

## PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA CULTURA DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN MÉXICO

### NURSING STAFF PERCEPTION TOWARDS A CULTURE OF SAFETY IN A PEDIATRIC HOSPITAL IN MEXICO

Concepción Meléndez Méndez<sup>1</sup>, Rosalinda Garza Hernández<sup>1</sup>, J. Fernanda González Salinas<sup>1</sup>, Santa Castillo Castillo<sup>2</sup>, Sandra González García<sup>2</sup>, Evelia Ruiz Hernández<sup>3</sup>

#### Histórico

##### Recibido:

15 de Junio de 2014

##### Aceptado:

19 de Agosto de 2014

1 Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de Carrera facultad de Enfermería Tampico Universidad Autónoma de Tamaulipas. Autor de correspondencia: Concepción Meléndez Méndez. E-mail: [mcmelend@uat.edu.mx](mailto:mcmelend@uat.edu.mx)

2 Licenciada en enfermería. Enfermera del servicio de nefrología del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

3 Licenciada en enfermería. Enfermera del servicio de cirugía de Especialidades Hospital Infantil de México Federico Gómez.

#### RESUMEN

**Introducción:** La seguridad del paciente es un tema que en los últimos años ha mostrado pleno desarrollo. Ya que en, 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. La alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Objetivo: Determinar las Fortalezas y oportunidades de mejora hacia la cultura de la seguridad con que cuenta el personal de enfermería que labora en los diferentes servicios y turnos del Hospital de Pediatría de México y el grado global de seguridad percibido. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo y transversal en una muestra de 247 enfermeras del hospital de pediatría. **Resultados:** La media de edad de los encuestados fue de 49 años el 91 % fueron mujeres y el 70 son enfermeras generales, las dimensiones que calificaron como fortalezas fueron cuatro y ocho de las doce calificaron como oportunidad de mejora, el grado global de seguridad lo calificaron en el rango de 7-8 que significa muy buena. **Discusión:** Los resultados del estudio difieren de lo reportado por: diversos autores ya que ellos en sus investigaciones reportaron como fortaleza las dimensiones que en este estudio calificaron como oportunidad de mejora y son similares con lo reportado por otros autores en lo que se refiere a la notificación de eventos adversos y dotación de personal, que en este estudio también calificaron como fortalezas. **Conclusiones:** El personal de enfermería considera que las fortalezas con que se cuenta en el hospital son pocas y que faltan muchas cosas por mejorar para garantizar la seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Seguridad, Cultura, Percepción. (Fuente: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92>

#### ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is an issue that in recent years has shown full development. Since 2004, the World Health Organization (WHO) created the World Alliance for Patient Safety. The alliance promotes awareness and political commitment to improve the safety of care and support to member states in the formulation of policies and practices for patient safety worldwide. Objective: To determine the strengths and opportunities for improvement to the safety culture available to the nursing staff working in the various departments and shifts of the Mexico Hospital of Pediatrics and the overall degree of perceived safety. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional design in a sample of 247 nurses from the pediatric hospital. **Results:** The mean age of respondents was 49 years, 91% were women and 70 were general nurses, the dimensions rated as strengths were four, and eight of the twelve were rated as opportunities for improvement, they scored the overall level of safety as 7-8, which means 'very good'. **Discussion:** The results of the study differ from those reported by several authors as they reported in their research as strength dimensions those which in this study were rated as an opportunity for improvement and are similar to those reported by other authors in regard to the adverse event reporting and staffing, which in this study also were rated as strengths. **Conclusions:** The nursing staff considers the strengths available in the hospital as few and missing many things to improve to ensure patient safety.

**Key words:** Safety, Culture, Perception. (Source: DeCs BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92>

Cómo citar este artículo: Meléndez C, Garza R, González JF, Castillo S, González S, Ruiz E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. Rev Cuid. 2014; 5(2): 774-81. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.92>

© 2014 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 3.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema complejo. En los últimos años estamos presenciando el pleno desarrollo de una política y estrategia global en países con diferente niveles de desarrollo auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De esta manera la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud. Los sistemas de salud deben por lo tanto conocer y reconocer errores además de proponer medidas para evitarlos. Sabiendo que una parte de estos generan daños en los pacientes. Si como se dice, errar es humano desarrollar medidas para evitar los errores es una necesidad urgente (1).

En los años cincuenta se publicaron los primeros estudios sobre riesgos de la hospitalización y los errores médicos en anestias. La contribución de estos estudios y otros posteriores permitió la implementación de prácticas seguras reduciendo la muerte relacionada a la anestesia de forma espectacular en los últimos 25 años. Al mismo tiempo los estudios epidemiológicos han contribuido de forma especial al conocimiento de la frecuencia del daño asociado a la atención sanitaria, por lo que Brennan en 1984 aportó una metodología para el estudio de los eventos adversos que se replicaría en todo el mundo. Gracias a estos estudios hoy se conoce mejor la frecuencia de los eventos adversos y sus determinantes (2).

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. La alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales como: Atención limpia atención segura; Cirugía Segura salva vidas y Combate a la resistencia antimicrobiana. Por lo que para obtener los mejores resultados en este terreno, es necesario: transitar hacia una cultura de la seguridad a través de la concientización con todo el personal de la salud, incluyendo pacientes y familiares (3).

Estos retos están enfocados a la reducción de riesgos para mejorar la seguridad del paciente, cuyo propósito fundamental es evitar los riesgos innecesarios de accidentes y daño causados por algún tipo de evento adverso el cual se define como el evento o circunstancia que ocasiona o puede ocasionar un daño innecesario al

paciente, ya sea lesión incapacidad o muerte durante la atención sanitaria (4).

En México la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), fue creada en 1996 como organismo des-concentrado de la Secretaría de Salud, para contribuir a solucionar las quejas médicas mediante una vía no judicial. Realizo un estudio, para analizar las quejas medicas puestas ante dicha institución, de manera electrónica en el Sistema de Atención de Quejas (SAQMED), entre junio de 1996 y diciembre de 2007, con un total de 18 443 quejas. Con el objetivo de analizar dicho evento, logrando así prevenir y mejorar la atención hospitalaria (5).

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios de salud no es un tema nuevo, pero lo cierto es que en los últimos años el problema ha adquirido una dimensión mundial, atrayendo la atención de los profesionales y gestores de la salud. Por lo que siguiendo las recomendaciones de la OMS, de facilitar un cambio de cultura de las organizaciones que permita una mayor seguridad para los pacientes. Ya que la atención sanitaria lleva inherente el riesgo de aparición de eventos adversos que pueden ocasionar lesiones, discapacidades e incluso la muerte (6).

La cultura de la seguridad del paciente debe analizarse en los diferentes niveles de la atención médica y constituir la esencia misma de las instituciones de salud, en las que se pueda identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los profesionales piensan, se comportan y abordan su trabajo. La cultura se expresa a través de los valores, creencias, actitudes, conductas, lenguajes, costumbres y metas de los diferentes grupos de trabajo. Crea un sentido de identidad y establece vínculos entre los miembros de la organización y su misión. En este contexto la cultura es lo que emerge de los esfuerzos concertados de las organizaciones para movilizar todos los elementos culturales hacia las metas de seguridad (7).

Organismos británicos y australianos, consideran a la seguridad y la posicionan en un lugar prioritario dentro de la política sanitaria, entendiéndola también como una dimensión esencial de calidad en la atención, por su relación directa con dimensiones como la efectividad o la satisfacción del usuario. Según la alianza para la seguridad del paciente cada año se realizan en el mundo 234 millones de intervenciones quirúrgicas y al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones (8).

La seguridad de los paciente debe ser considerada como prioritaria en los servicios de salud, ya que en la asistencia sanitaria actual se entrelazan procesos, tecnologías e interacciones humanas que al ser más complejas involucran nuevos riesgos adicionales y potenciales tanto para los pacientes como para los trabajadores del área. Por lo que la importancia de estos aspectos se encuentra en las distintas declaraciones planes y programas promovidos por Organización Mundial de la salud (OMS) para afrontar el problema de la seguridad de los pacientes. La seguridad de los pacientes, entendida como el conjunto de estructuras y procesos organizacionales que disminuyen la posibilidad de padecer sucesos adversos como consecuencia de la atención recibida en una institución de salud, lleva implícita una serie de elementos estructurales, para la efectiva prevención de riesgos en la asistencia sanitaria. Por lo que el Comité Europeo de sanidad reconoce diez componentes que con un enfoque sistémico participan en la prevención de esos riesgos. En todos los estudios y experiencias que involucran la seguridad de los pacientes, surgen como elementos ineludibles aspectos organizacionales como: frecuencia de eventos adversos, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, franqueza de las comunicaciones comunicación de errores, dotación de personal apoyo de la gerencia y problemas en el cambio de turno. Por lo que teniendo en cuenta que la cultura de la seguridad se basa tanto en estructuras como en costumbres y hábitos, se hace indispensable la utilización de medidas apropiadas para poder evaluar los elementos intangibles a través de manifestaciones tangibles. Por todo lo planteado podemos decir que la cultura de la seguridad tienen beneficios que impactan positivamente en la organización, que se logran por la evolución hacia la mejora continua de la calidad, a partir del análisis de errores incluyendo un trato justo y apoyo al personal ante la presencia de eventos adversos, impulsando a la gente a hacerse responsable de sus actos a través de un liderazgo proactivo. En síntesis la cultura de la seguridad en los servicios de salud, está representada por el conjunto de conocimientos, pensamientos, creencias, hábitos, costumbres y rutinas, que los miembros del equipo de salud comparten y utilizan para tomar decisiones y significar sus prácticas (4).

Diversos estudios han medido la percepción hacia la cultura de la seguridad, definida como un conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles. Estos estudios han identificado que el personal de enfermería tiene fortalezas en el trabajo

que desarrollan en equipo dentro de las unidades/ servicio y el apoyo que se brindan calificando a estas dimensiones con el mayor porcentaje de respuestas positivas (9-14), Además han evaluado positivamente al aprendizaje que les da la organización (7,9), como un área fuerte hacia el desarrollo de una cultura de seguridad, en otros estudios se identificó que el personal considera que las expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio, el soporte de la gerencia y acciones de la dirección y supervisión del servicio que promueven la seguridad del paciente, son aspectos mejor evaluados por estos profesionales (7,11-12,14-15), solo un estudio identifico la comunicación como una área fuerte en la percepción que tienen estos profesionales hacia la cultura de la seguridad (16).

Mientras que las dimensiones con oportunidad hacia la mejora continúa definida como la utilización de la información para evaluar los resultados del proceso del cuidado y usar métodos de mejora para diseñar y probar cambios para mejorar la calidad y la seguridad de los sistemas de cuidado de la salud (17). Las cuales representan la mayoría de las dimensiones identificadas, estas van en relación a aspectos de falta en la dotación de personal que garantice la seguridad del paciente (9, 11,18). Otra área identificada son los problemas que se suscitan en los cambios de turno y de transiciones entre servicios/unidades (9-10), y el trabajo en equipo multidisciplinario (12). La apertura hacia la franqueza de la comunicación de los errores son aspectos que se identifican continuamente y que representan uno de los retos pendientes dentro de la cultura de seguridad, hacia la mejora continua en la atención de los pacientes y cambiar de una respuesta punitiva al error a un sistema más abierto que permita aprender de los errores, estas áreas se han calificado con porcentajes bajos de respuestas positivas (7, 9, 13-14). Los apoyos por parte de la gerencia/dirección de los hospitales también han mostrado esta tendencia (11).

En relación a la concientización del reporte del error, los estudios revisados muestran que el personal no tiene arraigado la cultura del reporte, lo cual dificulta el análisis y el mejoramiento del cuidado de enfermería y por ende la calidad de los servicios que otorga (7, (9 -16, 18-19).

### **Objetivos de la Investigación**

Determinar las fortalezas y oportunidades de mejora hacia la cultura de la seguridad con que cuenta el personal de enfermería que labora en un hospital pediátrico de la ciudad de México.

Determinar el grado global de seguridad del paciente que percibe el personal de enfermería que labora en un hospital pediátrico de la ciudad de México.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se abordó desde el enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo y transversal. Este tipo de estudios es aquél en que la información es recolectada sin cambiar el entorno, se define como “cualquier estudio que no es verdaderamente experimental.” En investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud común, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno, pueden implicar una interacción en una sola ocasión con grupos de personas (estudio transversal). Los estudios descriptivos en que el investigador interactúa con el participante puede involucrar encuestas o entrevistas para recolectar la información necesaria, el cual se considero adecuado para determinar la percepción de cultura de seguridad, así como a la identificación de aquellas dimensiones fuertes o con oportunidad hacia la mejora continua (20).

El presente estudio se realizó en el Hospital de pediatría Dr. Federico Gómez, de México Distrito Federal, para iniciar el proceso de recolección de los datos estadísticos, se obtuvieron los permisos correspondientes en el área de investigación de la institución participante y de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería, Campus Tampico, conforme a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salubridad, 1987), vigente en la Republica Mexicana, prevaleciendo en la investigación el criterio de dignidad, respeto y protección de los derechos y bienestar de los participantes (21).

En esta etapa se identificaron a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión de este proyecto, se les invito a participar en el mismo de acuerdo a lo que marca la ley en las fracciones I, II, V, VIII, en el cual se les proporciono una explicación clara y completa de los objetivos de la investigación, los procedimientos para la aplicación del cuestionario, la garantía de recibir respuesta a cada pregunta y la seguridad de que se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, explicándoles el tipo de estudio y sus finalidades, se les indico que no existía ningún riesgo y que su colaboración consistirá en contestar un instrumento de 52 preguntas relacionadas a la cultura de la seguridad, para la contestación

del mismo se tuvo un tiempo de respuesta de 20 a 25 minutos. Respecto al Artículo 17 fracción I este estudio se consideró sin riesgo, en el cual no se realizó ninguna intervención que dañara la integridad de los participantes.

De acuerdo el Artículo 18 y 21, fracción VII los participantes tuvieron la libertad de, elegir participar o no en el estudio sin que se ejerciera presión alguna, así también se respeto el derecho de suspender su participación, respetando el Artículo 20 el cual menciona que los sujetos participaran sin coacción alguna.

La población la conformaron 691 enfermeras que laboran en los distintos servicios de la institución de salud de tercer nivel. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza de 95 % un 5 % de error dando un total de 247 enfermeras. Se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado proporcional en donde la variable de estratificación fue la categoría del personal quedando distribuido de la siguiente forma: 185 enfermeras generales 40 enfermeras especialistas y 22 enfermeras jefes. La tasa de respuesta fue del 100%,

### Criterios de inclusión

Los Criterios de inclusión para la muestra fueron: ser personal de enfermería de base que se encontraba laborando en el área asignada y con una antigüedad de más de 6 meses en el hospital y se excluyo, aquel personal que decidía por libre voluntad no participar o que en el momento de la recolección de los datos se encontraba de vacaciones o de incapacidad.

### Instrumento

Para medir la percepción de la cultura de la seguridad se utilizó la encuesta sobre seguridad del paciente en hospitales del sistema nacional de salud de México validado y adaptado en México por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (CONAMED) en 2009, para utilizarlo en hospitales del Sistema Nacional de Salud, este cuestionario ha mostrado ser útil para conocer el grado de cultura de seguridad del paciente tanto a nivel hospitalario como en servicios de atención específicos. El cuestionario está diseñado para evaluar 12 dimensiones relacionadas con la seguridad del paciente, a través de un total de 42 preguntas las cuales 24 están formuladas en sentido positivo y 18 en sentido negativo y distribuidas de la siguiente manera: frecuencia de eventos notificados; percepción de seguridad; expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la

seguridad; aprendizaje organizacional/mejora continua; trabajo en equipo en la unidad/servicio; franqueza en la comunicación; feed-back y comunicación sobre errores; respuesta no punitiva a los errores; dotación de personal; apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; trabajo en equipo entre unidades y servicios y problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades.

Todas estas preguntas tienen cinco opciones de respuesta que van desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo. En el apartado de información complementaria seis preguntas sobre datos laborales y dos acerca de la edad y sexo del personal para calificar el clima de seguridad la encuesta contiene la pregunta 43 con una escala del 0 al 10 que proporciona la calificación global del clima de seguridad y la pregunta 44 que se refiere al número de eventos adversos reportados en los últimos 12 meses, también se tomó encuentra el resultado de las dimensiones frecuencia de eventos adversos y percepción de seguridad como medidas del clima de seguridad.

Para el análisis de las dimensiones, se tomó en cuenta las indicaciones de la Agencia para la investigación y calidad de la salud (AHRQ) en el sentido de clasificar una dimensión como fortaleza cuando el porcentaje de respuestas positivas se ha superado el  $\geq 75\%$  y como oportunidad de mejora continua cuando el número de respuestas negativas sea  $\geq 50\%$ . En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantendrán las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invertirán la opción de respuesta de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías: negativo las respuestas “muy en desacuerdo, en desacuerdo, nunca y raramente”, neutral las respuestas “ni de acuerdo, ni en desacuerdo y a veces” y positivo las respuestas “de acuerdo, muy de acuerdo, casi siempre y siempre”. Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Para clasificar una dimensión como fortaleza, oportunidad de mejora se emplearon los siguientes criterios alternativos: la sumatoria del número de respuestas positivas entre el número de ítems por dimensión. Para calificar el clima de seguridad se consideró el ítem 43, el cual se presenta en una escala de cero a diez. Además de este ítem, el número de eventos notificados (ítem 48) y las dimensiones “frecuencia de

eventos notificados” y “percepción de seguridad”, los cuales se consideran medidas de resultado del clima de seguridad (22).

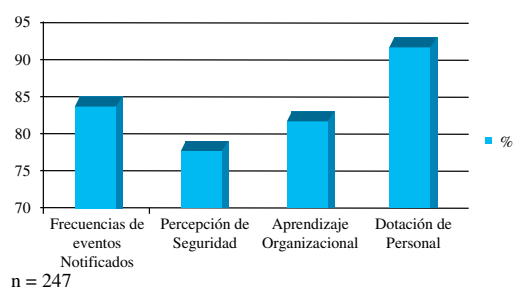
## RESULTADOS

Las características sociodemográficas del personal de enfermería encuestado en este estudio correspondió lo siguiente: en cuanto al rango de edad que predominó fue el de 30-39 años con un 40 % (99), con respecto al sexo el 91 % (224) son mujeres y un 9 % (23) hombres. En lo que se refiere a la categoría laboral el 70 % (172) son enfermeras generales un 24 % (59) enfermeras especialistas y un 6 % (16) cuentan con categoría de supervisora/jefe del servicio.

La información complementaria del personal de enfermería entrevistado en relación a los años que llevan trabajando en el hospital el rango de predominio fue de 16 a 20 años con un 27 % (67), con respecto al año en que empezaron a trabajar en la unidad que labora actualmente el mayor porcentaje fue en el rango de uno a cinco años con un 38 % (94). En cuanto a las horas de trabajo por semana destacó el de 40 a 59 horas a la semana con un 61% (152), en lo que se refiere a los años de experiencia profesional el 28 % (69) del personal se encuentra en el rango de más de 21 años en cuanto así mantiene contacto directo con los pacientes en su puesto de trabajo el 89.5 % (221) del personal mantiene contacto directo con el paciente.

En la gráfica 1 se aprecia las dimensiones identificadas como fortalezas hacia la cultura de la seguridad percibidas por el personal de enfermería y tomando en cuenta las instrucciones de clasificación de la AHRQ, Las dimensiones que calificaron con respuestas positivas  $\geq 75\%$  correspondieron a: dotación de personal (93 %), frecuencia de eventos notificados (85 %), aprendizaje organizacional (83 %) y percepción de seguridad (79 %).

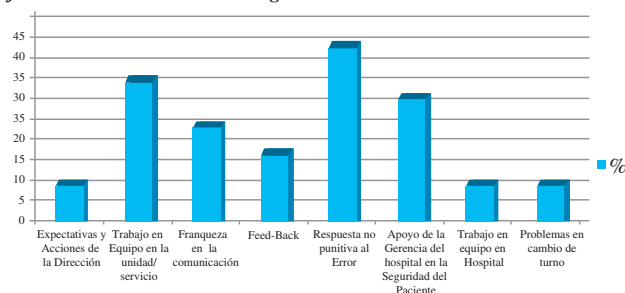
Gráfica 1. Dimensiones percibidas por el personal de enfermería como fortalezas hacia la cultura de seguridad



Fuente: Encuesta sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud de México (CONAMED)

En la gráfica 2 se presentan las dimensiones que fueron percibidas con oportunidad hacia la mejora continua, ya que estas fueron evaluadas con  $\geq 50\%$  de respuestas positivas, las cuales correspondieron a: trabajo en equipo en hospital (10.1 %) y problemas en cambio de turno (10.1 %), expectativas y acciones de la dirección (10.5 %), feed-back (17.8 %), franqueza en la comunicación (24.3 %), trabajo en equipo en la unidad/ servicio (35.6 %), apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (31.6 %) y respuesta no punitiva al error (43.7 %).

**Gráfica 2. Dimensiones percibidas por el personal de enfermería como fortalezas hacia la cultura de seguridad**



n = 247

Fuente: ESPHSNS (CONAMED)

En lo que se refiere a la calificación global de seguridad se analizó la pregunta 43 en la que califica el grado de seguridad del paciente en la unidad en una escala que va de excelente a malo con ponderación del 0 al 10, los resultados reportaron que el 48 % del personal de enfermería calificaron la seguridad en un rango de 7-8 (muy bueno), 43 % coincidieron en el rango de 5-6 (aceptable). El número de eventos adversos reportados en los últimos 12 meses en el hospital, cero eventos (32%), de tres a cinco (29 %), de uno a dos eventos (24 %) y de seis a 10 (15 %).

## DISCUSIÓN

En relación a las fortalezas identificadas en este estudio, la dimensión de “dotación de personal”, que comprende el dotar de suficiente personal de enfermería para enfrentar las cargas de trabajo dentro del hospital, que garanticen la seguridad de los pacientes, fue la mejor evaluada a diferencia de los estudios de Castañeda et al. (9), Roqueta et al. (11), y Alarcón y Ortiz (18), en el cual consideraron que la seguridad clínica se ve afectada por la sobre carga de trabajo. Otra de las dimensiones identificadas como fortaleza en el estudio, correspondió a la “frecuencia de eventos notificados”, la cual explora la percepción de la cultura del reporte del evento adverso, en contraste a los resultados de Bodur y Filiz (13), en donde la frecuencia de notificación de eventos

se mostro hacia la mejora continua.

El “aprendizaje organizacional” se evaluó positivamente, en el se exploran las actividades relacionadas para mejorar la seguridad de los pacientes, el establecer medidas apropiadas para evitar que los riesgos ocurran frecuentemente, así como la evaluación constante de la seguridad, encontrándose una similitud a lo reportado en los trabajos de Castañeda et al. (9), Fajardo et al. (7), a diferencia del reporte de González et al. (10), que lo clasifica de acuerdo a su porcentaje de respuestas positivas como una dimensión hacia la mejora continua. Otra de las fortalezas identificada fue la “percepción de seguridad”, la cual indaga aspectos de cómo el personal percibe aquellos aspectos de seguridad del hospital, al igual a lo reportado por Alarcón y Ortiz (18), en donde consideraron que la percepción predominante sobre la seguridad es buena y que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de eventos adversos (EA) y Bodur y Filiz (13), los cuales reportaron que fue una de las dimensiones mejor evaluadas, a diferencia de lo reportado por Castañeda et al. (9), en el que esta dimensión fue evaluada con menos respuestas positivas.

En relación a las dimensiones con bajo porcentaje de respuestas positivas y que se identificaron con oportunidad hacia la mejora continua, correspondió al “trabajo en equipo en el hospital”, “problemas en cambio de turno” y “trabajo en equipo en la unidad/ servicio”, a diferencia de los estudios de Castañeda et al. (9), González et al. (10), Roqueta et al. (11), Skodova et al. (12), Bodur y Filiz (13), y Barbosa et al. (14), en la que coincidieron que el “trabajo en equipo en el hospital”, que aborda el apoyo que se brinda el personal de enfermería dentro de los servicios constituye una fortaleza hacia la seguridad de los pacientes. Referente a la dimensión de “problemas en cambio de turno” y el “trabajo en equipo en la unidad/ servicio”, que explora aquellas situaciones de conflicto que se generan en los cambios de turno o entre unidades del hospital, se encontró similitud con los estudios de Castañeda et al. (9), González et al. (10), Skodova et al. (12), en contraste con lo reportado por Saturno et al. (15), en donde la percepción hacia esta dimensión obtuvo un porcentaje alto de respuestas positivas.

En relación aquellos aspectos que van en dirección a la comunicación como son: “feed-back”, “franqueza en la comunicación” y la “respuesta no punitiva al error” identificadas en esta investigación como una oportunidad hacia la mejora continua similar a lo obtenido por Castañeda et al. (9), Fajardo et al. (7), y Bodur y Filiz (13), en el cual ambos reportan porcentajes muy bajo

de respuestas positivas, Barbosa et al. (14), también la considero hacia la mejora continua, a diferencia de Gutiérrez et al (16), que encontraron fortalezas en aspectos como la comunicación.

Las dimensiones que integran aspectos en relación con el apoyo y el compromiso de los directivos hacia la cultura de la seguridad, fueron percibidas por el personal de enfermería participante, como áreas de debilidad hacia la mejora continua dentro del hospital, estas dimensiones correspondieron a: “expectativas y acciones de la dirección” y el “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” similar al estudio de Castañeda et al (9), en el que ambas dimensiones mostraron la misma dirección, al igual Roqueta et al (11), reportaron hacia la mejora continua el apoyo de la Gerencia/Dirección del hospital, pero calificaron con un alto porcentaje de respuestas correctas a las expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente, semejante al reporte de Saturno et al (15).

Concerniente al clima de seguridad percibido, el mayor porcentaje lo evaluó en un rango de muy bueno y aceptable similar a Castañeda et al. (9), Skodova et al. (12), Alarcón y Ortiz (21), que lo considero dentro de un rango de excelente a muy bueno, en este mismo estudio reportaron que el mayor porcentaje consideró que el hospital tiende a la mejora continua y reconocieron la implementación de medidas para evitar que se repitan los eventos adversos. Al igual que el trabajo de Barbosa et al. (14), en el que sus resultados demostraron que la mayoría de los encuestados expresaron que la seguridad es buena, y un mínimo porcentaje la consideró mala.

Referente al reporte de los eventos adversos se observó que el mayor porcentaje no reportó eventos adversos en los últimos doce meses, similar a lo reportado por Castañeda et al. (9), Gómez et al. (19), Skodova et al. (12), Fajardo et al. (7), Bodur y Filiz (13), y Saturno et al. (15).

## CONCLUSIONES

Se concluye en este estudio que el personal de enfermería que labora en el hospital de pediatría “Dr. Federico Gómez” del Distrito Federal en la Republica Mexicana, percibe un clima de seguridad de muy bueno a aceptable.

Las fortalezas identificadas por las enfermeras hacia la cultura de seguridad fueron percibidas en las dimensiones de la “dotación de personal”, “frecuencia de eventos notificados”, “aprendizaje organizacional” y “percepción de seguridad”.

Las dimensiones percibidas hacia la mejora continua con menos porcentajes de respuestas positivas fueron: “trabajo en equipo en hospital”, “problemas en cambio de turno”, “expectativas y acciones de la dirección”, “feed-back”, “franqueza en la comunicación”, “trabajo en equipo en la unidad/ servicio”, “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” y “respuesta no punitiva al error”.

Se aprecia el inicio de una cultura hacia el reporte de los eventos adversos, pero aún su mayor porcentaje no lo reporta.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Martínez A, Hueso C, Gálvez M. Fortalezas y amenazas entorno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18 (3): 42-49.
2. Aranaz J, Agra Y. La Cultura de Seguridad del Paciente: del Pasado al Futuro en Cuatro Tiempos. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (1): 1-2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70013-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70013-0)
3. Evolución de la seguridad del paciente en el contexto mundial y su perspectiva en México. Disponible en: <http://www.amc.org.mx/web2/media/Seguridad.pdf> Consulta 15 Enero 2014.
4. Mezquida AA. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. 1ª ed. México: Ed. Organización Panamericana de la Salud; 2011: 99-106.
5. Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela R, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud pública de México* 2009; 51(2): 119-125. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000200007>
6. García-Barbero, M. La Alianza mundial para la seguridad del paciente. 2005 Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf> Consultado: 20 Enero 2014.

7. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suarez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura Sobre Seguridad del Paciente en los Profesionales de la Salud. *Cirugía y Cirujanos* 2010; 78: 527-32.
8. Caballero S, García C, Sianes A. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca. *Enfermería Global* 2011; 10 (2): 1-2.
9. Castañeda-Hidalgo H, Garza R, González F, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de seguridad de los pacientes por el personal de enfermería. *Ciencia y Enfermería* 2013; XIX (2): 77-88.
10. González F, Castañeda-Hidalgo H, Pineda M, Rangel S, Meléndez C. Percepción de Enfermería Acerca de la Cultura de la Seguridad del Paciente. *Desarrollo Científico* 2012; 20 (4): 122-7.
11. Roqueta F, Tomás S, Chanovas R. Cultura de Seguridad del Paciente en Los Servicios de Urgencia: Resultados de su Evaluación en 30 Hospitales del Sistema Nacional de Salud y Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). *Emergencias* 2011; 23: 356-64.
12. Skodova M, Velasco MJ, Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre la seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calidad Asistencial* 2011; 26(1): 33-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.005>
13. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21(5): 348–55. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp035>
14. Barbosa L, Cárdenas E, García L, More L, Muñoz M. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un hospital universitario en Bogotá. *Revista iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología* 2008; 1:19-28.
15. Saturno P J, Da Silva ZA, De Olivier-Sousa, Fonseca YA, De Souza-Olivier AC. Análisis de la Cultura del Paciente en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Medicina Clínica* 2008, 131(Supla 3): 18-25.
16. Gutiérrez-Cía I, Merino de Cos P, Yáñez A, Obona-Azuara B, Alonso-Ovies A, Martín-Delgado M, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clínica* 2010; 135(1): 37-44. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70019-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70019-1)
17. Cronenwett L, Sherwood G, Barns Steiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, et al. *Nursing Outlook: The official journal of the America Academy of Nursing*. May/June 2007. Vol. 55 Numer. 3.
18. Alarcón C, Ortiz A. Análisis de la Cultura Sobre seguridad del paciente en el hospital padre Hurtado. Serie experiencias de buenas prácticas. 2009. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6440\\_recurso\\_1](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6440_recurso_1) Consulta: Enero 25, 2014.
19. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería* 2011; 17(3): 97-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
20. Burns, N., & Grove, S. (2004). *Investigación en Enfermería*, Elsevier (Ed), Clasificación de los diseños de investigación cuantitativa (pp.260-295). Madrid, España.
21. Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>/ Consultado: Diciembre 10, 2013.
22. Santacruz J, Rodríguez J, Fajardo G, Hernández F. Cultura de la seguridad del paciente y eventos adversos. 2011 Disponible en: <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/Documentos/pdf/CASP> Consultado: Noviembre 30, 2013.