquierdo, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Vol. 31 No.3*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006

Jaime, N., & Gonzales, J. (2021). Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbanobonaerense. *Rev Ciencias Médicas*, 25(5), 1–12.

Laurance, J. (2009). Peter Pronovost: champion of checklists in critical care. *The Lancet*, 374(9688), 443. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61439-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61439-2)

Leidner, C., Venedey, V., Hillen, H., Ansmann, L., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., & Hower, K. I. (2021). Implementation of patient-centred care: Which system-level determinants matter from a decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open*, 11(9). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-050054>,

- Manrique, J. A., Chávez, B. del C., Manrique, C. B., & Manrique, J. E. (2022). Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(1), 42–51. <https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4182>
- McGaffigan, P., & Kingston, M. (2020). Workforce Safety Key to Patient Safety. *Healthcare Executive, IHI*, 48. <https://www.ihi.org/resources/publications/workforce-safety-key-patient-safety#downloads>
- Mera Chávez, J., Espinel Jara, V. M., Tapia Paguay, M. X., Tito Pineda, A. P., & López Aguilar, E. C. (2024). Clima de seguridad del paciente en un hospital público de Imbabura, Ecuador. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 4(1), 7–18. <https://doi.org/10.33326/27905543.2024.1.1862>
- Ministerio de la protección social. (2021). *Seguridad del Paciente - Acreditación en Salud*. 2021. <https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
- Naciones Unidas. (2004). *OMS lanza iniciativa para mejorar seguridad de los pacientes*. OMS Lanza Iniciativa Para Mejorar Seguridad de Los Pacientes. <https://news.un.org/es/story/2004/10/1044281>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción Mundial para la seguridad del paciente 2021 -2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. (OMS). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Petrone, P. (2021). Principles of the effective communication in a healthcare organization. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2), 188–192. <https://doi.org/10.30944/20117582.878>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/BMJ.320.7237.768>,

- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Med. Condes*, 5(28), 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006OpenAccess>
- Rodriguez, R., & Losardo, R. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. *Revista de La Asociación Médica Argentina*, 131(4), 25–30. https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf
- Scholl, I., LaRussa, A., Hahlweg, P., Kobrin, S., & Elwyn, G. (2018). Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implementation Science*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/S13012-018-0731-Z>,
- Secretaria Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025*. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025/>
- Tello, M., Pérez, N., Torres, B., Nuncio, J., Pérez, D., & Covarrullas, I. (2023). Perception of the nursing staff about the culture and patient safety. *Enfermería Global*, 22(2), 125–138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>
- Tobar, M. Á. M., López-Aguilar, E. C., Jara, V. M. E., Pineda, A. P. T., & Paguay, M. X. T. (2024). Exploring the patient safety climate in a hospital in Carchi, Ecuador; a health staff perspective. *Horizonte de Enfermería*, 35(1), 95–109. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.95-109
- Toro, L., & Ochoa, F. (2013). Salud: un sistema complejo adaptativo. *Rev Panam Salud Pública*, 2(31), 161–165. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a11v31n2.pdf>

- Trindade, L. (2019). A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos na organização de Saúde* (FIOCRUZ, pp. 41–58). <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-05.pdf>
- Tsamasiotis, C., Fiard, G., Bouzat, P., François, P., Fond, G., Boyer, L., & Boussant, B. (2024). From Reporting to Improving: How Root Cause Analysis in Teams Shape Patient Safety Culture. *Risk Manag Healthc Policy*, 18(47)–1857.
- University of St Augustine for Health Sciences. (2024, May 24). *The Importance of Effective Communication in Nursing*. University of St, Augustine for Health Sciences. <https://www.usa.edu/blog/communication-in-nursing/>
- Vega, C. (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 58(2), 197–201. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>
- Villarreal - Pérez, J. Z., Gómez - Almaguer, D., & Bosques - Padilla, F. J. (2011). Errar es humano. *Medicina Universitaria*, 13(51). www.elsevier.es
- WHO. (2023, September 11). *Seguridad del paciente*. Seguridad Del Paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- WHO, W. H. O. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan/?utm_source=chatgpt.com
- World Patients Alliance. (2021). *Mission And Vision - World Patients Alliance*. World Patients Alliance. <https://www.worldpatientsalliance.org/mission-and-vision/>

Young, P., Hortis, V., Chambi, M., & Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *MEDICINA Rev Med Chile*, 139, 807–813. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>

ANEXOS

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA – ECUADOR,
2025

Investigadora: Karen Estefanía Vinueza Terán

Programa: Maestría en Gerencia Hospitalaria

Institución: Universidad de Investigación e Innovación de México

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Descripción del estudio:
<ul style="list-style-type: none"> Este estudio busca proponer una estrategia de comunicación efectiva que contribuya al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, mediante los resultados encontrados en la investigación, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería y así brindar una mejor atención al paciente.

<p>Propósito del estudio</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medir y evaluar la cultura de seguridad en el Hospital San Vicente de Paúl, y así posibilitar la identificación y la gestión de la seguridad del paciente, proporcionando ayuda para un diagnóstico situacional, con el fin de crear una estrategia de mejora dentro del hospital con los resultados de la investigación. • Fortalecer la cultura de seguridad del paciente como estrategia inductora en la implantación de directrices y protocolos, para una asistencia segura y como un factor determinante.
<p>Descripción de los procedimientos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La técnica que se utilizará en este estudio es la Encuesta, a los profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, utilizando una encuesta previamente ya validada que mide Cultura de seguridad del paciente en Hospitales (AHRQ Hospital Survey SOPS versión 2.0) • El Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): Hospital Survey SOPS versión 2.0, es un instrumento creado y validado para evaluar el clima de seguridad del paciente en las personas que tienen contacto con éste. Se considera meritorio mencionar que este instrumento ha sido traducido y adaptado al idioma español por el Ministerio de Sanidad de España, país pionero en promover la seguridad del paciente (Hernández et al., 2019). Para determinar la fiabilidad, tal como en la traducción y validación del cuestionario MOSPS por parte del Ministerio de Sanidad de España y en el pilotaje de la AHRQ, se utilizará el coeficiente de reproductibilidad Alfa de Cronbach para este estudio.
<p>Riesgos y beneficios</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No hay ningún riesgo, ya que el cuestionario aborda temas generales del ámbito laboral y sobre la cultura de seguridad. El beneficio que otorga, es contar con una base que permita plantear estrategias en relación al clima laboral y de seguridad del paciente, condiciones de trabajo que tienen cada uno de los trabajadores independientemente de su profesión y así contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Confidencialidad de los datos
<ul style="list-style-type: none">• Para el investigador es muy importante mantener su privacidad, por lo cual se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:<ol style="list-style-type: none">1) La información que nos proporcione será registrada sin su nombre y su información será confidencial, donde sólo el investigador tendrá acceso.2) Los datos obtenidos serán utilizados solo para uso de investigación.
Derechos y opciones del participante
<ul style="list-style-type: none">• La participación en este estudio es voluntaria y si usted decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica éste documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Información de contacto
<ul style="list-style-type: none">• Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al teléfono: 0985522157 que pertenece al Asesor de la investigación o envíe un correo electrónico a karenvinueza22@gmail.com , que pertenece al correo de la investigadora.

Acepto los términos y condiciones de la encuesta

No acepto los términos y condiciones de la encuesta

Formulario de Encuesta (HSOPS v2.0)

**CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
EN LOS HOSPITALES**

(VERSIÓN 2.0)

- Reciba usted un cordial saludo, para iniciar les recordamos que este estudio tiene como objetivo recopilar datos sobre la percepción que tiene el personal de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en el Hospital San Vicente de Paúl, para ello solicitamos de la manera más comedida sea parte del mismo, usted tiene la potestad de ser o no parte de él.
- Sus respuestas y los resultados son de absoluta confidencialidad. Por favor, responder cada una de las preguntas con toda sinceridad y veracidad posible.
- Se le pide completar los campos requeridos para sus datos generales, y posteriormente se le presentará un cuestionario relacionado a la seguridad del paciente. Lea atentamente las consignas y preguntas y responda según sea el caso.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

(Escala numérica)

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Nivel de instrucción:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Superior

Residencia:

- Urbana
- Urbana marginal
- Rural

Estado civil

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

DATOS LABORALES

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

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

Su unidad- servicio/ área de trabajo

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

Marque solo UNA respuesta.

<p><u>Servicios médicos/quirúrgicos</u></p> <p><input type="checkbox"/>1. Servicio médica/quirúrgica combinada</p> <p><input type="checkbox"/>2. Servicio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/>3. Anestesiología</p> <p><input type="checkbox"/>4. Endoscopia, Colonoscopia</p> <p><input type="checkbox"/>5. Pre Operatorio, quirófano, Post Operatorio, Peri Operatorio.</p> <p><u>Servicios de cuidado de pacientes</u></p> <p><input type="checkbox"/>6. Emergencias</p> <p><input type="checkbox"/>7. Medicina Interna</p> <p><input type="checkbox"/>8. Cirugía</p>	<p><u>Servicios clínicos</u></p> <p><input type="checkbox"/>9. Laboratorio/ Patología</p> <p><input type="checkbox"/>10. Farmacia</p> <p><input type="checkbox"/>11. Radiología/Imágenes</p> <p><input type="checkbox"/>12. Terapia respiratoria</p> <p><u>Servicios de apoyo</u></p> <p><input type="checkbox"/>13. Personal de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/>14. Servicios de limpieza</p> <p><input type="checkbox"/>15. Servicios de seguridad</p> <p><u>Otro</u></p> <p><input type="checkbox"/>16. Otro, por favor, especifique:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	---

Preguntas Generales

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

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

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

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años

- c. De 6 a 10 años
- d. 11 o más años

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

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

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

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

II.- Cuestionario de Seguridad del Paciente

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

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

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

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

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

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

14. En mi área de trabajo, se permite que sucedan incidentes en la atención del paciente reiteradas veces.						
--	--	--	--	--	--	--

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

SECCIÓN C: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre	NO APLICA / NO SABE
¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?						

1.	En mi área de trabajo, siempre nos informan sobre los errores e incidentes que se cometen en esta área de trabajo.						
2.	En mi área de trabajo, al cometer errores o causar un incidente, se conversa acerca de las maneras o procedimientos para evitar que vuelvan a ocurrir.						
3.	En mi área de trabajo, nos informan y mantienen al tanto sobre todos los cambios que se hacen según los eventos que suceden y reportan.						
4.	En mi área de trabajo, el personal tiene la confianza y la seguridad de informar algún evento que pueda afectar negativamente al cuidado del paciente.						
5.	En mi área de trabajo, cuando alguien con mayor autoridad está realizando un mal procedimiento o algo que pueda causar un incidente, el personal de esta área se lo dice.						
6.	En mi área de trabajo, cuando el personal habla sobre las preocupaciones de la seguridad del paciente, las autoridades escuchan atentamente.						
7.	En mi área de trabajo, el personal tiene miedo de preguntar cuando algo parece no estar bien.						

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

--	--	--	--	--

**SECCIÓN E:
SOBRE LA CALIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

1. ¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU ÁREA DE TRABAJO?				
MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE

SECCIÓN F: SOBRE LA COMUNICACIÓN EN MI ÁREA DE TRABAJO	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	NO APLICA / NO SABE
¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?						
1. Las acciones administrativas en este hospital, muestran que la prioridad y lo más importante es la seguridad del paciente.						
2. La administración en este hospital, nos brinda todos los recursos adecuados y necesarios para mejorar la seguridad del paciente.						
3. La administración en este hospital, se interesa en la seguridad del paciente solamente cuando ocurre o sucede algún evento adverso (incidente)						

4. Cuando se transfieren pacientes de una unidad a otra, casi siempre se omite información importante.						
5. En los cambios de turno, frecuentemente se obvia y se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.						
6. En los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información necesaria sobre el cuidado del paciente.						

SU OPINIÓN Y COMENTARIOS

Por favor, si tiene alguna opinión o comentario acerca del cómo se hace o podría hacerse el trabajo en su hospital que pueda beneficiar la seguridad del paciente, coméntelo en el siguiente campo:

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Levantamiento de Información



Ilustración 1. Levantamiento de la Información



Ilustración 2. Levantamiento de la Información