

## **Necesidad de un modelo de gestión para la seguridad del paciente en la enfermería intensiva**

### **Need for a Management Model for Patient Safety in Intensive Nursing**

#### **Autores:**

**MSc. Reudis Durán Rodríguez.** Licenciado en enfermería, Especialista de Primer Grado en Enfermería Intensiva y Emergencias, Máster en Urgencias Médicas, Asistente, [reudy.gtm@infomed.sld.cu](mailto:reudy.gtm@infomed.sld.cu)

**Dr. C. Irayma Cazull Imbert.** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna, Intensivista, Doctora en Ciencias de la Salud, Profesora Titular, [iczull@infomed.sld.cu](mailto:iczull@infomed.sld.cu)

**Dr. C. Raúl Hernández Heredia.** Doctor en Ciencias Geográficas, Ingeniero Meteorólogo, Profesor Titular, [raul@cug.co.cu](mailto:raul@cug.co.cu)

**Dra. Gabriela Arce García.** Especialista de Primer Grado en Cardiología, Máster en Urgencias Médicas, Asistente

**Lic. Ramona De Los Angeles Carbonell Castillo.** Licenciada en Enfermería, Máster en Urgencias Médicas, Asistente.

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE “OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y DE LA PEDRAJA”. BARACOA.**

#### **Resumen**

**Introducción:** la seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud.

**Objetivo:** demostrar la necesidad de un modelo de gestión profesional de enfermería en cuidados intensivos para la seguridad del paciente

**Métodos:** estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Baracoa, en el período comprendido desde enero 2015 a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por todo el personal de enfermería que trabaja en el servicio. Los métodos utilizados fueron: análisis y síntesis, histórico lógico; triangulación y deductivo.

**Resultados:** a nivel internacional los eventos adversos ocurren cada día por paciente donde Cuba no está exenta de ellos, las unidades de cuidados intensivos son susceptibles a los errores y eventos adversos.

**Conclusiones:** La necesidad de un modelo de gestión profesional de enfermería que sustente la seguridad del paciente en cuidados intensivos de adultos se fundamenta en su inexistencia, en debilidades del proceso de formación intencionado de pregrado y postgrado, así como el incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía y los costos relacionados con eventos adversos

**Palabras clave:** seguridad del paciente; modelo de gestión; enfermería intensiva.

## **Abstract**

**Introduction:** Patient safety is the guarantee of people being free to suffer any kind of harm when they interact with some of the health services.

**Objective:** to demonstrate the need for a professional nursing management model in intensive care for patient safety.

**Methods:** a descriptive and transversal study in the Adult Intensive Care Unit of the General Teaching Hospital "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" in Baracoa, during the period from January 2015 to December 2016. The universe was constituted by all Nursing staff working in the service. The methods used were: analysis and synthesis, logical history; Triangulation and deductive.

**Results:** At the international level adverse events occur every day per patient where Cuba is not exempt from them, intensive care units are susceptible to errors and adverse events.

**Conclusions:** The need for a professional nursing management model that supports patient safety in adult intensive care is based on its lack of, weaknesses in the intentional undergraduate and postgraduate training process, as well as increased morbidity, Mortality, sequelae, stay, and costs related to adverse events.

**Keywords:** patient safety; management model; Intensive nursing.

## **Introducción**

La seguridad de los pacientes constituye una prioridad de la gestión de calidad del cuidado de enfermería que se brinda. De ahí la necesidad de reflexiones sobre la magnitud que tiene el problema en la asistencia sanitaria, para prevenir su

ocurrencia y proteger a los pacientes con acciones que garanticen prácticas seguras.<sup>1,2</sup>

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo, los primeros estudios datan de 1950, pero desde que en 1999 se publicó el libro “to err is Human: building a safer health system” se convirtió en un factor esencial de la calidad asistencial y es objeto de atención general.<sup>3</sup>

La seguridad del paciente es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con algunos de los servicios de salud.<sup>4</sup> Esta investigación considerará como tal a la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles que se producen por la atención que se brinda, como resultado de servicios eficaces y satisfactorios que garantizan una atención de calidad.<sup>5</sup>

Se conoce la relación con factores como la falibilidad humana, las fragilidades en las organizaciones de salud, los problemas con dispositivos tecnológicos, comunicación y el dimensionamiento inadecuado entre equipos y profesionales, además del exceso de tareas y el conocimiento limitado sobre la seguridad. Se basa en una cultura de seguridad, buena comunicación, confianza, aprendizaje organizacional, compromiso de la gestión hospitalaria, liderazgo, aproximación no punitiva del error y una percepción compartida de su importancia.<sup>4</sup>

Sin dudas, la seguridad del paciente constituye en la actualidad una prioridad. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea, a partir de 2004, una gran alianza mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios que incluye una serie de medidas consideradas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño»<sup>4</sup>

Así mismo, el consejo de Europa establece en 2005 la «declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el

aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.<sup>6</sup>

En Cuba existe la Resolución Ministerial número 1-2007. Reglamento general de hospitales que concibe en la sección III. Del sistema de gestión de calidad hospitalaria, artículos 29 - 38 los requisitos para la evaluación de calidad de hospitales, sus funciones y dentro de ellos crear una cultura de calidad en los trabajadores<sup>7</sup>, pero no contempla de forma explícita la cultura de seguridad, seguridad de los pacientes y la gestión profesional de enfermería para la seguridad del paciente. Se reportan investigaciones<sup>5, 8, 9, 10,11</sup> que relacionan las competencias, pero no se declara un modelo que responda a la gestión de profesional de enfermería para la seguridad del paciente.

Los autores son del criterio que la actuación de enfermería en aras de la seguridad del paciente está implícita en el cumplimiento oportuno y correcto de sus funciones en los tres niveles de atención: valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes, evaluar sus respuestas, a partir de un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos que ocurran, pero es necesario mantener actuaciones conscientes, sistemáticas, planificadas y objetivas que garanticen uniformidad y medición de la efectividad de las prácticas cotidianas.

Para lograr procesos de enfermería seguros es imprescindible que previamente exista lo que se denomina “cultura de seguridad” que más allá de los profesionales de este perfil abarca a todo el sector e incluso a la población.

No existen suficientes definiciones de este término. El diccionario de la lengua española<sup>12</sup> define a cultura: como el conjunto de conocimientos, tradiciones, modo de vida y nivel de desarrollo social, económico y político que posee una colectividad humana o época. También lo describe como: Conjunto de conocimientos y habilidades que posee una persona que le permitan desarrollar el juicio y el sentido crítico.

Seguridad: Condición de estar alguien o algo libre de peligro o daño.

Luengas Amaya la define como “el conjunto de respuestas aprendidas por los individuos dentro de un grupo, que tiene como propósito adaptarse y sobrevivir

dentro de él. Como tal, presupone un patrón integrado de comportamientos individuales y grupales, que ocurre alrededor de creencias y valores compartidos”.<sup>13</sup>

Los autores la conciben como el conjunto de conocimientos, creencias y valores compartidos, el arte del cuidado, la moral, costumbres y habilidades adquiridas por los individuos dentro de un grupo que tiene como propósito de mantener a las personas libre de todo daño, amenaza, peligro o riesgo y contra todo aquello que pueda perturbar o atentar contra la integridad física, moral, social y hasta económica

La creación de una cultura de seguridad en los profesionales de la enfermería intensiva adquiere una connotación especial dadas las características del paciente grave y del sistema de trabajo de estas unidades en que por su carácter relativamente cerrado, la supervivencia del enfermo depende de la vigilancia continua y el cumplimiento consciente de las indicaciones médicas, la variedad, el número de medicamentos administrados, la diversidad de las técnicas y procedimientos invasivos a las que se somete el paciente convierten a estas unidades en áreas de mayor riesgo para que se produzcan EA, por lo que es imprescindible que exista un proceso de formación continua en función de la seguridad del paciente, con la utilización de herramientas y técnicas para lograr dicha cultura.

La seguridad del paciente no es un problema abstracto. Existen reportes de investigaciones que demuestran que: 44,00-98,00 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de errores médicos, cerca de 7,000 personas mueren solamente como consecuencia de errores de medicación 16% más que las que fallecen a consecuencia de accidentes laborales.<sup>3</sup> Todo esto hace que aumenten los costos hospitalarios, para el país, el paciente y los familiares.

### **Situación problemática**

- Inexistencia de un modelo de gestión profesional de enfermería que sustente la seguridad del paciente en cuidados intensivos de adultos
- Deficiencia en un proceso de formación pregraduada intencionado en los cuidados intensivos de adultos para la seguridad del paciente.

- Incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía del paciente en la unidad y en el hospital y de los costos.
- Alta incidencia de las infecciones nosocomiales

Por lo que se plantea el siguiente **problema de investigación**:

¿Por qué es necesario un modelo de gestión profesional de enfermería en cuidados intensivos de adultos que garantice la seguridad del paciente?

Se realiza el estudio con el objetivo de demostrar la necesidad del diseño de un modelo de gestión profesional de enfermería para la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.

## **Métodos**

La investigación tuvo dos momentos:

1. Valoración de antecedentes y determinación de regularidades en torno a la seguridad del paciente para la fundamentación teórica del problema.
2. Evaluación de competencias profesionales de enfermería mediante un estudio descriptivo y transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIAs) del Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Baracoa, desde 2015 hasta 2016.

La población se constituyó por los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio y todos los pacientes que estuvieron de acuerdo o que sus familiares dieron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Los métodos utilizados fueron: análisis y síntesis, histórico lógico, inducción deducción, y triangulación.

Se realizaron entrevistas a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de UCIAs del hospital de Baracoa, a profesores consultantes y auxiliares de enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo y asistentes e instructores de la filial de ciencias médicas de Baracoa, sobre los planes de estudios y la seguridad del paciente.

## **Desarrollo**

En España,<sup>13</sup> se considera que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad, situado en el centro de la política sanitaria, cuyo objetivo es mejorar la misma en el beneficio del paciente atendido en los centros sanitarios del sistema nacional de salud (SNS) a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familiares; e implantar prácticas seguras recomendadas. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la seguridad del paciente de la OMS y de otros organismos internacionales.<sup>14</sup>

En el ámbito español se llevó a cabo en 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEaS) con el apoyo del Ministerio de Sanidad y consumo. Los resultados de dicho estudio establecieron que la incidencia de pacientes con efectos adversos que se relacionan con la asistencia sanitaria en hospitales fue del 8.4%.

Según el informe ENEaS,<sup>15</sup> el 37.4% de los Ea se relacionaron con la medicación, las infecciones nosocomiales representaron el 25.3% del total y el 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante los procedimientos que se le realizan a los pacientes. Un 31.4% de los Ea identificados, tuvo como consecuencia un incremento de las estancias. De los 1063 pacientes que desarrollaron un Ea, el 66.3% precisó procedimientos adicionales y un 69.9% tratamientos adicionales. Por último, el 42,8% de los Ea se consideraron como evitables.

Otros estudios recientemente publicados en España<sup>15, 16</sup> establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8-16% del análisis anterior se pueden extraer diversas conclusiones. Por tanto se está ante un problema importante, de gran calado y que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores.

Otra conclusión que se arribó en esa investigación es que aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, dados los tipos de Ea evitables (errores en la

medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.

En 1964 Schimmel, llamó la atención sobre el hecho de que un 20% de pacientes que ingresaban en hospitales universitarios sufrían alguna iatrogenia y que el 25% de las mismas se podrían considerar como graves. Igualmente, estudios desarrollados en EEUU, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá ponen de manifiesto que la tasa de efectos adversos (Ea) en hospitales oscila entre un 4-17%.<sup>16</sup>

El estudio Harvard Medical practice (HMpS), que podría considerarse como trabajo de referencia sobre estos aspectos, estimó una incidencia de efectos adversos del 3.7% en las 30121 historias clínicas de pacientes analizadas, y que el 70% de los mismos provocó discapacidades leves, el 3% discapacidades permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a su muerte.<sup>16</sup>

Se realizó un análisis de múltiples modelos a nivel internacional que tratan de gestión de calidad relacionados con la seguridad del paciente. Análisis a Modo de Fallo y Efecto (AMFE) o similar.<sup>8,15</sup>

Los modelos para implantar un sistema de excelencia en la gestión son ya abundantes. Los más conocidos son aquellos en los que se basan los diferentes premios internacionales a la calidad basado en seguridad del paciente: el modelo de excelencia (EFQM Excellence Model) creado por la European Foundation for Quality Management como base para establecer los criterios de evaluación del Premio Europeo a la Calidad (European Quality Award); los criterios Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence, que sirven de base para la evaluación de las organizaciones candidatas al Malcolm Baldrige National Quality Award impulsado por el gobierno estadounidense; y los criterios de evaluación del Premio Deming japonés.<sup>17</sup>

El modelo y el Premio Nacional a la Calidad Malcolm Baldrige<sup>16</sup> hacen referencia a que las organizaciones candidatas alcancen mejoras sobresalientes en la calidad de sus productos y que demuestren una gestión de la calidad efectiva mediante la

formación y la implicación de los empleados de todos los niveles en la mejora de la empresa. Establece que los líderes de la organización deben orientarse a la dirección estratégica y a los clientes. También deben dirigir, responder y gestionar el desempeño basándose en los resultados. Las medidas y los indicadores del desempeño y el conocimiento organizativo deben ser la base sobre la que se construyan las estrategias clave que deben relacionarse con los procesos clave y con la alineación de los recursos. De este modo, se conseguirá una mejora en el desempeño general de la organización y la satisfacción de los consumidores y de los grupos de interés.

El modelo Malcolm Baldrige pretende mejorar la competitividad de las organizaciones estadounidenses en tres sentidos:

- Ayudar a mejorar las prácticas del desempeño organizativo, las capacidades y los resultados.
- Facilitar la comunicación y compartir la información sobre las mejores prácticas entre las organizaciones de todos los tipos
- Servir como herramienta de trabajo para la comprensión y la gestión del desempeño y para guiar la planificación de la organización y las oportunidades de aprendizaje.

El modelo y el Premio Deming<sup>16</sup>

El premio nació en 1951 y desde entonces ha ejercido una gran influencia en el desarrollo del control y la gestión de la calidad y seguridad en Japón, estos dos aspectos se fusionan entre sí y son inseparables. El objetivo básico con el que nació era convertirse en una herramienta con la que mejorar y transformar la gestión de las organizaciones japonesas. Actualmente, el premio se otorga a aquellas empresas que contribuyen de manera muy significativa al desarrollo de la dirección y el control de calidad en Japón, y supone un acicate para promover la gestión de la calidad en numerosas compañías que encuentran en el galardón una excelente ocasión para comenzar a aprender.

En Brasil<sup>18</sup> se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: cultura de seguridad y procesos seguros.

Sergio Luengas Amaya<sup>13</sup> propone un modelo para gestionar la seguridad del paciente en instituciones de salud, que se encuentra en fase de implementación en múltiples hospitales colombianos. Además plantea “que sin una cultura de seguridad, difícil se logren procesos seguros”.

La discusión de la cultura de seguridad del paciente es reciente en Cuba. El conocimiento científico afín con ese tema se muestra incipiente. Así, es necesario el desarrollo de estudios que traten de la cultura de seguridad en los profesionales de enfermería en UCIAAs cubanas, ya que son ambientes que pueden ofrecer mayores riesgos a la seguridad del paciente, debido a las particularidades de los pacientes graves y su estado inmunocomprometido, la intensa atención, dispositivos tecnológicos, conocimiento, competencias y habilidades específicas de los profesionales de enfermería.

En Cuba existen estudios de competencia profesional en enfermería, de eventos adversos que se basan en la seguridad del paciente<sup>5,10, 11,19</sup> pero una increíble falta de un modelo de gestión para la seguridad del paciente

Por otro lado el tema de seguridad en Cuba, se ha venido desarrollando desde la praxis más no desde la academia. Es decir, las universidades tienen el enfoque de formación técnica, más no se ha creado un verdadero proceso de concientización y reflexión acerca de la seguridad del paciente y de la cultura de seguridad.

En la investigación por Sánchez Fernández, et al,<sup>20</sup> demostraron que con la formación del licenciado en enfermería verticalizado se logra mejor nivel de atención, calidad en los procesos asistenciales de enfermería con pensamiento ético y científico que pudieran satisfacer las necesidades de salud de la población.

Cuñat Ladrón de Guevara, et al,<sup>21</sup> en su estudio sobre competencias de enfermería en el proceso vital de cuidados, demostraron que las competencias de enfermería se solidificaron utilizando los diferentes procesos dentro de esta profesión, lo que permitió satisfacer las necesidades asistenciales, en todos los ámbitos de actuación profesional.

Estos resultados no coinciden con los de la investigación de Durán Rodríguez y colaboradores. “Evaluación de competencias profesional de enfermería en cuidados intensivos de adultos”<sup>11</sup> de la UCIAAs del Hospital de Baracoa que

demonstró que los licenciados en enfermería y verticalizados, no mejoran el nivel de atención en los procesos asistenciales, ya que no tienen una formación posgraduada sobre los cuidados al paciente grave, y no se integra desde el proceso de formación programas sobre la seguridad del paciente basado en una cultura de seguridad.

Se encontró que mayor porcentaje entre Licenciados en Enfermería y verticalizados presentaron una evaluación de Mal, las sepsis aumentaron a partir del 4 día del ingreso de los pacientes y existió marcada incompetencia en la realización de procedimientos invasivos.

En otra investigación por el mismo autor y colaboradores sobre Urosepsis nosocomial en una unidad de cuidados intensivos del adulto,<sup>22</sup> se demostró que a los pacientes que se les realizó la cateterización vesical presentaron infección del tractus urinario a partir del tercer día, por mal proceder de estos profesionales.

Agramonte del Sol y Farres Vázquez<sup>23</sup> en su artículo: Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente demostraron que, la estrategia curricular para garantizar la formación integral de los estudiantes y su repercusión en la calidad de la atención, influye en la formación de un profesional competente, capaz de aplicar conscientemente en su modo de actuación profesional un enfoque ético, bioético, humanista y manifestar buenas prácticas, seguras y responsables en el cuidado, lo que se traduce en seguridad para el paciente, lo cual debe responder al perfil de salida del plan de estudios y no se puede lograr con la debida profundidad desde una sola disciplina o asignatura.

En entrevistas a los profesionales de enfermería en la UCIA's del Hospital de Baracoa se encontró que, los principales obstáculos identificados para la notificación de los Ea son los siguientes:

- Agotamiento físico y mental por la sobrecarga de trabajo.
- Falta de conciencia de que un error ha ocurrido, de qué se debe documentar y por qué hacerlo.
- Percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.

- Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.
- Pérdida de autoestima.
- Desmotivación a la profesión y superación.
- Percepción de demasiada ocupación en la documentación (historia clínica) para brindar los cuidados con calidad y realizar los procedimientos establecidos.
- Falta de responsabilidad institucional en cuanto a la realización de los test psicológico, que se debe realizar al profesional de enfermería para trabajar en los servicios cerrados y de atención al grave, y actuación consecuente según los resultados.

Estos resultados denotan procesos inseguros, baja cultura de seguridad e inseguridad en los pacientes, constituyen un problema en el sistema de salud cubano, que motivo a los autores a valorar los planes de estudio para la formación del licenciado en enfermería y realizar entrevista a profesores de la profesión.

Esto permitió junto con la práctica asistencial, docente e investigativa, identificar un conjunto de limitaciones en la atención de enfermería en cuidados intensivos adultos por la seguridad del paciente:

- Pensamiento profesional no centrado en el paciente con inadecuada utilización del método clínico epidemiológico, que no concibe los riesgos que incrementan inseguridad en el paciente.
- Insuficiente conocimiento científico - técnico del profesional de enfermería acorde a la complejidad de los cuidados que exige el paciente grave.
- Deficiencias en el trabajo en equipo y en la adopción de medidas organizativas y capacitantes en función de la calidad de la atención del paciente y de su seguridad.
- Carencia de habilidades, actitudes y hábitos adquiridos en la formación del nuevo profesional de enfermería de ingreso a este servicio.
- Reconocimiento en el "Plan B" de la formación de la Licenciatura en Enfermería el mayor período de tiempo en las rotaciones (8 horas diarias); el énfasis en la formación de valores en cada asignatura o rotación; los principios éticos y bioéticos; las habilidades a alcanzar en cada rotación que

le permitían su desempeño en los tres niveles de atención de salud, incorporando su labor profesional a los servicios de urgencias y las UCIs por la seguridad del paciente, a diferencia del “Plan D” que concebía insuficiente práctica para la formación de las habilidades y limitado periodo de tiempo en las rotaciones por los servicios (cuatro horas de rotación, 8 a la semana), así como el tratamiento menos enfático de los valores.

## **Conclusiones**

La necesidad de un modelo de gestión profesional de enfermería que sustente la seguridad del paciente en cuidados intensivos de adultos se fundamenta en su inexistencia, en debilidades del proceso de formación intencionado de pregrado y postgrado, así como el incremento de la morbilidad, la mortalidad, las secuelas, la estadía y los costos relacionados con eventos adversos.

## **Referencias bibliográficas**

---

<sup>1</sup> Villareal Cortillo E. seguridad de los pacientes: un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Revista Científica Salud Uninorte. Vol 23, No 1

<sup>2</sup> Solar Ruiz L. seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. Universidad de Cantabria. 2014. [citado 12 de Ener 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5108/SolarRuizL.pdf?sequence=1>

<sup>3</sup> Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000

<sup>4</sup> World Health Organization, World Alliance for patient Safety. More than words. Conceptual framework for the International Classification for patient safety, version 1.1. technical report. January 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No:WHO/IER/2010.2

<sup>5</sup> Urbina Laza Omayda. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2011 [citado 2017 Ener 13]; 27(3): 239-247. Disponible en:

---

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008&lng=es)

<sup>6</sup> Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [citado Ener 13 de 2017]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Pública. resolución Ministerial No.1. Anexos a la Resolución Ministerial No.1. Reglamento general de hospitales. República de Cuba. 2007

<sup>8</sup> Camisón C. Modelos internacionales de excelencia en la gestión. [citado 16 Ene 2017].PID\_00202325

<sup>9</sup> Baños Sánchez D, Sánchez García S, Sánchez Pérez CF, Hernández García J. Evaluación y capacitación del personal de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Sociedades científicas. 2009

<sup>10</sup> Ramos Domínguez BN. Calidad de atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública 2005;31(3):239-44.

<sup>11</sup> Durán Rodríguez R, Cazull Imbert I, Castillo Pérez Y, Arce Garcia G, Correa Pita A. Evaluación de competencia profesional de enfermería en cuidados intensivos adultos en la aspiración endotraqueal o traqueobronqueal. 2017.

<sup>12</sup> Océano Práctico. Diccionario lengua española y de nombres propios. Edit. Océano. España. ISBN: 84-494-0055-4

<sup>13</sup> Luengas Amaya S. Modelo de gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. 2008. Centro de gestión hospitalaria. Vía salud ONLAIN. Numero 43. [citado 4 Feb 2017]. Disponible en <http://www.cgh.org.co/imagenes/calidadycultura.pdf>.

<sup>14</sup> European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.

<sup>15</sup> Barris Blundell D. aplicación del modelo EFOM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2012; 14(2): 50-60. [Citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.farmaciazarzuelo.com/wp-content/uploads/2014/09/APLICACI%C3%93N-MODELO-EFQM.pdf>

---

<sup>16</sup> Terol E., Agra Y., Fernández MM, Casal J., Sierra E., Bandrés B., García M.J., del Peso P. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Medicina Clínica, 2008; 131; N° Extra 3:4-11

<sup>17</sup> Ministerio de sanidad y política social, gobierno de España. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. 2008. [Citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.060.es>

<sup>18</sup> Estebanez Roque K, Tonini T, Prates Melo EC. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(10):e00081815, out, 2016. [Citado 4 Feb 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

<sup>19</sup> Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN 2014; 18(2):156

<sup>20</sup> Sánchez Fernández G, Quiala Ducás E, López Legra O, Gamboa Gamboa M, Granda Pajan A. Formación verticalizada del licenciado en Enfermería para prestar un servicio con calidad. Rev Inf Cient. 2015; 91(3):28-37. [Citado 4 Feb 2017]. ISSN 1028-9933

<sup>21</sup> Cuñat Ladrón de Guevara Y, Pardo Fernández A, Lara Latamblé NT, Local Rojas E. Competencias de Enfermería en el proceso vital de cuidados. Rev Inf Cient. 2017; 96(2):166-177. [Citado 4 Feb 2017]. ISSN 1028-9933

<sup>22</sup> Durán Rodríguez R, Yunia Castillo Pérez, Ana Rita Fernández Matos, Alicia Mercedes Rubio Méndez. Urosepsis nosocomial en una Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto. Vol. 5, Núm. 1 (2016). [Citado 25 May 2017]. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index-php/rcu/issue/view/12>

<sup>23</sup> Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería 2011;27(1)8-15. [Citado 25 May 2017]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>