



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR PERSONAL DE  
ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGURIDAD SOCIAL**

**TESIS**

**Que para obtener el GRADO de:**

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**Licenciada en Enfermería  
DALIA YAZMIN CABRERA CARDENAS**

**DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. MARTHA LANDEROS LÓPEZ**

**CO-DIRECTORA DE TESIS:  
MAAE. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA**

---

**SEPTIEMBRE 2017**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Seguridad del Paciente Percibida por Personal de  
Enfermería en un Hospital de Seguridad Social

T E S I S

Para obtener el GRADO de:  
Maestra en Administración en Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería  
**Dalia Yazmin Cabrera Cárdenas**

Aprobado por el Comité de Tesis:

Directora

**Dra. Martha Landeros López**

Co-Directora

**MAAE. Sofía Cheverría Rivera**

Septiembre de 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA**

**TEMA DE TESIS:**

**Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en  
un hospital de seguridad social**

**ELABORADA POR:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
DALIA YAZMIN CABRERA CARDENAS**

**APROBÓ:**

**PRESIDENTE DE JURADO**

**Dra. Aracely Díaz Oviedo**

**SECRETARIO**

**Dra. María Candelaria Betancourt Esparza**

**VOCAL**

**Dra. Martha Landeros López**

23 de Septiembre de 2017

## RESUMEN

**Introducción.** La seguridad del paciente se afecta por factores organizacionales, comunicativos y de la dinámica del servicio, el personal de enfermería puede identificar fortalezas y debilidades en la seguridad por su contacto continuo con el paciente. **Objetivo.** Describir la seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería a fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en un hospital de seguridad social en San Luis Potosí. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal en muestra probabilística de 219 integrantes de enfermería a los que se aplicó el “Cuestionario sobre seguridad de los pacientes” versión española de 42 ítems (12 dimensiones) de respuesta cerrada, Alfa de Cronbach=.757 .El análisis se realizó en SPSS v. 20 con estadística descriptiva. **Resultados.** La media de edad 37.5 años y predominó el sexo femenino. Las dimensiones cercanas al porcentaje considerado como fortaleza fueron “Trabajo en equipo en la unidad” y “Aprendizaje organizacional” 70% y 71% respectivamente. Las dimensiones percibidas como oportunidades de mejora fueron “Dotación de personal”, “Respuesta no punitiva a los errores” y “Percepción de seguridad”. El grado de seguridad fue percibido como regular, con calificación media de 6.4. **Conclusiones.** No se encontraron dimensiones como fortalezas sin embargo algunos ítems como el apoyo entre el personal y el respeto entre ellos, calificaron como fortalezas según la forma de calificación del instrumento. Las oportunidades de mejora identificadas (personal insuficiente, sobrecarga de trabajo, temor a que quede en su expediente el reporte de errores, entre otros) pueden contribuir en la institución para diseñar estrategias sobre seguridad.

**Palabras clave:** Seguridad del paciente, percepción de enfermería, cultura de seguridad, hospital público, personal de enfermería

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is affected by factors, organizational, communicative and service dynamics, nursing staff can identify strengths and weaknesses in safety by their ongoing contact with the patient. **Objective:** To describe patient safety perceived by nurses in order to identify strengths and opportunities for improvement in a social security hospital in San Luis Potosí. **Material and methods:** Quantitative, descriptive-cross-sectional study in a probabilistic sample of 219 nurses to whom the "Questionnaire on patient safety" was applied Spanish version of 42 items (12 dimensions) closed response, Cronbach's alpha = .757. The analysis was performed in SPSS v. 20 with descriptive statistics. **Results:** The mean age was 37.5 years and the female sex predominated. The dimensions close to the percentage considered as strength were "Teamwork in unity" and "Organizational learning" 70% and 71% respectively. The dimensions perceived as opportunities for improvement were "Staffing", "Non-punitive response to errors" and "Security perception". The degree of safety was perceived as regular, with an average rating of 6.4. **Conclusions:** No dimensions were found as strengths however some items such as the support between the staff and the respect between them, qualified as strengths according to the form of qualification of the instrument. The identified improvement opportunities (insufficient staffing, work overload, fear that the report of errors in the file, among others) can contribute to the institution to design security strategies.

**Key words:** Patient safety, perception of nursing, safety culture, public hospital, nursing staff

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco las facilidades otorgadas para la elaboración de este trabajo al Instituto Mexicano del Seguro Social noble institución de la que orgullosamente formo parte, así como al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo recibido.

Agradezco a mi maestra Dra. Martha Landeros López por su paciencia, apoyo y confianza, quien durante todo este proceso demostró siempre su profesionalismo y sobre todo su calidez humana.

Doy gracias a mi madre que desde el cielo me cuida y que desde niña me enseñó a luchar por lo que quiero, a mi abuela que fue una mujer ejemplar que demostró siempre y ante todo fortaleza, a mi padre por ser siempre mi ejemplo de superación, gracias padre por apoyarme y ayudarme en todo momento, por el amor incondicional que siempre me das, por la paciencia que me has tenido, y sobre todo por haberme dado la oportunidad de tener una educación.

Agradezco a Dios por haberme permitido tener a mis hijos Oliver Darío y Lía Quetzalli, a quienes dedico este trabajo, a mi cuñada Dulce por cuidarlos durante todo este proceso, a mi hermana y a mi esposo.

Gracias a todo el personal de enfermería que acepto participar, a la Jefa de Enfermeras L.E. Maribel Navarro Torres por todo su apoyo, a las subjefas del turno nocturno L.E. María de Jesús Rodríguez y L.E. Sandra Zapata por su comprensión, gracias a todas las personas que me han apoyado y que Dios puso en mi camino para escuchar una palabra de aliento en momentos que sentía desistir. Gracias Dios por mi vida, por mi familia, por mi trabajo y porque soy feliz.

# ÍNDICE

## Página

RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICAS .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
I. JUSTIFICACIÓN.....	1
II. OBJETIVOS .....	7
2.1 General.....	7
2.2 Específicos.....	7
III. MARCO TEÓRICO .....	8
3.1 Antecedentes .....	8
3.2 Seguridad del paciente .....	12
3.2.1 Calidad en la atención sanitaria.....	14
3.3 Factores que influyen en la percepción de seguridad .....	17
3.3.1 Factores de Riesgo .....	17
3.3.2 Percepción.....	18
3.3.3 Cultura organizacional .....	18
3.3.4 Sobrecarga de trabajo .....	19
3.3.5 Incidentes.....	19
3.3.6 Factor contribuyente .....	20
3.3.7 Clima laboral.....	21
3.3.8 Apoyo de la gerencia .....	22
3.3.9 Cultura de seguridad.....	23
3.3.10 Feedback y comunicación .....	23
3.3.11 Respuesta no punitiva a los errores.....	24
3.4 El personal de enfermería y la seguridad del paciente.....	26
3.4.1 La percepción sobre la seguridad del paciente .....	27
3.4.2 Competencias profesionales .....	27
IV. METODOLOGÍA.....	29

4.1 Tipo de estudio .....	29
4.2 Diseño metodológico.....	29
4.3 Limites de espacio y tiempo.....	29
4.4 Universo o población.....	29
4.5 Muestra.....	29
4.6 Criterios de estudio.....	30
4.6.1 Inclusión .....	30
4.6.2 .Exclusión.....	30
4.6.3 Eliminación .....	30
4.7 Variables .....	30
4.8 Instrumento.....	31
4.9 Procedimientos.....	33
4.10 Análisis estadístico.....	35
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	36
VI. RESULTADOS .....	39
6.1 Dimensión percepción en su servicio. ....	41
6.2 Dimensión apoyo de la gerencia .....	46
6.3 Dimensión de comunicación .....	48
6.4 Dimensión sobre la percepción global de seguridad .....	51
VII. DISCUSIÓN.....	61
IX. CONCLUSIONES.....	67
X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES .....	68
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
X. APÉNDICES.....	83
Apéndice 1. Operacionalización de variables .....	88
Apéndice 2. Carta de aprobación por el Comité Académico.....	90
Apéndice 3. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.....	91
Apéndice 4. Carta de aprobación del Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. ....	93
Apéndice 5. Consentimiento Informado.....	94
Apéndice 6. Carta de no conflicto de intereses .....	95
XI. ANEXOS.....	96
Anexo 1 Instrumento.....	97



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características socio demográficas del personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017. ....	39
Tabla 2. Características laborales del personal de enfermería del Hospital General Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017.....	40
Tabla 3. Fortalezas y oportunidades de mejora por dimensión percibidas por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	60

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1. Percepción de seguridad del personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	41
Grafica 2. Aprendizaje organizacional/mejora continua percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	42
Gráfica 3. Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	43
Grafica 4. Respuesta no punitiva a los errores percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	44
Gráfica 5. Dotación de personal percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	45
Gráfica 6. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	46
Gráfica 7. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	47
Gráfica 8. Franqueza en la comunicación percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	48

Gráfica 9. Feed-back y comunicación de errores percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	49
Gráfica 10. Frecuencia de eventos notificados percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	50
Gráfica 11. Trabajo en equipo entre unidades percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	51
Gráfica 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	52
Gráfica 13. Grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017.....	53
Gráfica 14. Fortalezas percibidas por el personal de enfermería según dimensiones. Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	54
Gráfica 15. Oportunidades de mejora percibidas por el personal de enfermería según dimensiones. Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	55
Gráfica 16. Frecuencia de notificación de incidentes por escrito por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	56

Gráfica 17. Fortalezas percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	57
Gráfica 18. Oportunidades de mejora percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	58
Gráfica 19. Fortalezas y oportunidades de mejora percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017 .....	59

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es tema mundial, considerando las iniciativas internacionales y las evidencias en torno a los incidentes de seguridad que causan daño a los pacientes, se ha convertido en una prioridad de los sistemas de salud, por lo que organismos internacionales han implementado diversas estrategias para garantizar una atención segura.

La OMS en su preocupación por la seguridad de los pacientes, en octubre de 2004 puso en marcha La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.<sup>1</sup>

El Consejo de Sanidad de Castilla-La Mancha elaboró un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012 cuyos principales objetivos son la mejora de la calidad asistencial, la mejora de los cuidados y la calidad de vida, el incremento de la eficiencia del sistema sanitario y el desarrollo de una cultura responsable de seguridad y excelencia.<sup>2</sup>

Así mismo en la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente, se retoma con gran auge la Calidad de la Atención Sanitaria donde se incluye la Seguridad del Paciente, enfatiza en introducir y fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud.<sup>3</sup>

La Seguridad del paciente fue considerada con mayor seriedad a partir de un estudio sobre la detección de eventos adversos derivados de la atención médica en pacientes hospitalizados realizados en 1984<sup>4</sup>. Otra publicación que marcó la trascendencia sobre la seguridad fue “errar es de humanos” que promovió la concientización sobre el tema<sup>5</sup>. Estos estudios demostraron la prevalencia de

errores que pueden ser prevenibles en la clínica y que son responsables de miles de muertes en hospitales anualmente.

En México la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) realizó un estudio, para analizar los incidentes ocurridos entre 2007 y 2011, donde se detectaron 919 incidentes adversos, con un promedio de 5.2 incidentes adversos en cada caso, equivalente a una tasa de incidencias de 519.2 por cien. Por subcategorías, los incidentes más frecuentes estuvieron relacionados con un procedimiento (352), con la medicación (255) o con los cuidados (118) <sup>6</sup>.

Los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos, o los sistemas. Los eventos adversos causados por medicamentos registrados en el Utah- Colorado Study en los Estados Unidos de América ofrecen un ejemplo espectacular, pues en un 75% pueden atribuirse a deficiencias del sistema. <sup>7</sup>

Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, potenciar el liderazgo, implicar a los profesionales y evaluar sin culpabilizar. Ese cambio de cultura incluye la mejora de los sistemas de registro e información, el análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso curativo. <sup>8</sup>

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud considera importante generar conciencia entre los profesionales de la salud en torno a la gestión de riesgos<sup>9</sup>, en este sentido el personal de enfermería tiene un papel muy importante en la seguridad del paciente, ya que es responsable de proporcionar cuidado directo a los pacientes las 24 horas del día, los 365 días del año, y tiene mayor oportunidad de visualizar y notificar riesgos en torno a la seguridad.

En la actualidad las infecciones nosocomiales y los eventos adversos son los principales riesgos en la seguridad del paciente en el hospital y generan mayor costo a las instituciones, a la familia y al paciente. Para prevenir su incidencia el personal de enfermería debe considerar los factores de riesgo e implementar medidas de mejora para reducir el riesgo, como son; mejorar la comunicación entre compañeros y jefes inmediatos, notificar oportunamente incidentes así como el análisis de las causas profundas y la retroalimentación.

La percepción de la enfermera sobre su entorno laboral es distinta en las diferentes instituciones de salud, puede ser positiva o negativa e intervienen diversos factores que influyen en la percepción como: el indicador enfermera-paciente, la comunicación, la infraestructura, los recursos y el estado de salud de los pacientes con múltiples patologías que necesitan más atención y cuidado.

Es por ello que esta investigación nos permitió identificar fortalezas y oportunidades de mejora que desde el punto de vista organizacional pueden ser considerados para desarrollara e implementar estrategias que mejoren la seguridad del paciente.

Este estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, donde la población a estudiar fue el personal de enfermería tanto operativos como mando medio, teniendo una población de 406 integrantes del personal de enfermería que laboran en el Hospital General de Zona No. 50, la prueba piloto se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 2 Dr. Francisco Padrón Puyou, ya que este hospital es similar en cuanto a su estructura y organización.

Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, la muestra estuvo constituida por 219 integrantes del personal de enfermería que aceptaron participar y que cumplieron con los criterios de inclusión. La medición se realizó con el Cuestionario sobre Seguridad de los pacientes versión española 2005, el

cual se requisito de manera auto-administrado y nos permitió conocer la percepción del personal de enfermería, sobre cada una de las dimensiones, el grado global de seguridad e identificar áreas de oportunidad de mejora según la percepción del personal de enfermería en el Hospital General de Zona No. 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



## I. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define seguridad del paciente como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención.”<sup>9</sup>; en tanto que la Joint Commission la denomina como “seguridad clínica del paciente, lo que implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables”.<sup>10</sup> La Dirección General de Calidad y Educación en Salud la define como “el conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo y previenen la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud de los usuarios”.<sup>11</sup>

De igual manera la OMS define incidente como un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente, que se presenta bajo circunstancias, o factores de riesgo contribuyentes, pudiendo ser en algunos casos evitables.<sup>9</sup> Las medidas tomadas para reducir el riesgo y las medidas de mejora representan el aprendizaje colectivo basado en la detección y los factores atenuantes. Por lo que resulta importante en una institución la notificación, el análisis y la retroalimentación.

El Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad que está alineado con lo establecido en el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Además de seguir los objetivos y líneas del de acción, tanto del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, así como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual define en su segundo objetivo “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.<sup>12</sup>

Establece que al implementar este modelo, se estará desarrollando una cultura hipocrática donde la máxima “primero no dañar” sea una prioridad, puesto que la base de este modelo es el análisis integral de; incidentes, riesgos, indicadores de calidad y metas de seguridad. Este modelo involucra a toda la organización y a todas las disciplinas, para rediseñar o estandarizar procesos que se vinculen con la Calidad y Seguridad.

Además la Dirección General de Calidad y Educación en salud integró el Programa Nacional de Seguridad del paciente SICALIDAD, basado en 10 estrategias, donde retomamos la estrategia I. “Fomentar la cultura de seguridad del paciente”, que tiene como objetivo lograr organizaciones de salud que fomenten y apliquen iniciativas destinadas a garantizar, medir y adoptar medidas correctoras de seguridad del paciente. Una de las estrategias es la aplicación del cuestionario RADAR Cuestionario sobre seguridad de los pacientes (AHRQ).<sup>13</sup>

La seguridad del paciente puede verse afectada cuando existen condiciones como el fracaso de comunicación entre los profesionales, la fragmentación de la responsabilidad por la asistencia, la discontinuidad en la atención, lo inadecuado de los sistemas de información, la insuficiente incorporación de protocolos clínicos elaborados por medio de bases científicas sólidas y el fallo en los mecanismos de registro y notificación de estos eventos. <sup>14</sup>

En un estudio realizado en el servicio de urgencias de 30 Hospitales en España, sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, los resultados por dimensiones fueron los siguientes: las dos mejor valoradas fueron “trabajo en equipo en el servicio” y “expectativas/acciones de los responsables del servicio” con un 68% y un 56%, respectivamente. Las dimensiones con menor porcentaje de respuestas positivas fueron “apoyo de la gerencia/dirección del hospital” con un 24% y “dotación de recursos humanos” con un 28%. <sup>15</sup>

Los resultados de un estudio realizado en Colombia, acerca de la cultura de Seguridad del paciente por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel, mostraron que la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. <sup>16</sup>

Un estudio mexicano en un hospital pediátrico sobre la percepción del personal de Enfermería hacia la cultura de la seguridad encontró que el 48 % calificó la seguridad global de 7- 8; muy buena, en cuanto a las dimensiones consideradas como fortalezas en su institución fueron: tener una dotación de personal 93%, frecuencia de eventos notificados 85%, aprendizaje organizacional 83% y percepción de seguridad 79%. En este mismo estudio las dimensiones percibidas con oportunidad hacia la mejora continua 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%, feedback 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 % <sup>17</sup>

Con respecto a la percepción que tiene el personal de enfermería sobre el servicio hospitalario donde labora se encontraron diversos estudios; en un estudio descriptivo sobre la carga de trabajo de enfermería en una unidad de hospitalización se encontró que la carga de trabajo de enfermería fue de 47,3% (superior), éste es un factor que influye en el trabajo de enfermería y en el tiempo de asistencia. <sup>18</sup> También en un estudio cualitativo en España sobre la visión de los enfermeros acerca del trabajo en equipo: se encontró que hay muchas dificultades en el trabajo diario: individualismo, alta rotación de personal, falta de

autonomía, relaciones verticales de poder, falta de tiempo para las reuniones y de líderes para construir y fomentar el trabajo en equipo.<sup>19</sup>

En otro estudio cualitativo acerca de eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional, respecto a la dotación de personal; expresan que cuando ocurrió el evento adverso era insuficiente, coinciden, tanto enfermeras como supervisoras, que claramente las necesidades de personal influyen en la generación de eventos adversos.<sup>20</sup>

En relación a la percepción de la comunicación del personal de enfermería, en un estudio cualitativo sobre los motivos del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos, los profesionales refirieron sentirse intimidados y temor al despido, sin embargo refirieron sentirse responsables de la notificación, los profesionales que viven el EA se sienten motivados a notificarlo para evitar su recurrencia. Consideran que conocer el error permite alterar el proceso de trabajo y prevenirlo en el futuro.<sup>21</sup>

La gerencia debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro. Este se caracteriza por: permitir que sea el experto quien haga las cosas, confiar cada vez menos en la memoria, gestionar el riesgo de cada actividad, alertar sin miedo sobre el error, compartir el aprendizaje, ante la duda; pedir ayuda, adhesión a las guías de práctica clínica, adhesión a las guías de procedimientos de enfermería, adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.<sup>22</sup>

En un estudio realizado por la CONAMED donde se revisaron 706 reportes voluntarios de incidentes de seguridad del paciente, realizado por 22 hospitales, utilizando el Sistema Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS), basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS. Los

resultados fueron que se notificaron un total de 781 incidentes, en los 706 reportes, con la siguiente distribución: Infección asociada a atención médica 280 (35.9%), Proceso/procedimiento clínico 225 (28.8%), Medicación/soluciones intravenosas 98 (12.5%), Caídas 72 (9.2%) y otros incidentes 106 (13.6%).<sup>23</sup>

Contextualizando la seguridad del paciente en el hospital con base a la normatividad institucional y a las regulaciones nacionales, en las evaluaciones reportadas por la Jefatura de enfermería en el periodo comprendido de enero-agosto 2016, muestran lo siguiente; en cuanto a indicadores de calidad donde la Meta es el 100 ; ministración de medicamentos vía oral 94%, vigilancia y control de venoclisis instaladas 92%,prevención de IVU en pacientes con sonda vesical instalada 76%, prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados 74%, prevención de caídas en pacientes hospitalizados 77%, en el % de pacientes postrados que presentan úlceras por presión 35%, meta menor o igual a 25%.

En los registros de Notificación de Eventos Sistema Vencer II de enero-agosto del 2016 se registraron; 1 cuasi falla sobre ministración de medicamentos, 44 eventos adversos; 19 caídas, 5 reacciones a hemoderivados, 17 reacciones a medicamentos, 2 quemaduras, 1 hematoma placentario.

En la evaluación de las Metas Internacionales por la Seguridad del paciente durante el 26 de agosto al 25 de septiembre de 2016, los resultados fueron los siguientes; identificación correcta del paciente 67%, garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el paciente correcto y el procedimiento correcto 60%, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención medica 82%, reducir el daño al paciente por causa de caídas 70%. <sup>24</sup>

En este escenario se visualiza que es necesario mejorar la seguridad clínica y la gestión de riesgos, cuyo fin es la adopción de una cultura de seguridad clínica en

la organización, para implementar, vigilar y monitorizar estrategias de mejora en el hospital. Además el personal de enfermería al llevar a cabo los registros de notificación de eventos le permite tener una visión general del contexto en el que se da la seguridad del paciente.

Aunque no hay datos del impacto económico del anterior escenario en las finanzas del hospital, sabemos que los eventos adversos provocados por el equipo de salud durante el proceso de atención médica, que generen daño al paciente van en contra de las directrices y objetivos de la institución, y la exponen a riesgos jurídicos, financieros y sociales, entre otros.

Este estudio se enmarcó en la línea de investigación; gestión del cuidado; lo que nos permitió proporcionar elementos de la cultura de seguridad del paciente, de forma que desde el punto de vista organizacional puedan ser analizados y permitan desarrollar e implementar estrategias para mejorar la cultura de seguridad en la institución.

Es particularmente importante que, desde una plataforma internacional, se asegure la aplicación efectiva de lineamientos globales para consolidar los esquemas de seguridad de los pacientes. Así ante la problemática descrita se plantea la pregunta ¿Cuál la seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería en el Hospital General de Zona No. 50 del IMSS?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

Describir la seguridad del paciente percibida por el personal de Enfermería a fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en un hospital de seguridad social en San Luis Potosí.

### **2.2 Específicos**

- Identificar la seguridad del paciente que percibe el personal de enfermería en su servicio, en el apoyo de la gerencia, en la comunicación y sobre la percepción global de la seguridad.
- Identificar la percepción global que tiene el personal de enfermería sobre la seguridad del paciente.
- Describir las fortalezas y áreas de oportunidades de mejora para la seguridad del paciente percibidas por el personal de enfermería.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Antecedentes

El tema de seguridad del paciente no es un tema nuevo, tiene antecedentes que se han descrito en otros estudios que muestran sus orígenes en la antigüedad y que actualmente es un tema prioritario en cuanto a su estudio más formal a través de la investigación; a continuación se presentan algunos datos relacionados con su evolución que han sido extraídos de estudios acordes al tema hasta llegar a un contexto actual. <sup>25</sup>

En el año 2000 a.c. en el Código Hammurabi, promulgaba en Babilonia las normas reguladoras de la atención médica, incluyendo las multas que debían pagar por los malos resultados de sus cuidados. Durante el año 460-370 a.c. el Médico Griego Hipócrates de Cos. Aportó un principio muy importante en la atención sanitaria que es; “Primum non Nocere”. “lo primero es no hacer daño”.

Dentro de los antecedentes más importantes debemos recordar, en el legado de Florence Nightingale: “puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño”. Así mismo Arthur Bloomfield estableció que “Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar pero no hay ninguno al que no podamos dañar”

A principios del siglo XX en 1914, destacan los trabajos de E. Codman cirujano estadounidense, donde mediante el análisis de los resultados obtenidos trataba de buscar posibles errores y causas para evitar su repetición en futuros casos similares; dejó una publicación de 1916 donde describió 123 errores acaecidos en la atención de 337 pacientes, agrupando dichos errores por tipo: errores por falta de conocimientos o habilidades, por juicio quirúrgico, falta de cuidados o de equipamiento y falta de habilidad diagnóstica.



Durante el resto del siglo XX aparecen pocos trabajos de relevancia sobre seguridad, solo algunos sobre incidentes en anestesia, o iatrogenia hospitalaria. En la última década destacan algunos artículos sobre proporción global de errores y efectos adversos. Estos estudios más concluyentes marcan la diferencia de un antes y un después.

De entre ellos, destaca el estudio que se desarrolló en 1984 en Nueva York, conocido como Harvard Medical Practice Study, que estimó una incidencia de Eventos Adversos del 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes, contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no para medir la posibilidad de prevenirlos.<sup>26</sup>

Es así que con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a mejorar la calidad sanitaria en los Estados Unidos, en 1998 el Institute of Medicine inició un proyecto denominado: Quality of Health Care in América y en 1999 publicó el informe de este proyecto en una fase inicial: "To Err is Human: building a Safer Health System", lo que provocó un gran impacto en la sociedad y en la comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.<sup>27</sup>

En 1992, un estudio en los estados de Utah y Colorado demostró una incidencia anual de sucesos adversos de 2.9% en la revisión de 15.000 expedientes. Al igual que en el estudio de Harvard, sólo informaban de un EA por cada paciente y, en el caso de que un paciente tuviera más de un EA, sólo tuvieron en cuenta el que más discapacidad le produjo. Este estudio tampoco midió EA prevenibles, su objetivo de revisión fue médico- legal.<sup>28</sup>

A partir de estos estudios, surgen nuevas motivaciones, inferir en políticas nacionales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria del país conociendo los errores, su gravedad y su importancia de que pudieron haber sido evitados. Es así como el Quality in Australian Health Care Study, que fue un estudio realizado en 28 hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales del Sur, encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Los sucesos altamente prevenibles fueron asociados con los que produjeron mayor discapacidad.<sup>29</sup>

Estos resultados motivaron al Reino Unido por la preocupación de la seguridad del paciente; así tras la publicación del informe del National Health Service británico: “An organization with a memory”<sup>27</sup> se puso en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente, integrando un programa prioritario “building a safe NHS”<sup>28</sup> donde una de sus fortalezas es la creación de un sistema obligatorio para notificar los eventos adversos y las complicaciones secundaria a la atención médica, que es gestionado por la National Patient Safety Agency.

En España, el Ministerio de Sanidad desarrolló desde 2005 una Política Social, que contiene como objetivos: 1) Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales, el estudio ENEAS, formación de los profesionales y promoción de la investigación, 2) Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, 3) Promover la implantación de prácticas seguras en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud y 4) Facilitar la participación de pacientes y ciudadanos.<sup>30</sup>

En Latinoamérica, el Estudio IBEAS desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), incluyó una muestra de 11,555 pacientes ingresados en 58 hospitales; señala que la frecuencia de los EA fue de 11.85% y la posibilidad de prevención fue del 60%. Los EA estaban relacionados con los cuidados en el 13.27 %, con el uso de medicación 8.23%, con infecciones

nosocomiales 37.14%, con algún procedimiento 28.69% y con el diagnóstico 6.15%.<sup>30</sup>

En octubre de 2004 la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que 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 que la garanticen. Cada año organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo y la formulación de Retos Mundiales.<sup>1</sup>

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations fue designada por la OMS en 2005 para vigilar la Seguridad del Paciente. Estas soluciones se centran en los siguientes aspectos: 1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos 2. Identificación de pacientes 3. Comunicación durante el traspaso de pacientes 4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto 5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos 6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales 7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos 8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección 9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.<sup>31</sup>

En 2008 fue creada la Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente, uno de sus programas prioritarios es llamado Pacientes por su propia seguridad, que busca crear una red mundial de pacientes organizados, dirigidos por ellos mismos, con el objetivo de integrar a los pacientes y su familia a los programas institucionales para mejorar la seguridad del paciente.<sup>32</sup>

Por su parte en México de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 , uno de los objetivos centrales de la política pública en salud es brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente, por lo que se

implementa un Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) el cual a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, contribuye a elevar la calidad de los servicios y la Seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. <sup>13</sup>

De igual manera la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, creó el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) el cual es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud. Además de establecer las metas internacionales de seguridad del paciente: 1) identificar correctamente a los pacientes, 2) mejorar la comunicación efectiva, 3) mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, 4) garantizar cirugías seguras, 5) reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, 6) reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. <sup>12</sup>

### **3.2 Seguridad del paciente**

La seguridad es entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud” la seguridad es un principio fundamental del cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. <sup>33</sup>

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la

seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.<sup>34</sup>

Seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector salud que aplica métodos científicos de seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos.<sup>35</sup>

En el Foro Nacional de Calidad, se definió la práctica de seguridad del paciente como: “Un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención a la salud dentro de un rango de enfermedades y procedimientos.”<sup>36</sup>

La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. La seguridad surge de la interacción adecuada de los componentes del sistema de atención a la salud.”<sup>37</sup>

Es así como diversas organizaciones e instituciones definen de manera muy particular su propia percepción del significado; Seguridad del paciente, sin embargo son coherentes y muy similares, ya que el objetivo común es el bienestar del paciente.

El propósito de la seguridad del paciente debe aspirar primero a evitar errores, o reducir la cantidad de errores; pero, sobre todo, que cuando ocurran, se deberá contar con un proceso de retroalimentación para analizar las causas o factores y planear estrategias que eviten que estos errores se vuelvan a presentar. Con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; es muy

importante promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional, ya que es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención.<sup>38</sup>

Para construir una nueva cultura de seguridad, debemos considerar que cualquier acción a favor de la seguridad del paciente no cubre en su totalidad el objetivo mientras no exista la participación activa de los pacientes, por lo que es necesario proporcionarles información para fomentar una adecuada toma de decisiones con respecto a su propia salud. Así mismo se dará cumplimiento al derecho del paciente a ser informado.<sup>39</sup>

### *3.2.1 Calidad en la atención sanitaria.*

Una atención sanitaria en continuo crecimiento, que aunada a la gran exigencia de los usuarios posicionados como centro real del sistema sanitario, obligan a los profesionales y gestores del sistema a ofrecer una práctica clínica de calidad. Lo que obliga a las autoridades a desarrollar políticas, estrategias, sistemas de auditoría, estudios de investigación o planes de acción para mejorar la asistencia sanitaria.

Es por ello que la OMS establece que la orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible.<sup>40</sup>

Calidad de la atención médica: propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario. Desde el enfoque médico-administrativo; otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y

sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.<sup>41</sup>

Es así que la Estrategia para la Seguridad del Paciente, alude a la seguridad como el componente esencial del sistema que debe sustentar la mejora de la calidad, que compete a usuarios y profesionales en todos los niveles asistenciales. Diversos estudios de organizaciones como la OMS, American Public Health Association, o la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, identifican la seguridad como una de las dimensiones de la calidad, al igual que: efectividad, eficiencia, adecuación, competencia profesional, calidad científico-técnica, satisfacción y cooperación del paciente, satisfacción del profesional, disponibilidad, accesibilidad y continuidad.<sup>25</sup>

La inquietud por la calidad asistencial se centró, en la década de los años setenta, en mejorar aspectos científico-técnicos. Posteriormente, en la década de los ochenta y de los noventa comenzaron a plantearse actuaciones dirigidas a conseguir un uso adecuado de los recursos asistenciales y a mejorar la satisfacción de los pacientes. En el tercer milenio, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en esa dimensión primordial de la misma: la seguridad del paciente<sup>1</sup>. Una temática que tiene verdadero interés sanitario, y al que las principales organizaciones internacionales de salud le dedican su atención.<sup>42</sup>

Donabedian expone que el compromiso por elevar los niveles de salud de la población es un compromiso por asegurar la calidad de la atención. La calidad es una prioridad que la atención médica puede poseer en grados variables según los; beneficios, riesgos y costos. Además tiene dos dimensiones; técnica e interpersonal. La calidad está ligada a la utilidad, acceso y satisfacción. El interés

personal y la competencia son una pareja inseparable de atributos funcionalmente relacionados.<sup>43</sup>

El concepto calidad, es difícil de definir ya que tiene sus orígenes en la industria manufacturera, más difícil es definir la calidad de la atención médica, debido a la percepción que tienen de ésta; el paciente, los profesionales de la salud y la gerencia de una institución de salud.

Donabedian propuso modelos conceptuales para los programas de calidad basados en tres elementos, para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de calidad: la estructura, el proceso y los resultados. Este modelo emplea elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital. Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables; instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores de proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etcétera. Finalmente, se pueden definir los resultados; la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad.<sup>44</sup>

En el IMSS, en la Ciudad de México en el Hospital La Raza, en 1962 se llevo a cabo un estudio de revisión de expedientes clínicos y se documentó la Auditoría médica a la Subdirección General Médica; lo que sirvió de inspiración a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios instrumentos de autoevaluación. Además diversos estudios realizados en el IMSS en pro de la calidad, impactó como institución predecesora en los trabajos de calidad de atención médica en México.<sup>45</sup>

En México el programa SICALIDAD en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad. Tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud. Dentro de los indicadores



más importantes que califica este programa están la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avaes Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas, entre otros. <sup>13</sup>

### **3.3 Factores que influyen en la percepción de seguridad**

#### *3.3.1 Factores de Riesgo*

Es necesario definir seguridad clínica, ya que es una dimensión clave de la calidad asistencial, es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del sistema sanitario. La atención a la salud conlleva, inevitablemente riesgos. En este sentido debe destacarse que la máxima seguridad del paciente se consigue con un conocimiento adecuado de los riesgos asistenciales, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. <sup>46</sup>

El riesgo es la probabilidad de que se produzca un incidente. Los factores/peligros contribuyentes son las circunstancias, acciones o influencias que se cree que han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que elevan el riesgo de que se produzca. Son ejemplos de ello factores humanos tales como el comportamiento, el desempeño o la comunicación; factores del sistema como el entorno de trabajo, y factores externos que escapan al control de la organización, como el medio natural o las políticas legislativas. Es habitual que en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.<sup>9</sup>

### *3.3.2 Percepción*

El concepto de percepción; es el proceso psicológico mediante el cual las cosas que captamos a través del sentido de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto cobran sentido para nosotros. Las experiencias anteriores que han tenido el sujeto y su sistema de valores afectan a la percepción. Esto es lo que explica por qué en una misma institución, diferentes personas perciben cosas diferentes. Por otro lado, existen diferencias en la capacidad que tienen las personas para procesar la información, recordar los datos y analizar las alternativas existentes. La percepción consiste en recibir, organizar e interpretar los estímulos. La percepción que tenemos de las cosas influye, a su vez, en las actitudes y en la conducta. <sup>47</sup>

### *3.3.3 Cultura organizacional*

Elemento importante es la cultura organizacional ya que es el conjunto de hábitos, creencias, valores y tradiciones, interacciones y relaciones sociales típicos de cada organización. Representa las normas informales y no escritas que orientan la conducta de los miembros de la organización día con día y que le dan sentido a sus acciones para la realización de los objetivos organizacionales. Las organizaciones deben adoptar culturas adaptables y flexibles para obtener mayor eficiencia y eficacia de sus miembros. Ya que la única forma viable de cambiar una organización es cambiar su cultura. <sup>48</sup>

Es así que el clima organizacional constituye el medio interno o la atmósfera psicológica característica de cada organización. Este concepto involucra factores estructurales, como el tipo de organización, tecnología utilizada, políticas de la empresa, metas operacionales, reglamentos internos, además de actitudes de conducta social. <sup>48</sup>

### *3.3.4 Sobrecarga de trabajo*

La sobrecarga laboral incluye tanto las demandas cuantitativas como cualitativas relacionadas con el trabajo, tales como trabajar bajo la presión del tiempo, trabajar duro o en un trabajo estresante. La sobrecarga cuantitativa se refiere a tener demasiado trabajo que hacer en muy poco tiempo, mientras que la cualitativa tiene que ver con la dificultad de la tarea y el procesamiento de la información. <sup>49</sup>

Las enfermeras constituyen la principal fuente de la asistencia a los pacientes durante los momentos más vulnerables de sus vidas, de modo que la escasez del personal de enfermería constituye un problema importante. Algunos factores que contribuyen a la escasez de personal son la reestructuración de los centros por razones económicas, los recortes en presupuesto y personal, una importante carga de trabajo, la obligación de realizar horas extras, etc. La fuerza de trabajo de enfermería también está envejeciendo a un ritmo de superior al doble del de otras fuerzas de trabajo en EU. La escasez de personal de enfermería repercute sobre la seguridad del paciente. <sup>49</sup>

### *3.3.5 Incidentes*

Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución. <sup>9</sup>

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuasifalla: no alcanza al paciente. Evento adverso: incidente que produce daño a un paciente temporal o permanente. Evento centinela; incidente que causa muerte a un paciente <sup>9</sup>

En la práctica médica el error puede ocurrir por tres condiciones: por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, o por la omisión de intervenciones benéficas, lo que se denomina sobreutilización, mala utilización y subutilización, respectivamente.<sup>50</sup>

Los errores pueden clasificarse de comisión y omisión. Los errores activos; son acciones inseguras (olvidos, distracción, deficiente motivación, falta de cuidado, cansancio, sobrecarga de trabajo, estrés, negligencia, o imprudencia, lapsus, fallos o transgresiones de protocolos), dependen directamente del factor humano; y sus efectos se observan de inmediato. Los errores latentes, incluyen defectos de diseño, instalación, mantenimiento y otros. Se puede considerar latente, por que aun no ha ocurrido, pero es cuestión de tiempo para que aparezca.<sup>51</sup>

### *3.3.6 Factor contribuyente*

Un factor contribuyente se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Los factores contribuyentes pueden ser externos (fuera del control de un servicio u organización), de la organización (la inexistencia de protocolos aceptados), relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente) o relacionados con un factor del paciente (el incumplimiento). Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente.<sup>9</sup>

El error humano puede ser enfocado de dos maneras; como un problema de las personas o de los sistemas. El enfoque personal atribuye los errores a los

procesos individuales y personales. El enfoque personal ha prevalecido en muchas organizaciones, hasta hace poco tiempo.

La visión moderna de la causa del error considera a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores y donde la responsabilidad no depende solo de uno de ellos, es decir su origen puede ser multifactorial; recursos, procesos, pacientes y personal.<sup>51</sup>

Entender los factores que ponen en riesgo la seguridad del paciente y que favorecen la presencia de eventos adversos evitables llevará a las estrategias para reducir su incidencia. Cuatro factores en la atención de la salud contribuyen a que sucedan eventos adversos evitables: 1) la falibilidad humana; 2) complejidad; 3) deficiencias en los sistemas; la falta de personal de enfermería y la fatiga por laborar largos turnos de trabajo y 4) vulnerabilidad de las barreras defensivas; son medidas preventivas.<sup>52</sup>

La seguridad del paciente mejorará solamente al reducir primero la cantidad de errores que ocurren y, en segundo lugar, evitando que aquellos errores que ocurren lesionen a los pacientes.<sup>52</sup>

### *3.3.7 Clima laboral*

Así es que para beneficiar la seguridad del paciente es necesario fomentar un buen ambiente laboral en enfermería, este comportamiento colectivo se puede incrementar con diferentes métodos de simulación y mejoras en las tecnologías de la información y la comunicación. La falta de recursos, de apoyo de los niveles de dirección superior, la falta de incentivos, de conocimientos y los protocolos de trabajos demasiado estandarizados propician fallas en la seguridad del paciente y la elevación los costos.<sup>53</sup>

En este sentido el punto débil de los servicios médicos es la fatiga por extensas horas de trabajo, la privación de horas de sueño, el alargamiento de las jornadas es mayor que las permitidas en la transportación y las industrias nucleares. Al modificar estos factores, se reducen las posibles afectaciones a la seguridad del paciente.<sup>53</sup>

### *3.3.8 Apoyo de la gerencia*

Es necesario determinar el significado de gerencia en enfermería; por ello las teorías administrativas, gerenciales y los componentes del proceso de dirección orientan, guían y enmarcan el papel de la enfermera en su ejercicio como directiva de una organización de enfermería en un hospital. Llevando los procesos de planificación, la organización, el talento humano, la dirección y el control.<sup>54</sup>

En un sistema de salud con calidad, la atención médica se fundamenta en los procesos, los cuales deben agregar valor al transformar los insumos, en este contexto proporcionar un servicio libre de riesgos. La principal función de la gerencia es motivar a los empleados, guiarlos y establecer canales de comunicación efectiva que resuelvan los conflictos.<sup>54</sup>

Es necesario conocer que en el proceso de la atención médica influyen diversos factores tales como; tipo de gerencia, métodos de trabajo, los recursos humanos, el medio ambiente, el material, equipo e instrumental, el presupuesto y la medición de resultados. La gerencia de los procesos de enfermería se define como; gestionar, identificar y mejorar el conjunto de procesos interrelacionados e interdependientes, que generan una atención de enfermería que es de valor para los clientes.<sup>55</sup>

Los principios de la gerencia de los procesos son: responsabilidad, descripción, límites, trabajo en equipo, documentar el proceso, control del proceso, mejora

continua, el consejo de calidad, coordinación de la calidad, el comité de calidad y transformación de la cultura organizacional.<sup>55</sup>

### *3.3.9 Cultura de seguridad*

Cultura de seguridad: Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.<sup>9</sup>

El liderazgo de enfermería juega un papel esencial en el desarrollo de una cultura de seguridad y en el mejoramiento del cuidado ya que estos líderes mejoran la seguridad al afectar directamente los flujos de trabajo y los procesos de atención al paciente hospitalizado. Rediseñar los procesos para reducir los errores y establecer redes de seguridad para que cuando se produzcan errores, los pacientes no sufrirán daño.<sup>52</sup>

Es necesario para sustentar una cultura de seguridad contar con las siguientes siete características; 1) compromiso con la seguridad al más alto nivel; 2) proporcionar los recursos necesarios para la seguridad; 3) la seguridad es la máxima prioridad; 4) todos los trabajadores se comunican de manera efectiva acerca de los problemas de seguridad; 5) los actos peligrosos son poco comunes; 6) hay transparencia al informar y discutir los errores; y 7) las soluciones de seguridad se centran en la mejora del sistema y no en la culpa individual.<sup>52</sup>

### *3.3.10 Feedback y comunicación*

La retroalimentación es otro atributo importante en las organizaciones con una cultura de seguridad, tener la capacidad de aprender continuamente de los errores, cuando el paciente resulta dañado. Los líderes deben ser transparentes y

fomentar la divulgación de los eventos adversos. Analizarlos y aprender de las fallas, para proponer cambios en el sistema para evitar que vuelvan a ocurrir errores similares. Es importante señalar las implicaciones legales a que conllevan los EA. Las violaciones intencionales y conductas negativas no pueden ser toleradas por los líderes, quienes deben responder con niveles crecientes de disciplina.<sup>52</sup>

Para los directivos de enfermería la toma de decisiones es parte de su cotidianidad y de las responsabilidades de su ejercicio; lo más difícil es cuando tiene que tomar decisiones complejas, de trascendencia por sus implicaciones éticas, legales, personales, etc., y por ende, ameritan una mayor reflexión.<sup>47</sup>

La toma de decisiones en la gestión del cuidado de los pacientes, es un proceso de elección entre diferentes alternativas de solución, grados de complejidad y posibles resultados y consecuencias, por lo que la elección debe ser muy medida cuando implica valorar entre riesgos y beneficios. Además de tomar en cuenta otros factores como son: las particularidades del paciente; su estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo etc. y por las del contexto; urgencia, tiempo, información existente etc.

La comunicación es un proceso de suministrar y recibir información a través del habla, los gestos, la escritura, etc. Todas las funciones del profesional de enfermería conllevan comunicación como emisores y receptores.<sup>48</sup>

### *3.3.11 Respuesta no punitiva a los errores*

Dos mitos a erradicar: los errores de los profesionales son la causa de los eventos adversos. El castigo y el reproche son efectivos para reducir los incidentes y los eventos adversos. Dos objetivos a conseguir: aprender de los errores. Mejorar el sistema para disminuir los errores y sus consecuencias.<sup>9</sup>



En este estudio el enfoque específico que se le da a la comunicación es en cuanto a la notificación de incidentes o eventos adversos que se da entre el personal operativo y el personal de medios mandos y viceversa. Y a la información referente a la evolución, procedimientos realizados, tratamiento, etc., del paciente en la entrega de turno y/o servicio.

Atendiendo al compromiso de México con el Programa Internacional de Seguridad del Paciente impulsado por la OMS-OPS para dar continuidad a las estrategias en materia de seguridad del paciente del Programa de Calidad Efectiva en Servicios de Salud (PROCESS) y con base en las recomendaciones de la UNICEF para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) recomienda utilizar un modelo de análisis causa-raíz para estudiar los incidentes con daño a los pacientes, ocurridos en los hospitales públicos del sector salud, para identificar, registrar, evaluar, disminuir y evitar su ocurrencia.<sup>56</sup>

Para avanzar en la Seguridad del Paciente es necesario poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallos del sistema desde dos aspectos distintos; en primer lugar a través del desarrollo de políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de eventos adversos; y en segundo lugar, desde un nivel local, es decir hospitalario, mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos y la inclusión de tecnología que permita detectar los problemas e implementar las soluciones.<sup>56</sup>

Por ello se ha decidido diseñar una Guía de Gestión de Riesgos que permita a los gestores de calidad y personal de salud en general, aprender de los errores a través del aprendizaje continuo de los incidentes que han generado daños a los pacientes.<sup>56</sup>

La seguridad en la atención es un componente de las dimensiones de la calidad técnica en la que se identifican, previenen, mitigan y corrigen consecuencias de los errores que ocurren y se originan en el propio proceso de atención. Mejorar la seguridad implica que los mismos integrantes del equipo de salud reflexionen, reconozcan, aprendan y actúen sobre sus errores y sobre las fallas del sistema del entorno en el que trabajan. <sup>56</sup>

El Análisis Causa Raíz es una metodología útil que desde una perspectiva reactiva que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo a la etapa de análisis y evaluación de riesgos del Proceso de Gestión de Riesgos. <sup>56</sup>

Se trata de cambiar la cultura punitiva al error, para dar confianza al personal operativo para que notifique cualquier tipo de incidente y en equipo realizar una retroalimentación positiva.

### **3.4 El personal de enfermería y la seguridad del paciente**

Es importante mencionar el concepto de enfermería; la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. <sup>57</sup>

El personal de enfermería está directamente implicado en la provisión de un ambiente seguro, en el que las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. Las enfermeras a nivel internacional trabajan para mejorar la calidad en: la formación, la asistencia, la investigación y la gestión, para lograr mayor seguridad en el paciente. <sup>58</sup>

La incorrecta actuación del personal, puede ser por falta de motivación, conocimientos insuficientes, falta de recursos económicos, falta de documentación de evidencia de eventos debida a la resistencia del personal sanitario para notificar dichos errores. Es por ello que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha presupuesto la identificación de errores con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda.<sup>59</sup>

El personal de enfermería está directamente ligado a la provisión de un ambiente seguro para el paciente, como cuidadores estamos llamados a velar por la calidad del servicio que se presta. Villarreal menciona que la cultura y el clima organizacional inciden significativamente en la prevención y abordaje de los errores, que es mejor manejarlos como un sistema abierto en donde no es el culpable el que interesa sino el origen del hecho, el cual se convierte en aprendizaje institucional para evitar su ocurrencia.<sup>59</sup>

#### *3.4.1 La percepción sobre la seguridad del paciente*

La percepción que tiene una enfermera es única y es determinante en la forma en que se desenvuelve y se relaciona con otras personas, recibe influencia de factores: personales, sociales, laborales y culturales. La percepción sobre la seguridad del paciente permitirá identificar la importancia de la comunicación, las relaciones interpersonales con la gerencia y en la unidad de trabajo, que se ven reflejados en el apego a las normas institucionales para lograr un grado de excelencia proporcionado en el cuidado del paciente, e implica el conocimiento tanto de las necesidades del paciente y la planeación del cuidado, brindando una atención eficiente y con calidad.<sup>59</sup>

#### *3.4.2 Competencias profesionales*

La formación para el trabajo es una mezcla entre educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo de la vida, de ahí que las competencias

se definen y se construyen en la práctica social y son una tarea conjunta entre empresas, trabajadores y educadores.<sup>9</sup> Se entiende por competencia a los conocimientos, capacidades y valores asociados con un determinado ámbito del quehacer humano.<sup>60</sup>

De manera general las competencias surgen a partir de las exigencias de las instituciones formadoras, los servicios y la sociedad y a la necesidad de poseer una fuerza laboral calificada; se desarrollan por tanto desde el mundo del trabajo, a partir de diferentes opciones relacionadas con la calificación, las que suprimen o paliar los déficit de los sistemas formadores y adecuan la fuerza de trabajo a las necesidades y condiciones laborales reales.<sup>60</sup>

#### Competencias genéricas

1. Habilidades personales e interpersonales con sensibilidad y pericia profesional, expresada en el humanismo y la solidaridad.
2. Dominio de las bases científicas de la profesión para realizar atención de enfermería en la solución de problemas y toma de decisiones, con flexibilidad y creatividad mental.
3. Habilidades en la comunicación efectiva con pacientes, familiares y demás miembros del equipo de salud.
4. Atención integral al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería como método científico de la profesión.
5. Aplica los principios de asepsia y antisepsia en la ejecución de acciones y procedimientos que le permitan cumplir las Normas Higiénico-Epidemiológica en el servicio prestado al individuo, familia y comunidad.<sup>59</sup>

Está íntimamente relacionadas las competencias genéricas con las acciones de enfermería para el mantenimiento de la seguridad del paciente, la responsabilidad profesional está implícita en el acto del cuidado, lo que demanda enfermeros altamente competentes.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio**

Este estudio se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo <sup>61</sup>

### **4.2 Diseño metodológico**

Descriptivo, exploratorio y transversal <sup>61</sup>

### **4.3 Limites de espacio y tiempo**

El estudio se realizó en el Hospital General de Zona No. 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el estado de San Luis Potosí, SLP, México durante enero del 2017.

### **4.4 Universo o población**

La población fue de 406 enfermeras(os) que laboraban en el Hospital General de Zona No. 50, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el estado de San Luis Potosí, SLP

### **4.5 Muestra**

La muestra fue calculada con un nivel de confianza de 98%, y un 2% de estimación de error, de tipo probabilístico aleatorio simple para un tamaño de 196 elementos del personal de enfermería más un 10% para un total de 219 integrantes del personal de Enfermería, incluidos el personal operativo, jefes de piso y subjefes de Enfermería.

## **4.6 Criterios de estudio**

### *4.6.1 Inclusión*

- Personal de Enfermería según su contratación: Auxiliar de Enfermería, Enfermera General, Enfermera Especialista, Enfermera Jefe de Piso y Subjefes de enfermería.
- Antigüedad efectiva (días laborados) mínima de 3 meses en la institución.
- Que firmen consentimiento informado.

### *4.6.2 .Exclusión*

- Personal en formación
- Directivos de enfermería de alto mando
- Personal ausente en el momento de la recolección (vacaciones, incapacidad, licencia, el que este cubriendo trabajador por trabajador que ya había participado).

### *4.6.3 Eliminación*

- No se eliminaron encuestas.

## **4.7 Variables**

Seguridad del paciente. Para fines de este estudio definida como seguridad clínica del paciente que se refiere a: practicar una atención a la salud libre de daños evitables. <sup>11</sup> (ver apéndice 1).

Esta variable se mide en cuatro dimensiones:

- Percepción sobre su servicio
- Percepción del apoyo de la gerencia
- Percepción de la comunicación
- Percepción global sobre seguridad del paciente

Características del Personal de enfermería: son los atributos que presenta enfermeras y enfermeros referidos por su condición socio demográfico y laboral

Esta variable se mide en las siguientes dimensiones:

- Socio demográficos; sexo, edad, nivel de escolaridad
- Datos laborales; antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio, turno en el que labora, horas laboradas por semana, categoría

#### **4.8 Instrumento**

El instrumento que se utilizó en este estudio fue el Cuestionario sobre Seguridad de los pacientes, creado por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), <sup>62</sup> en el año 2004 y utilizado en diversos hospitales de Estados Unidos, también se ha implementado en España, donde se le hicieron algunas adaptaciones por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad a partir del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Denominado Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. <sup>63</sup>

Este Cuestionario sobre Seguridad de los pacientes fue estandarizado en el año 2009 en el estudio sobre el Análisis de la Cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema Nacional de Salud Español y utilizado en México por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el 2008.

El instrumento proporciona información sobre la percepción de la seguridad en las siguientes dimensiones:

1. Sección A. Su servicio (pregunta 1-22).

En esta dimensión se incluyen aspectos como el apoyo entre compañeros o colegas, la carga de trabajo, si se identifican procedimientos y ritmos de trabajo que puedan afectar la seguridad del paciente, como se manejan de primera

instancia los fallos o errores, si se realizan medidas correctivas y preventivas, así como las decisiones que se tomen en la mejora de la seguridad.

2. Sección B. Su hospital (pregunta 23-33).

Esta dimensión evalúa el apoyo que se recibe de la gerencia o dirección en relación al clima laboral y la seguridad del paciente.

3. Sección C. Comunicación en su servicio (pregunta 34-42).

En esta dimensión se incluyen aspectos relacionados con la notificación de eventos adversos, las decisiones que se toman en relación al hecho, las consecuencias y la retroalimentación.

4. Sección D. Percepción global sobre seguridad del paciente (pregunta 43).

Se incluye en el ítem 43, una escala numérica que va del 0 al 10, donde la enfermera evalúa en forma numérica el grado de seguridad del paciente que percibe en su servicio, donde 10 es la máxima seguridad.

5. Sección E. Información complementaria. (pregunta 44-46)

Incluye incidentes notificados, contacto directo con pacientes y comentarios.

En el rubro datos socio demográficos se incluye; sexo, edad, nivel académico, en los datos laborales; antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio, turno en el que labora, horas laboradas por semana, categoría

El cuestionario (ver anexo 1) consta de 42 preguntas, 24 formuladas en sentido positivo y 18 en sentido negativo. La respuesta se maneja con escala nominal tipo Likert con estas opciones: Muy en desacuerdo /En desacuerdo / Indiferente / De acuerdo /Muy de acuerdo. Nunca/ Casi nunca/ A veces/ Casi siempre/ Siempre.



Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para el análisis de las dimensiones, se tomó en cuenta las recomendaciones de la Agencia para la investigación y calidad de la salud (AHRQ).

Para clasificar una dimensión como **fortaleza** se emplearon los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

#### **4.9 Procedimientos**

Se autorizó el proyecto por el Comité Académico de la Maestría en Administración en Enfermería, (ver apéndice 2) y por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, (ver apéndice 3) también se obtuvo autorización por el Comité Local de Investigación en Salud del IMSS (ver apéndice 4).

La técnica que se utilizó a través de la encuesta autoaplicada por el personal de enfermería del Hospital General de Zona No. 50, IMSS San Luis Potosí, posterior a la aprobación y el registro del protocolo por las instancias antes mencionadas, se estableció coordinación con el Departamento de Jefatura de Enfermería y el de Enseñanza, para coordinarse para la aplicación de la encuesta al personal de enfermería, se solicitaron las listas de roles por turno y servicio, se presentó y se coordinó con los subjefes de los diferentes turnos y con los jefes de piso, para explicar el motivo de la investigación y poder aplicar las encuestas.

Se identificaron a los posibles participantes de acuerdo a los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio proporcionando la suficiente y necesaria información acerca del proyecto que se estableció en el consentimiento informado, si aceptaban participar se les pidió que firmaran el consentimiento informado y se procedió a entregarles el instrumento de manera individual para ser llenado personalmente, se les clarificó que no debían de consensar las respuestas, que no era un examen, que respondieran según su percepción, el investigador permaneció todo el tiempo mientras se realiza el llenado para aclarar duda del participante, al ser entregado el instrumento al investigador, éste le pidió que le permitieran un momento en lo que verificaba que estuviera completo y correcto el llenado del mismo, en algunos casos se les pidió que completaran algún rubro. Solo hubo una persona que no quiso participar.

Se abordó al personal durante su jornada laboral en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, de tal manera que no se vieran afectadas sus actividades. Al concluir la recolecta de la información se realizó el vaciado de los cuestionarios a la base de datos. Se verificó la calidad de la captura revisando algunos de los instrumentos al azar comparándolos en la base de datos. Posteriormente se realizó el análisis de resultados y se presentaron en tablas y gráficas.

#### **4.10 Análisis estadístico**

El procesamiento de datos se realizó utilizando la base de datos del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Posteriormente se codificaron las respuestas para procesarlas y analizar los resultados.

Para variables cuantitativas se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar y límites). Para las variables cualitativas; seguridad del paciente según el personal de enfermería en sus dimensiones, se utilizaron frecuencias absolutas (números) y relativas (proporciones).

Además se mostraron las dimensiones clasificadas como oportunidad de mejora y los ítems como percibidos como fortalezas, obtenidas al aplicar la fórmula especificada en el instrumento.

## V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Para dar cumplimiento a lo que marca la Organización Mundial de la Salud en las Guías Operacionales para los Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica<sup>64</sup> y al Artículo 100 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, vigente al año 2016 en los Estados Unidos Mexicanos,<sup>65</sup> se conto con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y del Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este estudio se apego a los principios éticos; prevaleciendo en la investigación el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia, dignidad, respeto y protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Aclarando según lo que marca el Artículo 17 en la fracción I sobre el Nivel de riesgo de la investigación; la realización de este estudio implicó cero riesgo para los sujetos participantes, puesto que no se realizo ninguna intervención que pudiera dañar la integridad de los participantes ya que su colaboración consistió únicamente en contestar un instrumento de 42 preguntas relacionadas a la Seguridad del paciente.

Con apegado a lo que marca el Artículo 20 se solicito al personal de Enfermería su participación a la investigación de manera verbal y escrita (ver apéndice 5) con capacidad de libre elección y sin coacción alguna, de igual manera en una ocasión se respetó el derecho de no desear participar, como lo indica el Artículo 18.

Con base en las Normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas,<sup>66</sup> se estableció que antes de solicitar el consentimiento del participante, el investigador debía proporcionarle verbalmente; una explicación

clara y completa de los objetivos de la investigación, los procedimientos para la aplicación de la encuesta, la garantía de recibir respuesta a cada pregunta, explicándoles el tipo de estudio y sus finalidades.

Con base en la Declaración de Helsinki,<sup>67</sup> se protegió la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Se prestó especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante. Después de asegurarse de que el participante hubiera comprendido la información, se le pidió por escrito, el consentimiento informado. Las encuestas no incluyeron el nombre del encuestado, ya que estuvieron foliadas, el consentimiento informado se maneja de manera independiente a la encuesta, para la divulgación de resultados se omitirán en todo momento nombre del encuestado para proteger su privacidad.

En la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí,<sup>68</sup> Título quinto; Investigación para la Salud Artículo 82 se establece que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los vínculos entre la práctica médica y la estructura social. Este estudio se realizó en el Hospital General de zona No. 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social, es un hospital de segundo nivel, con una plantilla de 406 enfermeras, donde los resultados del estudio permitieron identificar dimensiones como áreas de oportunidad de mejora e ítems como fortalezas en la percepción de la seguridad del paciente, para que la institución pueda desarrollar e implementar estrategias que favorezcan la seguridad del paciente.

La Normativa Institucional del IMSS Clave: 2810-018-005 establece criterios específicos para la elaboración del Protocolo de Investigación,<sup>69</sup> es requisito indispensable que toda investigación científica que se realice en el Instituto Mexicano del Seguro Social, esté sustentada en un protocolo autorizado por un Comité Local de Investigación en Salud o por la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS. De igual manera se aclaró a los participantes

que esta investigación no tendría repercusiones laborales y que los resultados se darán a conocer a la institución.

Los investigadores tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación, tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados, y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados positivos e inconclusos los negativos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. Este estudio fue autofinanciado por el investigador principal, en las publicaciones posteriores se deberá citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses

En este estudio no existió ningún conflicto de intereses por parte de todos los miembros del equipo; autor principal y coautores para elaborar la investigación, desde la generación proyecto, hasta la publicación de resultados (ver apéndice 6).

Serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos al responsable de la investigación; como primer autor. Para la publicación del primer artículo y carteles se presenta como primer autor; el autor principal, compartiendo autoría como segundo autor, los co-autores y en las publicaciones subsecuentes se podrá utilizar la información generada en dicha investigación y la autoría será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor con previa autorización del autor principal.

## VI. RESULTADOS

Referente a las características socio demográficas y académicas del personal de enfermería se encontró que predominó el sexo femenino y el grupo de edad entre 34 a 43 años, la edad mínima fue de 24 y la máxima de 57 años, con un media de 37.5 años y una desviación estándar (DE) de 7.4 años. Según el nivel académico el 79% es personal profesional. (Tabla 1)

**Tabla 1. Características socio demográficas del personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017.**

Característica	n=219	
	fr	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	179	82
Masculino	40	18
<b>Edad</b>		
24 a 33	73	33
34 a 43	102	47
44 a 53	39	18
54 a 58	5	2
<b>Estado civil</b>		
Soltero	80	36
Casado	135	62
Viudo	4	2
<b>Nivel académico</b>		
Técnico	46	21
Licenciatura	128	59
Pos técnico	14	6
Especialidad	25	11
Maestría	6	3

Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

En lo que se refiere al ámbito laboral se observó que por turno y forma de contratación, tanto el personal Auxiliar de Enfermería y Enfermera General se encuentran distribuidos de manera equitativa en los tres turnos; el personal especializado se encontró con menor frecuencia en el turno nocturno, en tanto que el personal directivo de enfermería predominó en el turno matutino. En cuanto a los años de experiencia laboral se obtuvo una media de 13.6 años, DE= 7.2, con un mínimo de experiencia de un año hasta 35 años. La antigüedad laboral en la institución se señaló en promedio de 11 años con una mínima de uno, máxima de 27 años y DE=6.18. La antigüedad del personal en el servicio fue en promedio de 2.7 años, DE=3.5 con una mínima de 3 meses y máxima de 17 años. (Tabla 2)

**Tabla 2. Características laborales del personal de enfermería del Hospital General Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017.**

	n=219	
<b>Categoría</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>Categoría de contratación</b>		
Auxiliar de enfermera General	38	17
Enfermera General	135	62
Enfermera Especialista	28	13
Enfermera Jefe de Piso	12	5
Subjefe de enfermería	6	3
<b>Años de experiencia laboral</b>		
1 a 10 años	81	37
11 a 20 años	107	49
21 a más años	31	14
<b>Antigüedad laboral en la institución</b>		
1 a 10 años	109	50
11 a 20 años	89	40
21 a más años	21	10
<b>Antigüedad laboral en el servicio</b>		
Menos de 1 año	82	37
De 1 a 10 años	126	58
Más de 10 años	11	5

**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.**



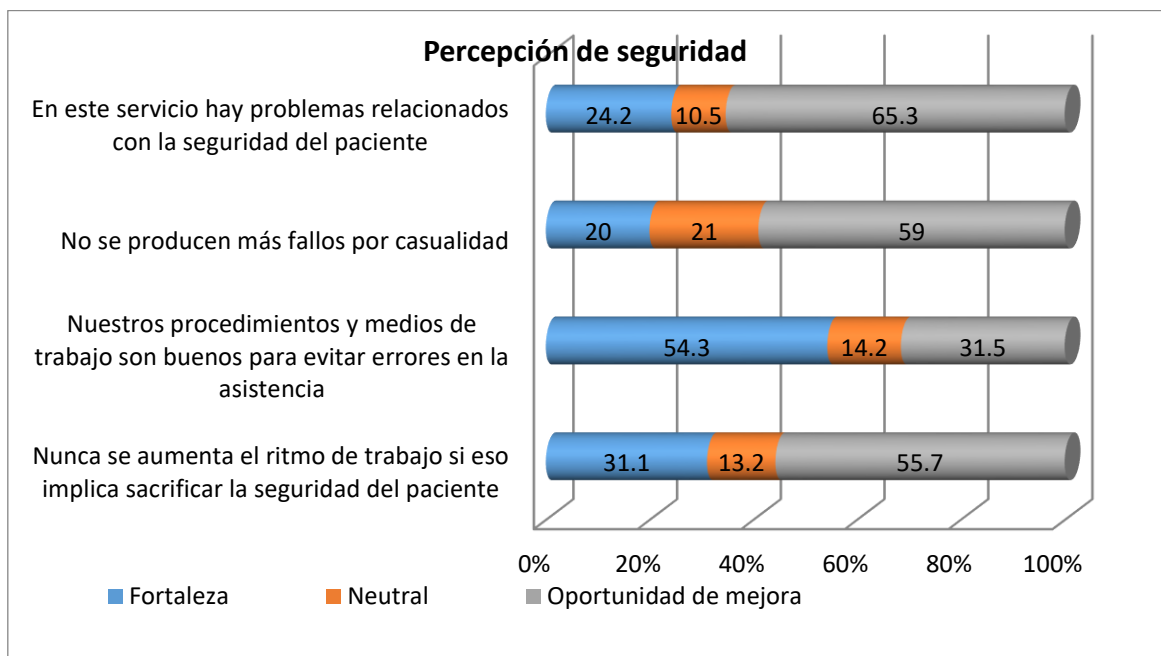
Las 12 dimensiones se agruparon en cuatro grandes dimensiones; percepción en su servicio, en el apoyo de la gerencia, en la comunicación y sobre la percepción global de la seguridad. Los resultados se presentarán en ese orden.

### 6.1 Dimensión percepción en su servicio.

En cuanto a la percepción de la seguridad el personal de enfermería señaló que aspectos como el ritmo de trabajo, así como la previsión de fallos y problemas con la seguridad del paciente se identificaron como oportunidades de mejora, aunque los procedimientos y medios de trabajo son percibidos como buenos por el personal, no alcanza a considerarse como una fortaleza según el instrumento utilizado. (Gráfico 1)

**Grafica 1. Percepción de seguridad del personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

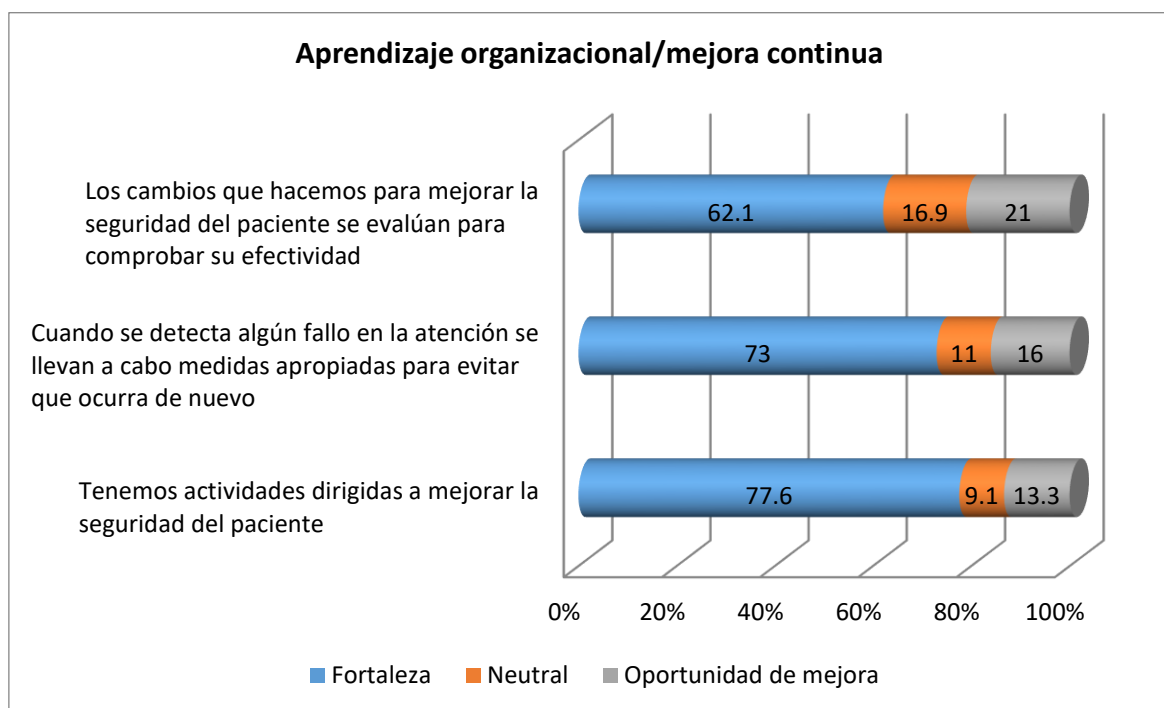


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

En cuanto al aprendizaje organizacional/mejora continua el personal percibe que tienen actividades dirigidas a la seguridad del paciente y si se detecta un fallo se llevan actividades correctivas y cambios correspondientes para mejorar la seguridad del paciente. (Gráfico 2)

**Grafica 2. Aprendizaje organizacional/mejora continua percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

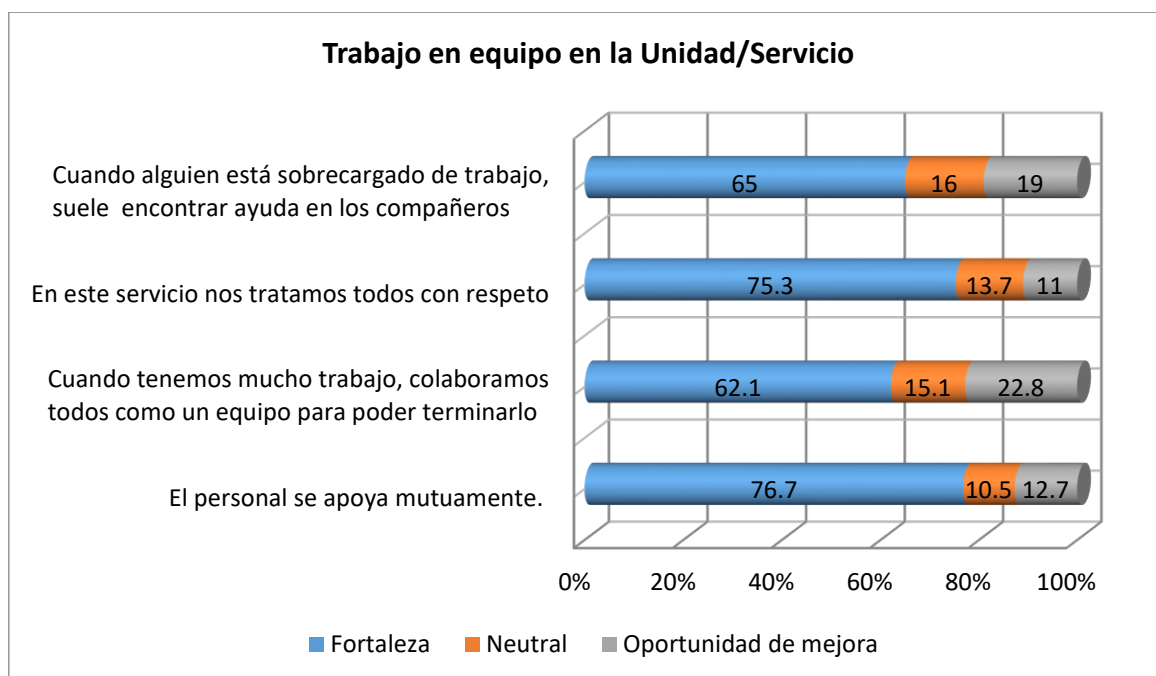


**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes**

Respecto al trabajo en equipo el personal de enfermería percibió como fortaleza que hay apoyo y se tratan con respeto entre compañeros, sin embargo esta dimensión no alcanza a considerarse como una fortaleza según el instrumento utilizado. (Gráfico 3)

**Gráfica 3. Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

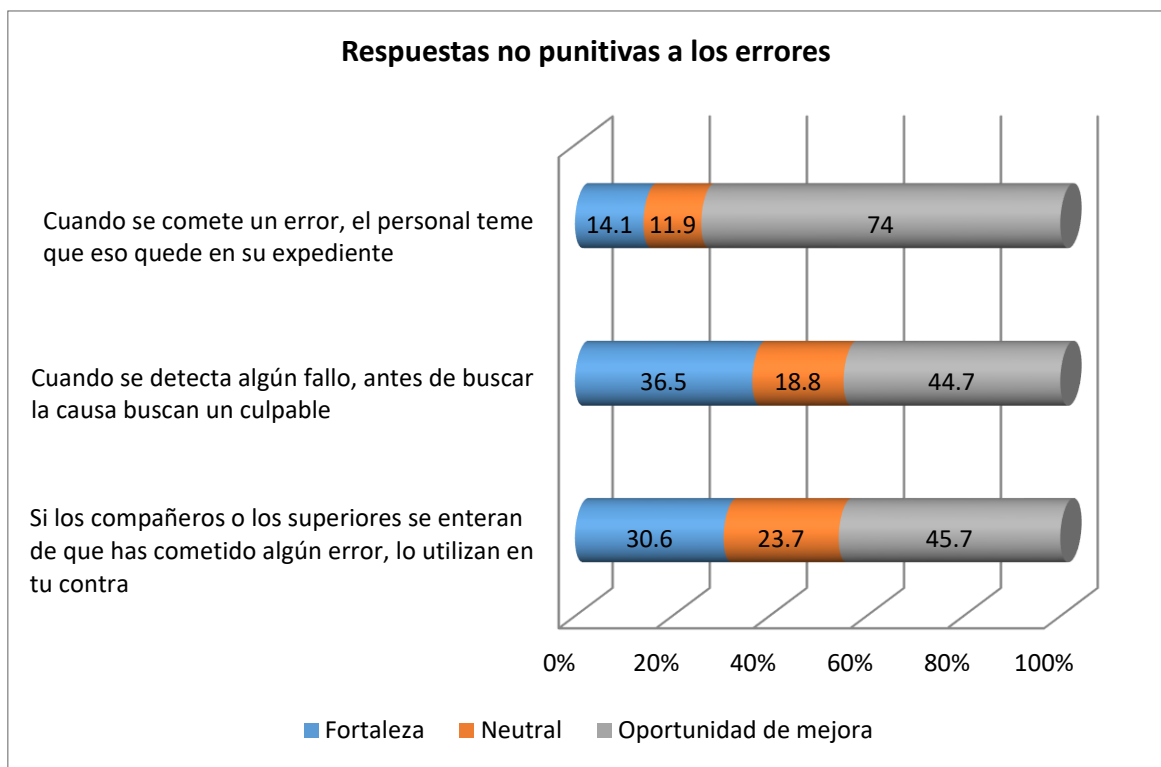


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

En cuanto a las respuestas no punitivas a los errores aunque no alcanzaron la categoría de oportunidad de mejora, sin embargo cuando se comete un error el personal percibe temor de que eso quede en su expediente y si se enteran de que cometieron un error lo utilicen en su contra. (Gráfico 4)

**Grafica 4. Respuesta no punitiva a los errores percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

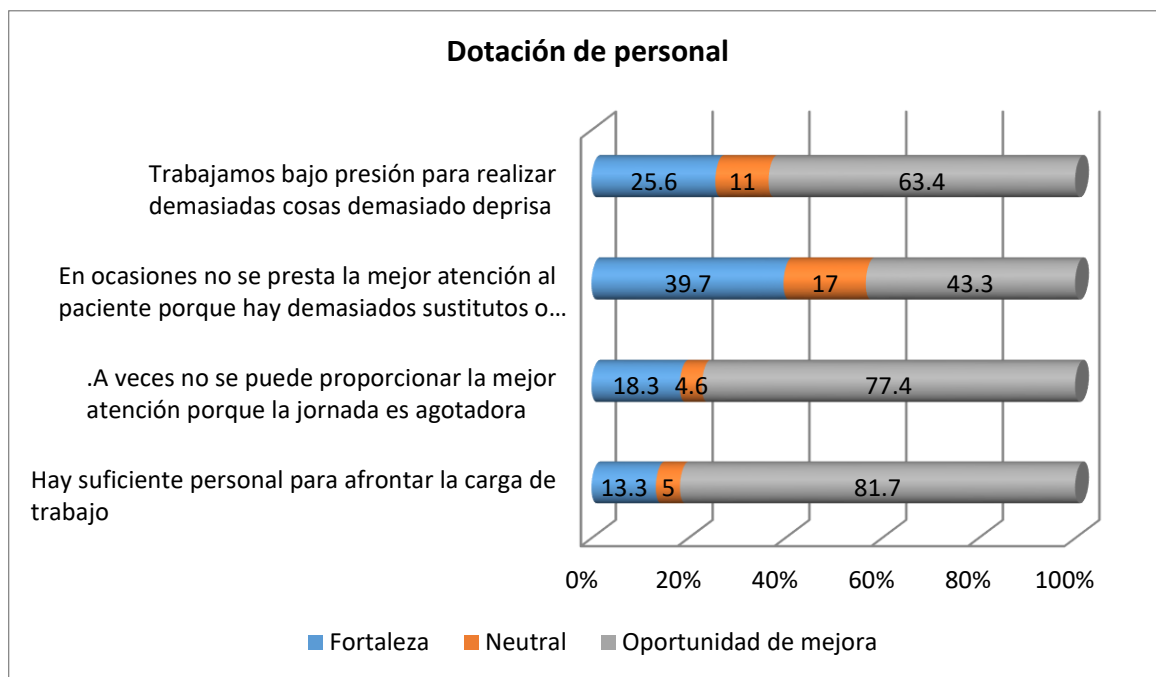


**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes**

Respecto a la dotación de personal en lo general el personal lo percibe como una oportunidad de mejora, sobre todo en cuanto a la falta de personal, jornada agotadora y actuar bajo presión. (Gráfico 5)

**Gráfica 5. Dotación de personal percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219



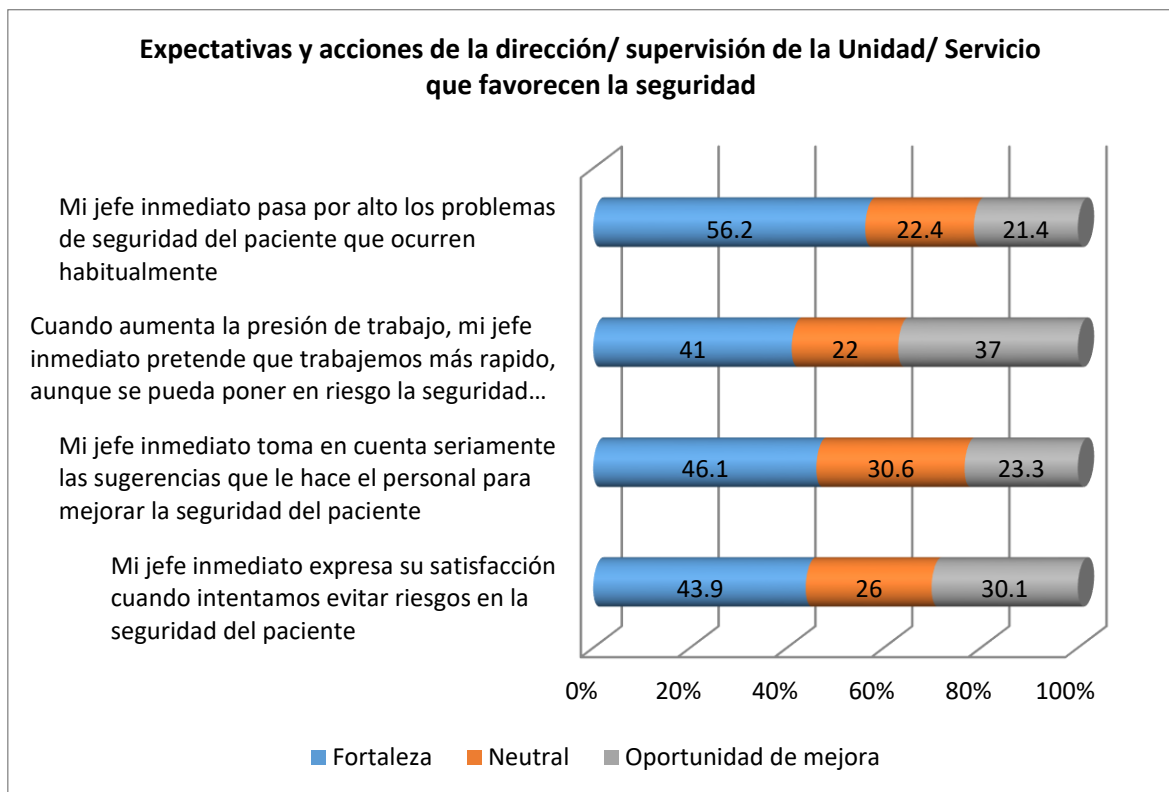
Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión Española 2005.

## 6.2 Dimensión apoyo de la gerencia

En la dimensión de expectativas y acciones de la dirección según la metodología de clasificación del instrumento, no se identificó como fortalezas ni oportunidad de mejora, sin embargo la mayor parte del personal de enfermería percibió apoyo por parte de su jefe inmediato. (Gráfico 6)

**Gráfica 6. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219

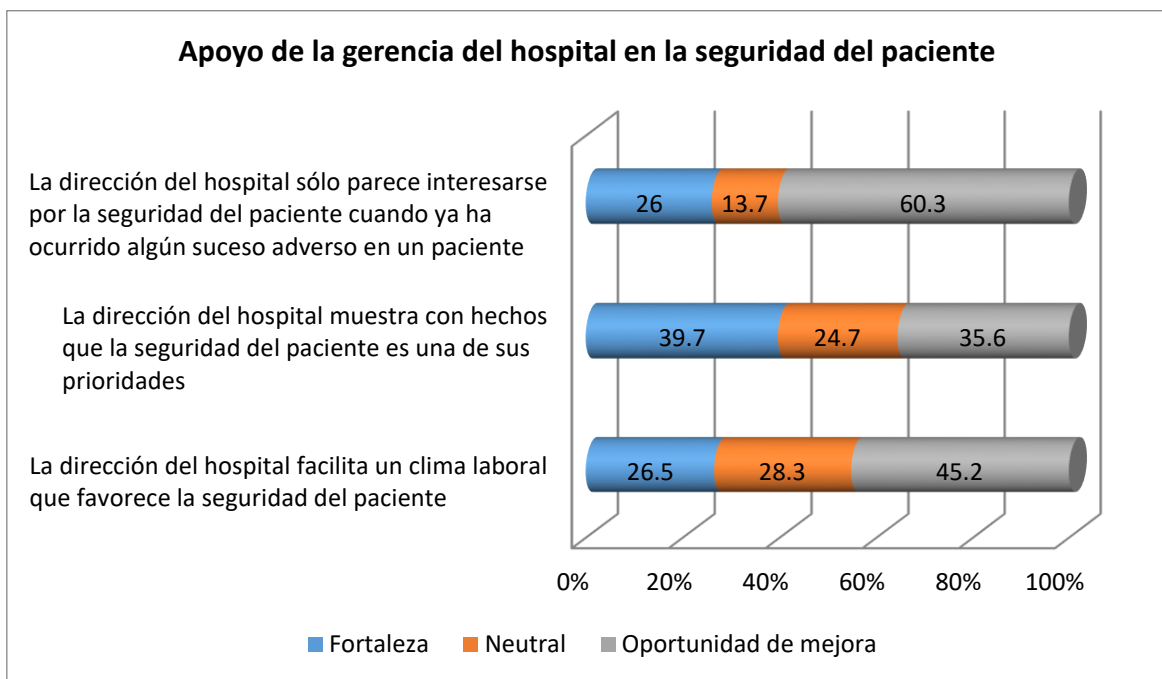


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

En cuanto al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente no se identifico como fortalezas ni oportunidad de mejora, sin embargo el personal de enfermería percibió como oportunidad de mejora el hecho de que la dirección muestra interés solo cuando ya han ocurrido eventos adversos. (Gráfica 7)

**Gráfica 7. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219



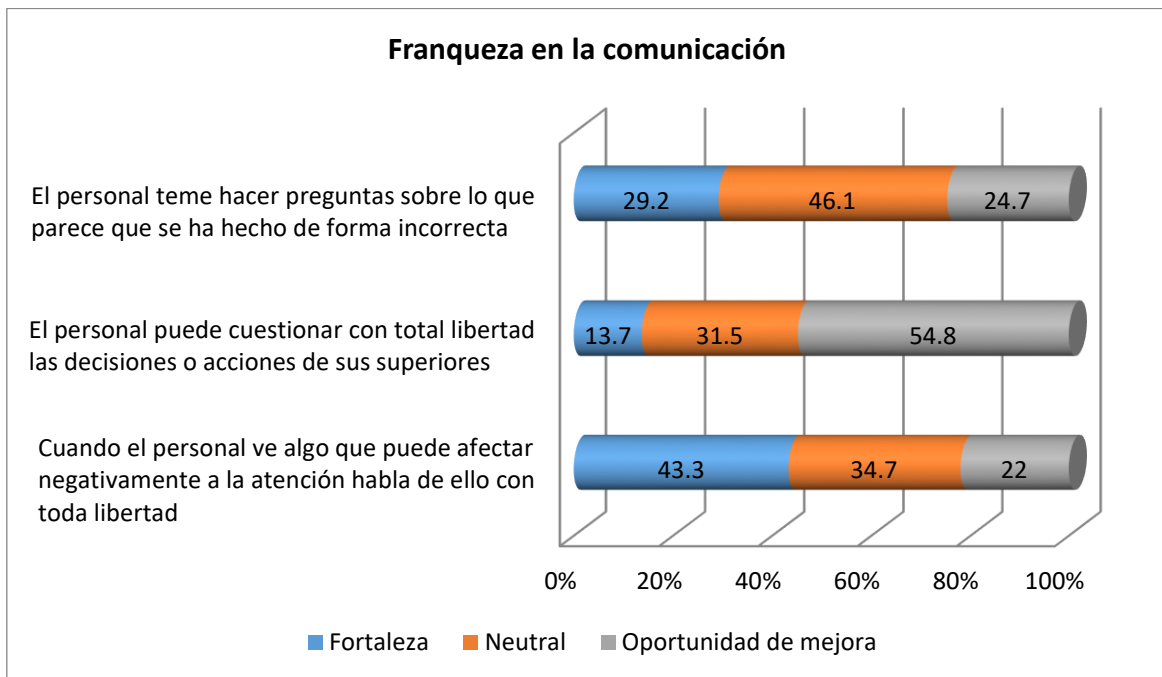
**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes**

### 6.3 Dimensión de comunicación

Respecto a la franqueza en la comunicación, no se identifico como fortalezas ni oportunidad de mejora, sin embargo el personal de enfermería percibió como oportunidad de mejora el poder cuestionar las decisiones de sus superiores. (Gráfico 8)

**Gráfica 8. Franqueza en la comunicación percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

219



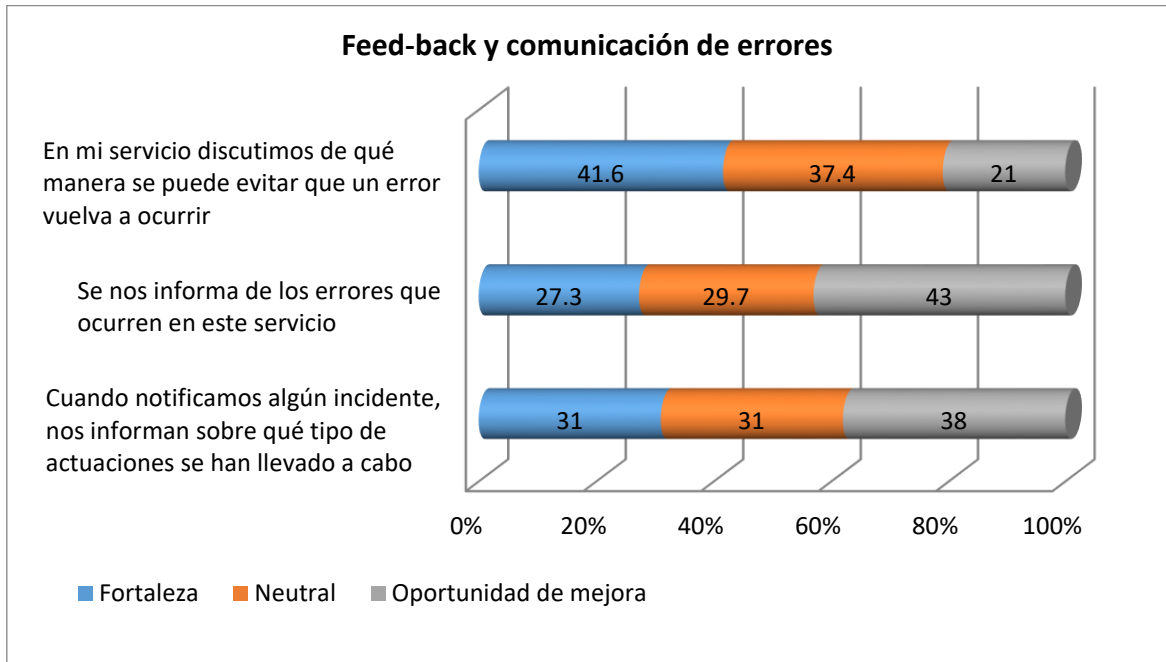
Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes



En cuanto a la retroalimentación y comunicación de errores, no se identifico como fortaleza ni oportunidad de mejora, sin embargo hay una tendencia a discutir cómo evitar que un error vuelva a ocurrir. (Gráfico 9)

**Gráfica 9. Feedback y comunicación de errores percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219

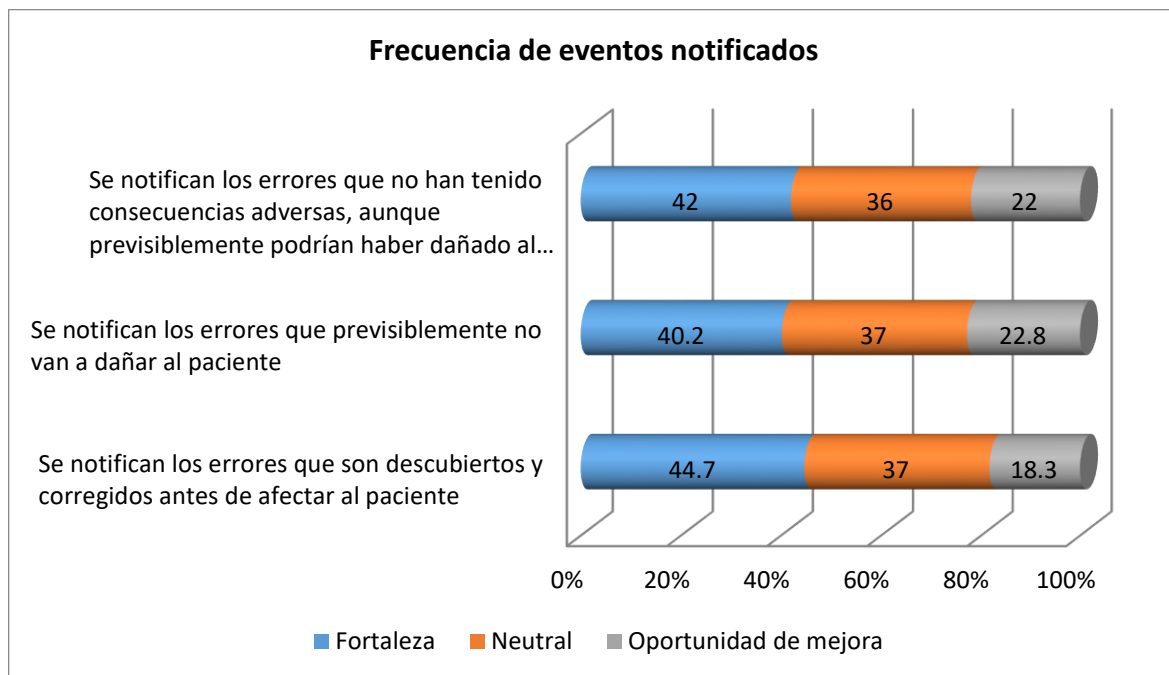


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Respecto a la frecuencia de eventos notificados el personal de enfermería no la identificó como fortaleza ni como oportunidad de mejora, sin embargo se aprecia el inicio de una cultura hacia el reporte de los errores. (Gráfico 10)

**Gráfica 10. Frecuencia de eventos notificados percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219



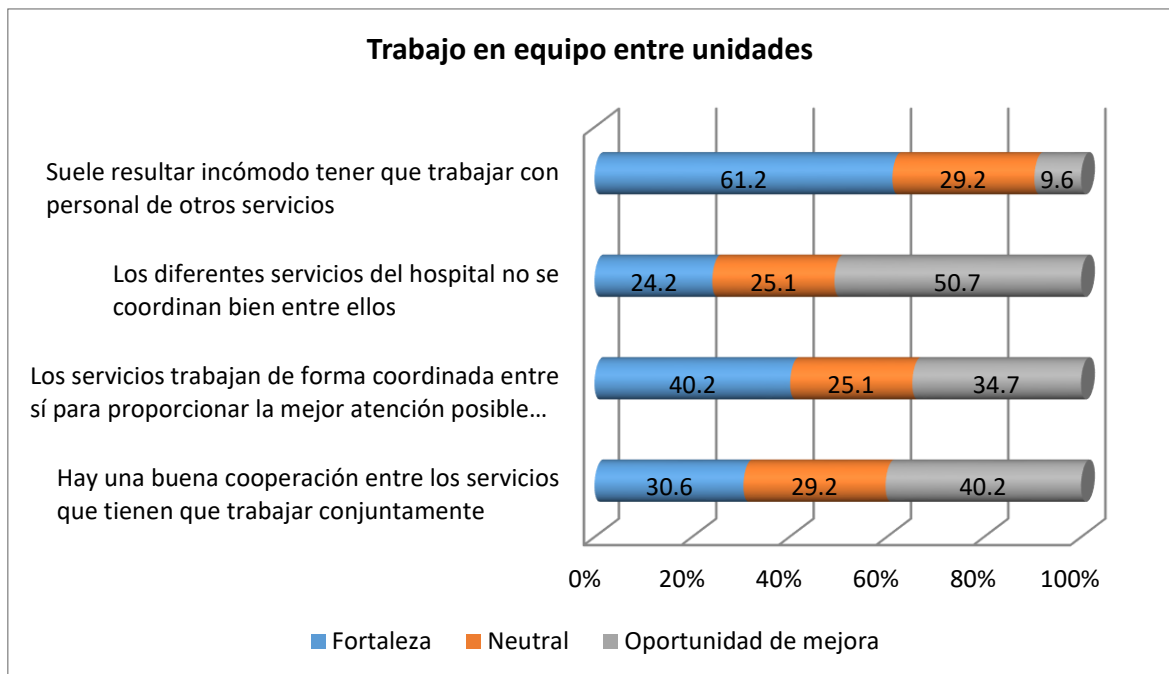
Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

## 6.4 Dimensión sobre la percepción global de seguridad

En cuanto al trabajo en equipo entre servicios, no se identifico como fortalezas ni oportunidad de mejora, sin embargo el personal de enfermería percibió como oportunidad de mejora el hecho de que no se coordinan bien entre ellos. (Gráfico 11)

**Gráfica 11. Trabajo en equipo entre unidades percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

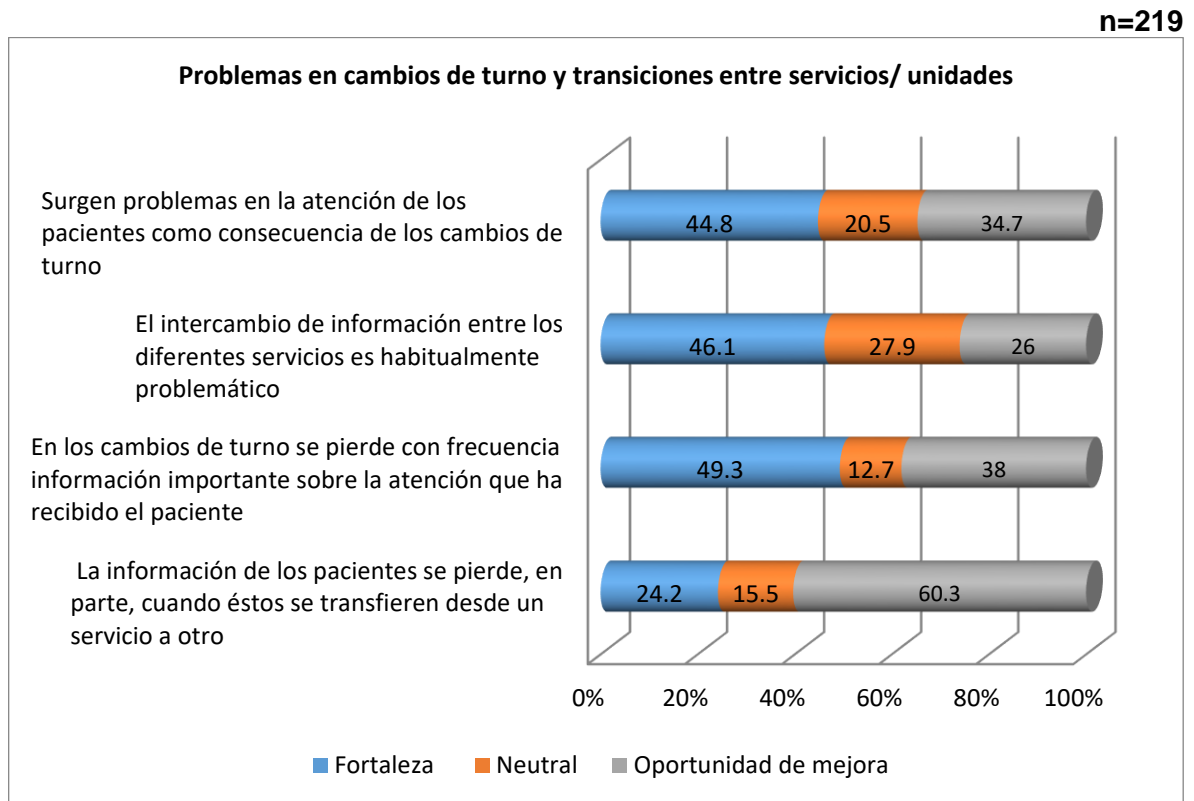
=219



Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

En tanto a los problemas en cambios de turno entre servicios, no se identificó como fortalezas ni oportunidad de mejora, sin embargo el personal de enfermería percibió como oportunidad de mejora el hecho de que se pierde información de los pacientes en parte cuando cambian de servicio. (Gráfico 12)

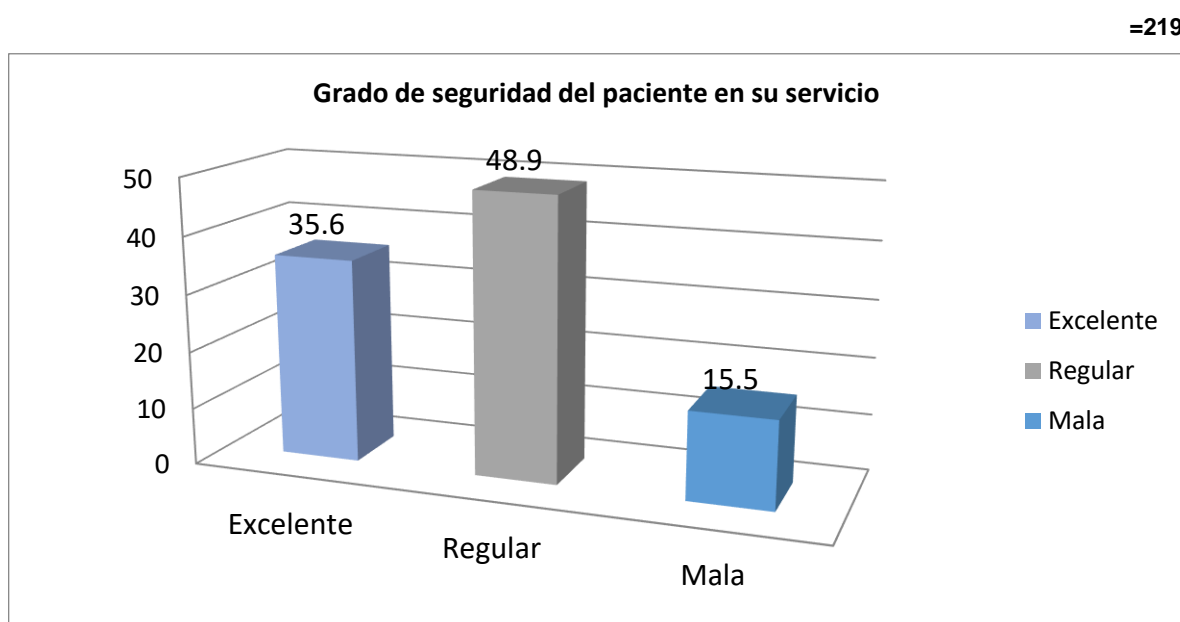
**Gráfica 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**



**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.**

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 su servicio en una escala que va de excelente a malo con ponderación del 0 al 10, los resultados reportaron que el 48.9 % del personal de enfermería calificaron la seguridad en un rango de 5-7 (regular), con una media de 6.4 (Gráfico 13)

**Gráfica 13. Grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

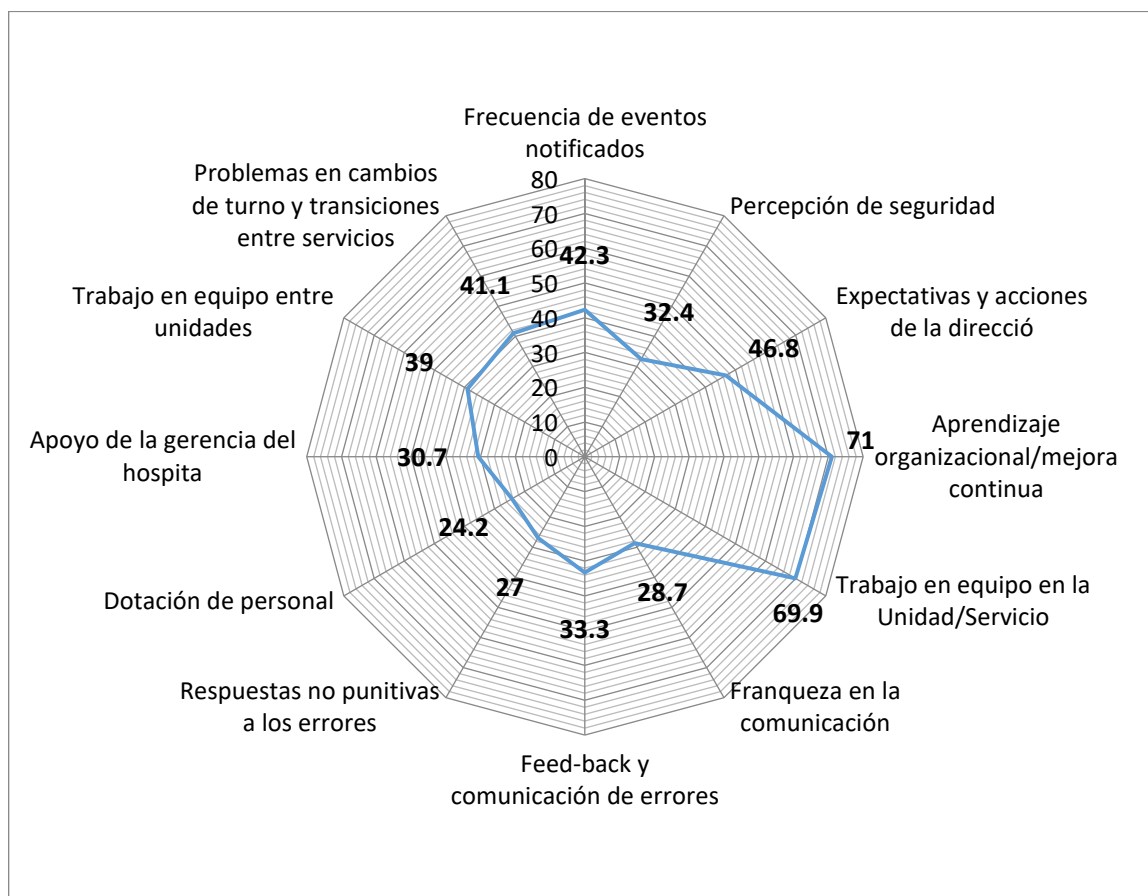


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Referente al porcentaje comparativo de las respuestas positivas por dimensiones entre los resultados se puede observar la tendencia de las dimensiones mejor evaluadas; “aprendizaje organizacional / mejora continua” 71% y “trabajo en equipo” 69.9% (Gráfico 14)

**Gráfica 14. Fortalezas percibidas por el personal de enfermería según dimensiones. Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

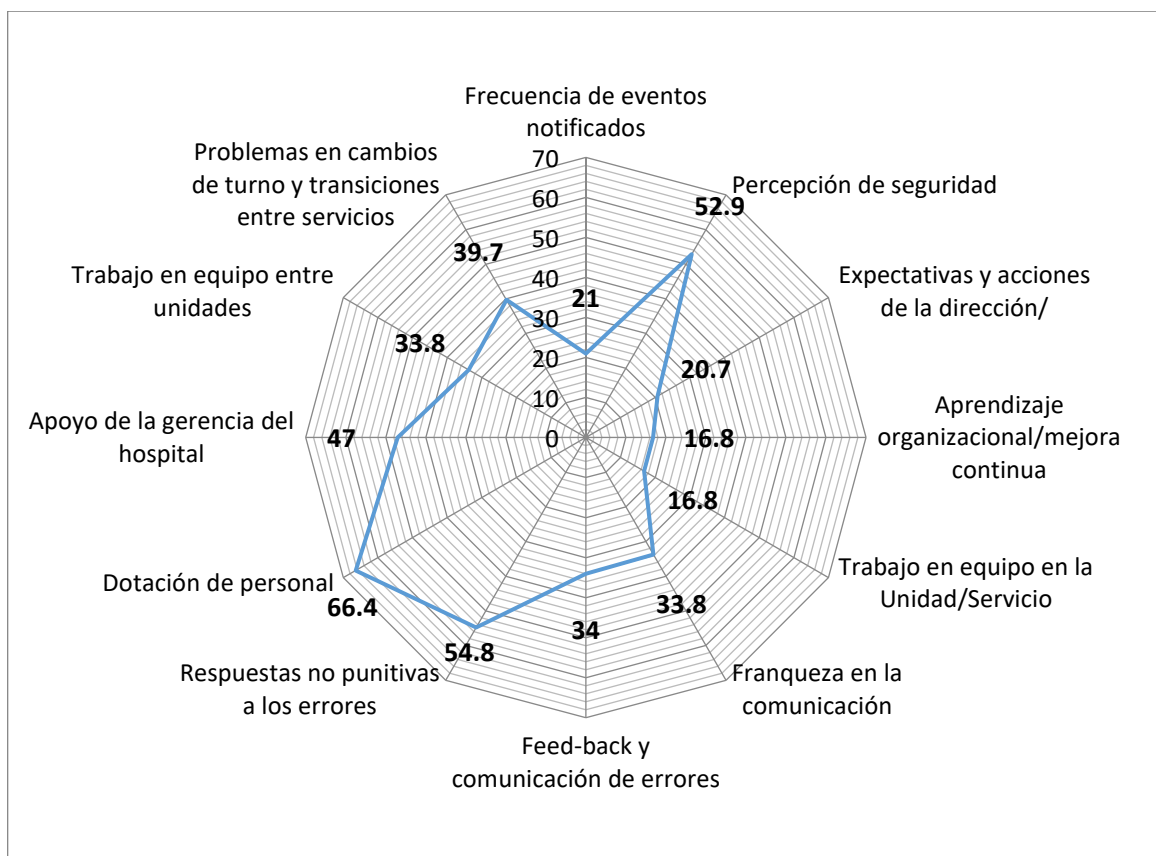


**Nota: para considerarse fortaleza debe cumplir con  $\geq 75\%$  según el instrumento utilizado**  
**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes**

En cuanto al porcentaje comparativo de las respuestas negativas por dimensiones entre los resultados se puede observar la tendencia de las dimensiones peor evaluadas; “dotación de personal” 66.4%, “respuesta no punitiva a los errores” 54.8%, “percepción de seguridad” 52.9% y “apoyo de la gerencia” 47% (Gráfico 15)

**Gráfica 15. Oportunidades de mejora percibidas por el personal de enfermería según dimensiones. Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

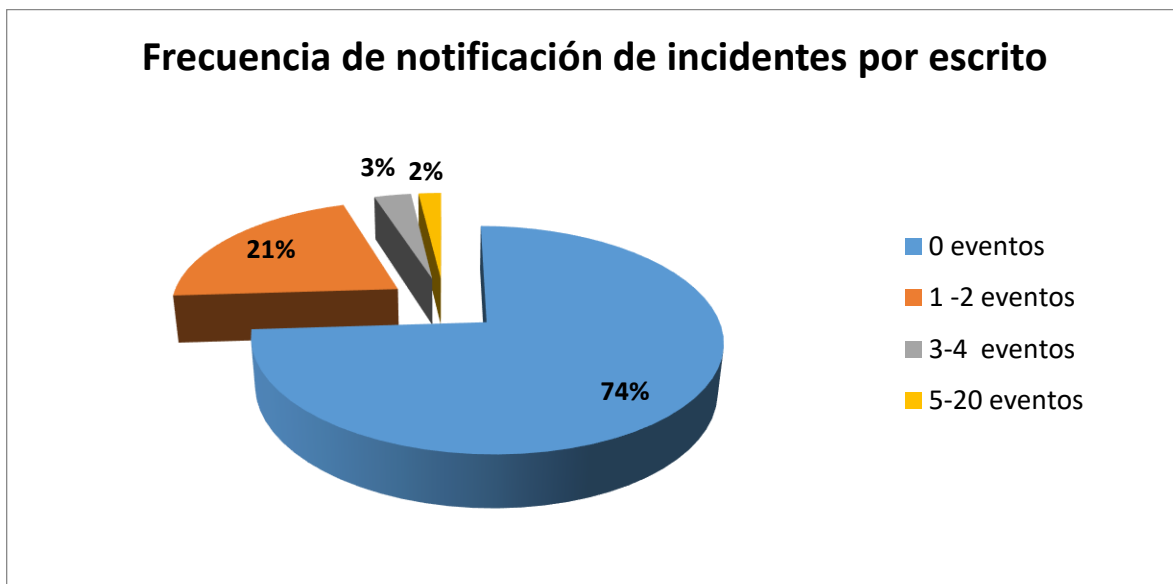


**Nota: para considerarse área de oportunidad debe cumplir con  $\geq 50\%$  según el instrumento utilizado**  
**Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes**

En cuanto al número de incidentes reportados por escrito en los últimos 12 meses en el hospital, los resultados mostraron que el mayor porcentaje del personal no han reportado incidentes. (Gráfico 16)

**Gráfica 16. Frecuencia de notificación de incidentes por escrito por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219



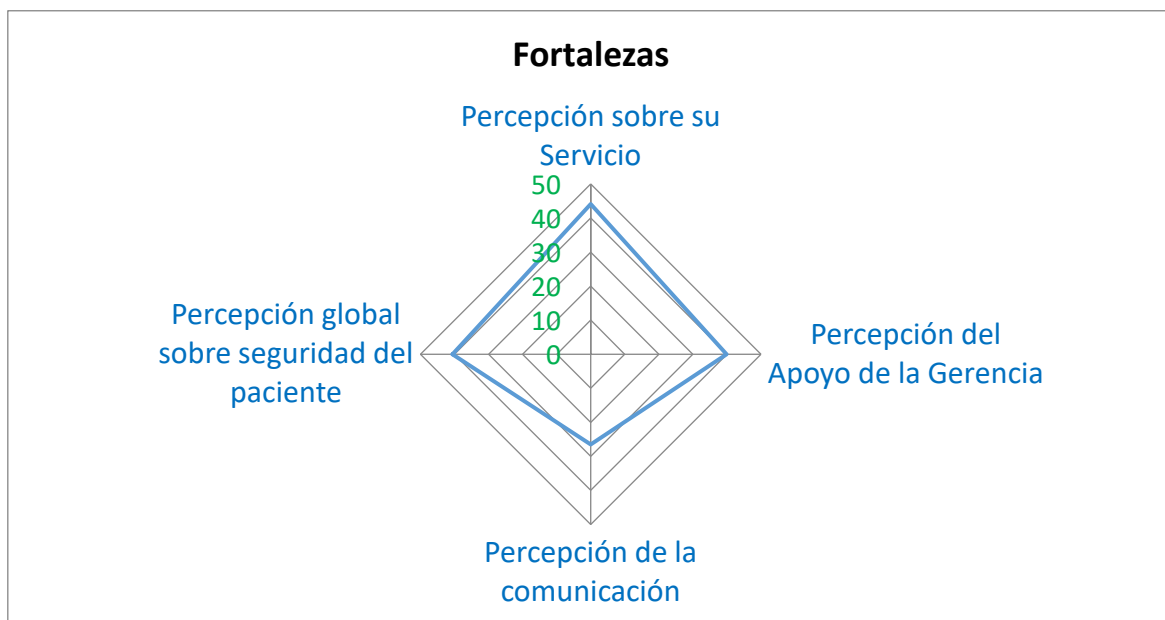
Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes



Referente a las fortalezas identificadas, no se identificaron fortalezas en las dimensiones en que se organizo el instrumento, sin embargo hay una tendencia en la percepción sobre su servicio. (Gráfico 17)

**Gráfica 17. Fortalezas percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

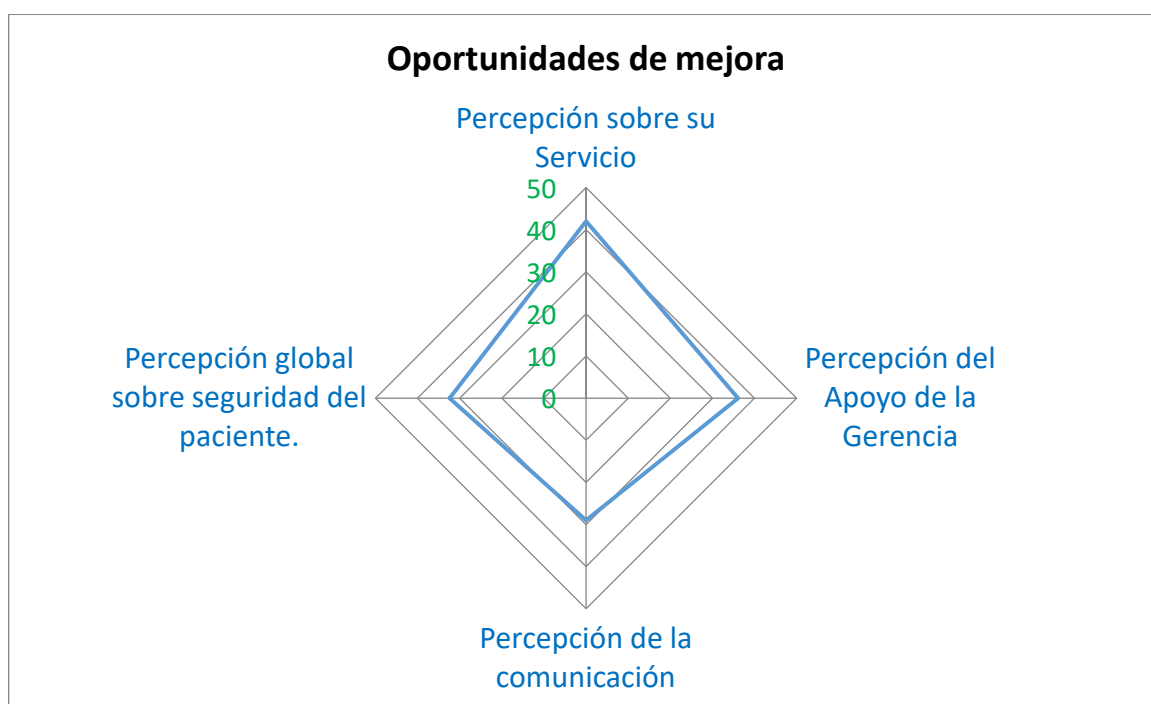


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Respecto a las áreas de oportunidad en las dimensiones en que se organizo el instrumento, sin embargo hay una tendencia en la percepción del apoyo de la gerencia, percepción de la comunicación y en la percepción global sobre seguridad del paciente. (Gráfico 18)

**Gráfica 18. Oportunidades de mejora percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

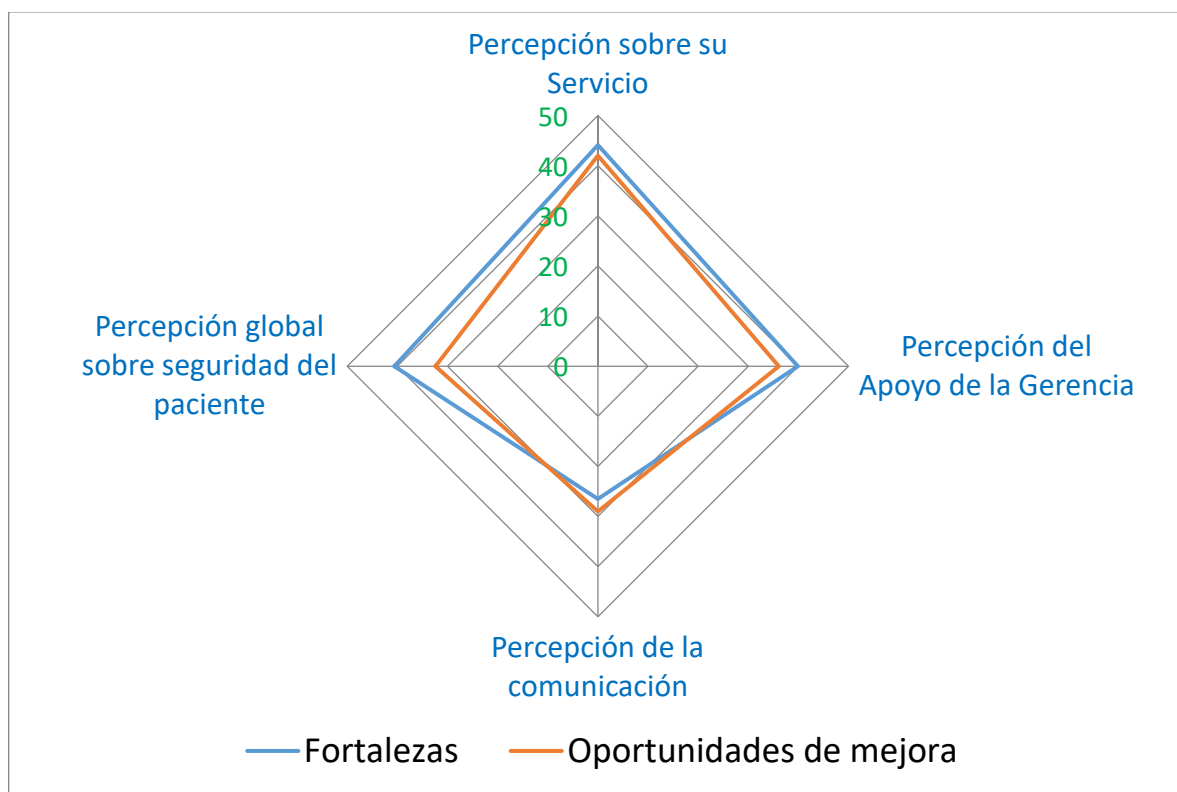


Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

En cuanto a las dimensiones en que se organizo el instrumento, hay una tendencia hacia fortaleza en la percepción sobre su servicio y como áreas de oportunidad hacia la mejora continua hay una tendencia hacia la percepción del apoyo de la gerencia, la percepción global sobre seguridad del paciente y en la percepción de la comunicación. (Gráfico 19)

**Gráfica 19. Fortalezas y oportunidades de mejora percibida por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

=219



Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Referente a las dimensiones en que se organizo el instrumento se presenta a continuación los Ítems que tomando en cuenta las instrucciones de clasificación de la AHRQ, se lograron identificar como fortaleza y áreas de oportunidad (Tabla 3)

**Tabla 3. Fortalezas y oportunidades de mejora por dimensión percibidas por el personal de enfermería del Hospital General de Zona 50. San Luis Potosí, S.L.P. Enero de 2017**

n=219

FORTALEZAS		OPORTUNIDAD DE MEJORA	
Ítem	%	Ítem	%
<b>Dimensión percepción sobre su servicio</b>			
El personal se apoya mutuamente	76.7	No hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	81.7
En este servicio nos tratamos todos con respeto	75.3	A veces no se puede proporcionar la mejor atención porque la jornada es agotadora	77.4
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	77.6	Se producen más fallos por casualidad	59.0
		Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	63.4
		En ocasiones se aumenta el ritmo de trabajo lo que implica sacrificar la seguridad del paciente	55.7
		Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	74.0
		En este servicio hay problemas relacionados con la seguridad del paciente	65.3
<b>Dimensión percepción del apoyo de la gerencia</b>			
		La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	60.3
<b>Dimensión de la percepción de la comunicación</b>			
		El personal no puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	54.8
<b>Dimensión de la percepción global sobre seguridad del paciente</b>			
		La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro.	60.3
		Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellos.	50.7

Fuente: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

## VII. DISCUSIÓN

Conforme al instrumento, los porcentajes obtenidos en cada una de las dimensiones estudiadas fueron inferiores al 75%, resultado similar se obtuvo en un estudio brasileño <sup>70</sup> que también tuvo como objetivo identificar la cultura de seguridad en personal de enfermería y donde ninguna dimensión del cuestionario sobre seguridad de los pacientes fue percibida por el personal participante como fortaleza. Lo que puede explicar la necesidad de fortalecer dentro de la institución la cultura de seguridad, trabajando en las áreas identificadas como oportunidad hacia la mejora continua.

Sin embargo es importante destacar que algunas dimensiones fueron evaluadas con porcentajes cercanos a clasificarse como fortaleza, entre las que se encuentran el “aprendizaje organizacional/mejora continua” con un 71% y el “trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” con el 70%. Estos resultados son similares a los encontrados en dos estudios, uno realizado en Tamaulipas, México<sup>71</sup>, que tuvo como objetivo identificar las áreas de fortaleza y oportunidad de mejora continua percibidas por el personal de enfermería, donde estas dimensiones fueron fortaleza y en otro estudio realizado a los profesionales de la salud de Córdoba, Argentina<sup>72</sup>. En un estudio realizado en la ciudad de São Paulo, Brasil <sup>73</sup>, la dimensión “aprendizaje organizacional” fue fortaleza.

La dimensión “trabajo en equipo en el servicio” es similar con dos estudios, un estudio sobre la cultura de seguridad del paciente realizado en el servicio de urgencias en 30 hospitales de España<sup>15</sup>, con un 68% y otro estudio sobre el análisis de la Cultura de Seguridad del paciente de profesionales multidisciplinares en Oaxaca encontró un 67% y que además concluyó que el trabajo en equipo es fundamental para brindar atención de calidad y ello conduce a generar mejores ideas y decisiones y produce resultados de mayor calidad<sup>74</sup>.

Así también un estudio cualitativo realizado en un hospital de Murcia, España sobre la visión de los enfermeros acerca del trabajo en equipo<sup>19</sup> encontró que los enfermeros consideran el trabajo en equipo como esencial para el desarrollo individual y colectivo, y que puede repercutir de positivamente en un cuidado de calidad.

Sin embargo, estos resultados difieren de los obtenidos en un estudio que se realizó en la Ciudad de México <sup>17</sup> y que tuvo como objetivo determinar las fortalezas y oportunidades de mejora hacia la cultura de la seguridad con que contaba el personal de enfermería, en el cual se obtuvo que la dimensión “trabajo en equipo” fue percibida como una oportunidad de mejora.

Referente al trabajo en equipo en un estudio cualitativo<sup>20</sup> de Uruguay que tuvo como objetivo conocer los aspectos significativos que surgen de las enfermeras acerca de la experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud, concluyó que tanto las supervisoras como las enfermeras coincidían en que el trabajo en equipo es una fortaleza que se descubre cuando hay déficit de personal y las cargas de trabajo son importantes.

En cuanto al aprendizaje organizacional nos da una visión general que está cambiando la cultura de seguridad, que tienen actividades dirigidas a mejorar, que se llevan actividades para corregir y que estas son evaluadas.

Conforme los resultados de este estudio, las dimensión clasificadas como oportunidad de mejora fueron “percepción de seguridad” 52.9%, “respuesta no punitiva a los errores” 54.8% y “dotación de personal” 66.4, resultados que coinciden con los reportados en un estudio mexicano<sup>71</sup> y otro de España sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias en profesionales multidisciplinares<sup>75</sup>. En un estudio brasileño<sup>73</sup> la dimensión “respuesta no punitiva a los errores” fue oportunidad de mejora.

La dimensión “dotación de personal” resulto como oportunidad de mejora en un estudio español<sup>15</sup> y en un estudio colombiano<sup>16</sup> acerca de la cultura de Seguridad del paciente por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel, éste ultimo concluyó que el personal insuficiente es percibido como riesgo en la atención y que afecta la seguridad del paciente. Además de ser oportunidad de mejora en un estudio de Zaragoza, España, sobre cultura de seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar<sup>76</sup> y en otro estudio sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social, de la ciudad de México que utilizaron la red, para el llenado de la encuesta a través del correo electrónico. <sup>77</sup>

Igualmente en un estudio de cultura de seguridad en una clínica de primer nivel de la Ciudad de México, se encontró “respuesta no punitiva a los errores” y “dotación de personal” como oportunidad de mejora. <sup>78</sup>

En cuanto a la dotación de personal, un estudio realizado en Zaragoza, España referente a los factores laborales y su contribución al error sanitario según la opinión de los profesionales de enfermería, encontró que el 79% consideraron que fue la sobrecarga laboral la variable más importante. <sup>79</sup>

En un estudio brasileño sobre la carga de trabajo de enfermería en hospitalización se encontró que la carga de trabajo de enfermería fue de 47,3% (superior), éste es un factor que influye en el trabajo de enfermería y en el tiempo de asistencia<sup>18</sup>. En el estudio cualitativo uruguayo<sup>20</sup>, se encontró que tanto enfermeras como supervisoras expresaron que cuando ocurrió el evento adverso el personal era insuficiente, que claramente las necesidades de personal influyen en la generación de eventos adversos. Los autores concluyeron que la “carga de trabajo” se relaciona directamente con la “dotación de personal”.

En relación a la respuesta no punitiva a los errores, un estudio cualitativo sobre los motivos del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos, los profesionales refirieron sentirse intimidados y con temor al despido, sin embargo refirieron sentirse responsables de la notificación para evitar su recurrencia, consideraron que conocer el error permite alterar el proceso de trabajo y prevenirlo en el futuro. <sup>21</sup>

En ese mismo estudio en lo que se refiere a la percepción de seguridad se observó que, en situaciones donde se trabaja bajo presión para la producción del cuidado, se forzó al profesional a conferir mayor confianza a su memoria para ejecutar acciones importantes además de perjudicar la comunicación efectiva entre los profesionales, contribuyendo para crear un ambiente de inseguridad <sup>21</sup>

Los resultados de este estudio difieren del realizado en la Ciudad de México <sup>17</sup> donde la dimensión “dotación de personal”, que incluye el dotar suficiente personal de enfermería para enfrentar las cargas de trabajo para garantizar la seguridad de los pacientes, fue evaluada como fortaleza al igual que la dimensión de “percepción de seguridad”.

Aunque globalmente en este estudio se encontraron ausentes las fortalezas conforme el instrumento, hubo ítems específicos que sí calificaron, sobre todo la percepción que tiene el personal de enfermería al señalar que “el personal se apoya mutuamente”, “en esta unidad nos tratamos todos con respeto” y “tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente”, que pueden, en cierta forma, equilibrar la falta de personal suficiente para afrontar la sobrecarga de trabajo.

Una dimensión que no obtuvo el porcentaje suficiente para clasificarse como oportunidad de mejora fue “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” 47%, coincidiendo con el estudio de España <sup>15</sup>. En los resultados del



estudio en São Paulo, Brasil <sup>70</sup>, y el estudio brasileño <sup>73</sup> la clasifica como área de oportunidad hacia la mejora continua, este es un punto crítico ya que la dirección hospitalaria podría facilitar un clima de trabajo saludable que favoreciera la seguridad del paciente.

Además de que la gerencia debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro. Este se caracteriza por: permitir que sea el experto quien haga las cosas, confiar cada vez menos en la memoria, gestionar el riesgo de cada actividad, alertar sin miedo sobre el error, compartir el aprendizaje, ante la duda; pedir ayuda, adhesión a las guías de práctica clínica, adhesión a las guías de procedimientos de enfermería, adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras. <sup>21</sup>

Este resultado difiere del estudio en Colombia<sup>16</sup> donde obtuvieron resultados positivos en la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente.

Es importante mencionarlo ya que la finalidad última de las encuestas sobre seguridad es detectar todos aquellos aspectos susceptibles de mejora y aplicar estrategias para alcanzarla, por lo que se recomienda priorizar estas áreas donde se debe actuar para diseñar estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas.

Respecto al reporte por escrito del personal de enfermería sobre los incidentes en los últimos doce meses se encontró que el mayor porcentaje del personal señaló que no reportó incidentes, resultado similar a lo encontrado en tres estudios mexicanos <sup>17, 71, 74</sup>, lo que podría relacionarse al menos en este estudio con la dimensión “respuesta punitiva a los errores”, en especial al ítem “cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente” que resultaron ser una oportunidad de mejora.

Referente al grado de seguridad del paciente el personal de enfermería lo percibió con una media de 6.4, similar al estudio de España <sup>15</sup> que obtuvo una media de 6.1, el de Andaluz<sup>75</sup> con una media de 6.9 el estudio de Tamaulipas <sup>71</sup> con una media de 7.5 y el de la Ciudad de México <sup>17</sup> que lo consideró dentro de un rango de 7-8 (muy bueno).

## **IX. CONCLUSIONES**

En este estudio se concluye que el personal de enfermería que labora en el Hospital General de Zona 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, percibe como regular el grado de seguridad del paciente en su servicio.

Aunque la dimensión “dotación de personal” resulto como oportunidad de mejora, los ítems “el personal se apoya mutuamente”, “en esta unidad nos tratamos todos con respeto” calificaron como fortaleza dentro de la dimensión “trabajo en equipo en la Unidad/Servicio” estos son factores importantes que ayudan a equilibrar, de alguna manera la falta de dotación de personal para afrontar la sobrecarga de trabajo.

En cuanto a la frecuencia de eventos notificados no se percibió como fortaleza sin embargo, en los resultados se aprecia el inicio de una cultura hacia el reporte de los errores, aunque en su mayor porcentaje no lo reportan. Es necesario mejorar la cultura de la notificación, se debe modificar el liderazgo organizacional para poder crear un clima de confianza que revierta la respuesta no punitiva a los errores.

Por lo tanto para que exista una cultura de seguridad del paciente efectiva y positiva es necesaria la interacción de la dirección hospitalaria, quien está en el proceso de toma decisiones, el nivel estratégico y el operativo, interdisciplinario y multidisciplinario, para fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre áreas y servicios.

La interacción de todos los niveles jerárquicos de la institución es importante para la socialización y la implantación de planes de mejora reales y efectivos y que puedan ser evaluados en forma continua.

## **X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES**

Es importante dar a conocer a las autoridades correspondientes de la institución las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas en este estudio, para que desde el punto de vista organizacional y basado en las buenas prácticas se puedan desarrollar e implementar planes de seguridad del paciente.

El estudio permitió identificar las fortalezas y oportunidades de mejora, sin embargo puede dar pauta para otras investigaciones a futuro donde se comparen resultados por servicio a fin de identificar si hay diferencias estadísticamente relevantes entre servicios.

Es necesario contar con estudios previos en la institución para poder realizar comparaciones con los resultados de este estudio. Además de que la naturaleza cuantitativa del diseño del instrumento utilizado limita la interpretación de algunos de los resultados obtenidos, por lo que abre el camino para futuros trabajos cualitativos que permitan profundizar en algunas dimensiones para identificar los factores que lo están generando.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza [Internet] [citado el 16 Mar 16]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
2. SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Área de Seguridad del Paciente y Calidad Percibida. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. Ginebra, Suiza [Internet] [citado 16 Mar 16]. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>
3. OPS-OMS. 68.ª Asamblea Mundial de la Salud, Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente. [Internet] Ginebra, Suiza [citado 16 Mar 16]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es)
4. Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 7; 324 -70; [Internet] [citado 16 Mar 16]. Disponible en: [http://www.aegris.org/blog/Harvard\\_I.pdf](http://www.aegris.org/blog/Harvard_I.pdf)
5. Villarreal J, Pérez A, Gómez D, Almaguer A, Bosques F, -Padilla A. Errar es humano. "To err is human". Medicina Universitaria; 2011; 13 (51); [Internet] [citado 16 Mar 16]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/esrevistamedicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-90024050#elsevierItemBibliografias>

6. Lezana M, Fernández S, Rodríguez J. Laudos 2007-2011: aprendiendo sobre los incidentes adversos y otras características de la queja médica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Vol. 20. Núm. 3 (2015) [Internet] [Citado 16 Mar 16]; 51(2): 119-125. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/205/304>
7. Gawande A, Thomas E, Zinner M, Brennan T. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. EU 1999; [Internet] [Citado 11 Jun 16] 126(1): 66-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10418594>
8. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet] [Citado 16 Mar 16]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
9. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009. [Internet]; Ginebra, Suiza; [citado 16 Mar 16]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
10. Joint Commission. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. [Internet]; Ginebra, Suiza; [citado 16 Mar 16]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
11. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [Internet]; México; [citado 16 Mar 16]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp\\_03.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_03.html)

- 12.** Consejo de Salubridad General. Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad. Estándares para Certificar Hospitales. 2015. Segunda Edición. Vigentes a partir del 1 de agosto de 2015. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica [Internet]; México; [Citado 16 Mar 16]. Disponible en: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015\\_SE.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf)
- 13.** Secretaria de Salud. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). © 2016. [Internet] [Citado 11 Jun 16]. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/9-programas/43-sistema-integral-de-calidad-en-salud-sicalidad>
- 14.** Paranaguá T, Braga Q, Bezerra A, Bauer A, Azevedo F, Gomes M. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Enfermería Global. 2014. [Internet]; México; [Citado 07 Jun 16]. 34: 206- 18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion1.pdf>
- 15.** 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; [Internet]; España; [Citado 06 Jun 16]; 23: 356-64. Disponible en: [http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/27\\_Roqueta\\_Egea\\_F\\_Cultura\\_Seguridade\\_2011.pdf](http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/27_Roqueta_Egea_F_Cultura_Seguridade_2011.pdf)
- 16.** Gómez O, González L, Soto A, Garzón J, Mateus E, Arenas W. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia.

Cienc. enferm. 2011 [Internet]; Colombia; [Citado 06 Jun 16]; 19(2): 77-88.  
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>

**17.** Meléndez C. Garza R. González J. 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 [Internet]; México; [Citado 16 Mar 16]; 5(2): 774-81. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/92/195>

**18.** Brito AP, Guirardello EB. Carga de trabajo de la enfermería en una unidad de hospitalización. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 [Internet] [Citado 08 Jun 16]; 19(5). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_11.pdf)

**19.** Thofehrn, M, López M, Amestoy S, Porto A, Bettin A, Fernández, H. et al. Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. Enfermería Global. 2014. [Internet]; España; [Citado 08 Jun 16]. 36: 223-37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/administracion3.pdf>

**20.** Fort Z, Chiminelli T, Ferreira A. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. Texto & Contexto Enfermagem. 2015. [Internet] [Citado 08 Jun 16]. 24 (2): 310-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71442215003>.

**21.** Paiva M, Popim R, Melleiro M, Tronchim D, Lima S, Juliani C. Motivos del equipo de enfermería para la notificación de eventos adversos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 [Internet] [Citado 08 Jun 16]; 22(5): 747-754. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500747&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500747&lng=en)



- 22.** Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet] [Citado 08 Jun 16]; Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- 23.** Rodríguez j, Lamy P, Fajardo G, Santacruz J, Hernández F, Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI. Rev. CONAMED 2012; 17(2):52-58
- 24.** Evaluaciones de Metas Internacionales, Indicadores de calidad y registros de Notificación de Eventos Sistema Vencer II, reportadas por la Jefatura de enfermería en el periodo comprendido de enero- agosto 2016.
- 25.** Caballero S, García C, Sianes A. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardiaca. Enfermería Global. 2011; [Internet] [Citado 13 Jun 16] 22: 1-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/revision1.pdf>
- 26.** Wilson R, Runciman W, Gibberd R, Harrison B, Newby L, Hamilton J. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995; [Internet] [Citado 11 Jun 16] 163(9):458-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634>
- 27.** Donaldson L. An Organization with a Memory: Reported of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer. London, England: The Stationery Office; 2000. [Internet] [Citado 11 Jun 16]; Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1568>

- 28.** Great Britain. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory. Londres: Great Britain Department of Health; 2001. [Internet] [Citado 11 Jun 16]; Disponible en: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4071443](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071443)
- 29.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. [Internet] [Citado 11 Jun 16]; Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1\\_Jesus\\_Aranaz\\_ppt.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf)
- 30.** Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS: prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009. [Internet] [citado 11 Jun 16]. Disponible en: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
- 31.** Organización Mundial de la Salud OMS. "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. 2007. [Internet] [consultado 11 Jun 16]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>
- 32.** Vásquez E, Campos MS, Chávez MS, Flores T, Zarate R, Galindo ME, Et al. Red Mexicana de pacientes por la seguridad del paciente. CONAMED 2008; 13: 5-19. [Internet] [Citado 11 Jun 16]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_OCT-DIC\\_2008.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2008.pdf)

- 33.** World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente version 1.1. © WHO, 2009. [Internet] [Citado 12 Jun 16]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
- 34.** Organización Mundial de la Salud OMS. Seguridad del paciente. [Internet] [Citado 12 Jun 16] Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- 35.** Emanuel L, Erick D, Conwy J, Combes J, Natalie M, Lape L, et al. What exactly is patient safety? In: Advances in patient safety: new directions and alternative approaches. AHRQ; 2008. [Internet] [Citado 12 Jun 16]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
- 36.** Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practice. Avid Rep Techno Assess; [Internet] [Citado 12 Jun 16] 2001 (43): 16-18. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11510252>
- 37.** Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety. MedGenMed [Internet] [Citado 12 Jun 16] 2000; 2: 38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104484>
- 38.** Gómez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, González A, Mateus E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. av.enferm., 2011; [Internet] [Citado 12 Jun 16]; XXIX (2): 363-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>

- 39.** Evolución de la seguridad del paciente en el contexto mundial y su perspectiva en México. [Internet] [Citado 12 Jun 16]; Disponible en: <http://www.amc.org.mx/web2/media/Seguridad.pdf>
- 40.** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Calidad en la atención y seguridad del paciente. [Internet] [Citado 13 Jun 16]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3412%3A2010-calidad-atencion-seguridad-paciente&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es)
- 41.** Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. 358 SHCP. Glosario de términos..., op. cit. [Internet] [Citado 13 Jun 16]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_00E.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf)
- 42.** Aranaz J y Moya C. Seguridad del paciente y la calidad asistencial. Rev. Calid Asis. 2011; [Internet] [Citado 13 Jun 16]. 26 (6): 331-332. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90038278&pident\\_usuario=QINPBA1Q94LK&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=109&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n06a90038278pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90038278&pident_usuario=QINPBA1Q94LK&pcontactid=&pident_revista=256&ty=109&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n06a90038278pdf001.pdf).
- 43.** Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública México. Reseña de "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" de Donabedian A. 1990 [Internet]. [Citado 13 Jun 16] 32 (2). 248-249. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>

- 44.** Evidencia Médica e Investigaciones en Salud. Revilla E, Pimentel C. Calidad de los Servicios de Salud en México. Medigraphic. 2012. [Internet] [Citado 13 Jun 16]. 5 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2012/eo123a.pdf>
- 45.** Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS, 1997; [Internet] [Citado 13 Jun 16] 35(4): 257-64. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01112000.pdf>
- 46.** Malagón G, Galán R, Pontón G. Administración Hospitalaria 3ª ed. Panamericana. Colombia 2008.
- 47.** Marriner T. Gestión y Dirección de enfermería. 8ª ed. Mosby, Inc., an ELSEVIER. España 2009.
- 48.** Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ª ed. Mc Graw Hill. México 2006.
- 49.** Monte G, García J. Efectos de la sobrecarga laboral y la auto eficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (baronet). Un estudio longitudinal en enfermería. Revista Mexicana de Psicología 2008;25:329-337. [Internet] [Citado 13 Jun 16] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016308012>.
- 50.** Martín M, Cabré L. aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Rev Bio y Der. 2015; [Internet] [Citado 13 Jun 16] Número extra, recopilatorio especial: 146-59. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/viewFile/14706/17881>

- 51.** Gluck P. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Seguridad del Paciente: Cierta Avance y Numerosos Retos. © 2012. [Internet] [Citado 13 Jun 16]; 120:1149–59. Disponible en: [http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012\\_GluckCES\\_Translation.pdf](http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf)
- 52.** Betancourt A, Cepero R, Gallo C. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. AMC. 2011. [Internet] [citado 13 Jun 16]; 15(6): 936-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es).
- 53.** Robbins S. Comportamiento Organizacional. 10 ed. Pearson educación. México 2004.
- 54.** Balderas ML. Administración de los servicios de enfermería. 5a ed. McGraw Hill. México 2009.
- 55.** Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Guía Técnica para el Análisis Causa – Raíz de Eventos Adversos en hospitales 2013. [Internet] [Citado 14 Jun16] Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00A.pdf)
- 56.** Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Enfermería. [Internet] [Citado 14 Jun16]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 57.** León C. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev. Cubana Enfermar. 2006; [Internet] [Citado 14 Jun 16]; 22 (3): 1-7. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_3\\_06/enf07306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html).

- 58.** Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Un norte. Colombia. 2007; [Internet] [Citado 14 Jun 16]; 23 (1): 112-115. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723111>
- 59.** Ramírez C. Parra M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. av.enferm., 2011, [Internet] [Citado 14 Jun 16]; XXIX (1): 97-108. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a10.pdf>
- 60.** Urbina OC. Competencias de enfermería para la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería 2011; [Internet] [Citado 14 Jun 16]; 27 (3): 239-47. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27\\_3\\_11/enf08311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_3_11/enf08311.htm)
- 61.** Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5 ed. Perú: Mc Graw Hill; 2010.
- 62.** Agency for Health Care Research and Quality. AHRQ. Estados Unidos. [Internet] [Citado 14/06/16]; Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.
- 63.** Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [Internet]. España. [Citado 14 Jun 16]; Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- 64.** Organización Mundial de la Salud. Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica. [Internet] Ginebra. 2000 [Citado

02 Jun 16]; Disponible en:  
[http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/resoluciones/GUIAS\\_OPERACIONALES\\_COMITES\\_ETICA.pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/resoluciones/GUIAS_OPERACIONALES_COMITES_ETICA.pdf)

- 65.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Internet]; [Citado 02 Jun 16]; disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
- 66.** Comisión Nacional de Bioética. Normas para la redacción del consentimiento informado, recomendadas por Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. , [Internet]; [Citado 02 Jun 16]; disponible en: Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/12.\\_I\\_NTL.\\_Normas\\_CIOMS\\_para\\_la\\_Redaccixn\\_Consentimiento\\_Informado.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/12._I_NTL._Normas_CIOMS_para_la_Redaccixn_Consentimiento_Informado.pdf)
- 67.** Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. © 2016. [Internet]; [Citado 02 Jun 16]; disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- 68.** Instituto de Investigaciones Legislativas. Unidad de Informática Legislativa. Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí. Publicado el 07 de julio de 2009 en el Periódico Oficial del Estado. [Internet]; [Citado 02 Jun 16]; disponible en: <http://docs.mexico.justia.com/estatales/san-luis-potosi/ley-de-salud-del-estado-de-san-luis-potosi.pdf>



- 69.** Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y Solidaridad Social. Criterios para la elaboración del Protocolo de Investigación. [Internet]; [Citado 02 Jun 16]; disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativaInst/2810-018-005.pdf>
- 70.** Pinheiro M, Junior O. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Revista global, enero 2017. [Internet]; [Citado 28 Jun 17]; disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>
- 71.** Castañeda H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [Citado 28 Jun 17]; 19(2): 77-88. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es).
- 72.** Ramos A, Coca S, Abeldaño R. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. [Internet]; [Citado 28 Jun 17]; disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>
- 73.** Da Silva-Batalha E, Melleiro M. Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ensino. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012 [Internet]; [Citado 28 Jun 17]; disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf)

- 74.** Ibarra M, Olvera V, Santacruz J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Rev. CONAMED 2011; 16(2):65-73. [Internet]; [Citado 28 Jun 17]
- 75.** Hernández Y, Valle J, García C, Lopera E, Luna R, Fernández J. Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. Rev. CONAMED 2013; 18(4): 148-156 [Internet]; [Citado 28 Jun 17]
- 76.** Becerril C, Sartolo M, Villaverde M, Espuis L, Rivas M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An. Sist. Sanit. Navar. 2013; 36 (3): 471-477 [Internet]; [Citado 28 Jun 17]
- 77.** Pérez J, Jaramillo C, Olvera L, Burgos L, Pastrana A, González A, et. al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Revista CONAMED, vol. 19, núm. 2, abril-junio 2014, págs. 52-58. [Internet]; [Citado 28 Jun 17]
- 78.** Ramírez M, González A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel [Internet] [Citado 28 Jun 17]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300210>
- 79.** Sanz A, Iriarte S, Gascón A. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. EG. Julio 2016.(176-87) [Internet]; [Citado 28 Jun 17]

# **X. APÉNDICES**

## Apéndice 1. Operacionalización de variables

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de Medición	Análisis Estadístico
<p><b>Seguridad del paciente.</b> La Joint Commission International. La denomina como seguridad clínica del paciente, lo que implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables.</p>	<p>El instrumento está en cuatro dimensiones donde se realizan preguntas específicas que dan respuesta a la percepción que tiene acerca de: <u>servicio</u>; trabajo en equipo, carga de trabajo, relaciones interpersonales. <u>.Del apoyo de la gerencia</u> Liderazgo, motivación, toma de decisiones, clima laboral. <u>De la comunicación</u>; Notificación de incidentes, de EA, información <u>Percepción global de seguridad</u> Cultura de seguridad que se percibe.</p>	<p>-A. Percepción sobre su servicio</p> <p>-B. Percepción del apoyo de la gerencia</p> <p>-C. Percepción de la comunicación</p> <p>-D. Percepción global sobre seguridad del paciente</p>	<p>Agrupar 18 ítems; del 1 al 18</p> <p>Agrupar 7 ítems; del 19 al 25</p> <p>Agrupar 6 ítems; del 26 al 31</p> <p>Agrupar 11 ítems; del 32 al 42</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>Sección A y B: 1 Muy en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 De acuerdo 4 Muy de acuerdo, Sección C y D: 1 Nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre.</p>	<p>Para las variables cualitativas, se utilizará Frecuencia Absoluta y Relativas (numero y proporciones)</p>

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de Medición	Análisis Estadístico
<p><b>Personal de enfermería</b> La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (OMS)</p>	<p>El cuestionario al inicio lleva información personal; datos <u>socio demográficos</u>; sexo, edad. <u>Laborales:</u> Escolaridad, categoría, turno y antigüedad.</p>	<p>Socio demográficos  Laborales</p>	<p>-Sexo -Edad  -Nivel de escolaridad -Turno en el que labora. -Servicio en el que labora -Antigüedad laboral. -Antigüedad en la institución. -Antigüedad en el servicio. -Horas laboradas por semana. -Categoría</p>	<p>-Nominal -Intervalo  -Ordinal -Nominal -Nominal -Intervalo -Intervalo -Intervalo -Intervalo -Ordinal</p>	<p>Para variables Cuantitativas se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión; (desviación estándar y límites).</p>

## Apéndice 2. Carta de aprobación por el Comité Académico



### RESPUESTA A SOLICITUD DE REGISTRO Y/O APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ALUMNO (A)

<u>CABRERA</u> APELLIDO PATERNO	<u>CÁRDENAS</u> APELLIDO MATERNO	<u>DALIA YAZMÍN</u> NOMBRE (S)
<u>MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA</u> PROGRAMA DE ADBSCRIPCIÓN		<u>2015-2017</u> PERIODO ESCOLAR
<u>30-SEPTIEMBRE-2016</u> FECHA DE RECEPCIÓN	<u>04-NOVIEMBRE-2016</u> FECHA DE APROBACIÓN	

NOMBRE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en un hospital de seguridad social.



DICTÁMEN DEL COMITÉ ACADÉMICO

APROBADO



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Avenida Artillería 138  
San Luis Potosí - CP. 78300  
San Luis Potosí, S.L.P., México  
Tel. y fax (0441) 265 2534 al 27 y  
034 2345 al 47  
rector@enfermeria.uaslp.mx  
www.uaslp.mx

FIRMA

*Sofía Cheverría R.*  
MAE. SOFÍA CHEVERRÍA RIVERA  
Coordinadora del Programa  
Representante del Comité Académico

INSTITUTO DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
U. A. S. L. P.



MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN ENFERMERÍA

### Apéndice 3. Carta de aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí



#### EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en un hospital de seguridad social

Responsable: L.E. Dalia Yasmín Cabrera Cárdenas

Fecha: 28 de noviembre de 2016

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto.	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación ( patentes)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			



FACULTAD DE ENFERMERIA  
 Av. Niño Ahíno, 140  
 Zona Universitaria - CP 76500  
 San Luis Potosí, S.L.P. México  
 tel. y fax 444 926 2224 al 27 y  
 444 2445 y 47  
 direccion@facultaddeenfermeria.com.mx  
 www.uaslp.mx

...continúa



Dictamen:

Se otorga registro CEIFE-2016-184 y se solicita enviar un informe sobre los avances del proyecto a en seis meses al correo [ceife.uaslp@gmail.com](mailto:ceife.uaslp@gmail.com)

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Apéndice 4. Carta de aprobación del Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.**



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402 con número de registro 12 CE 34 038 220 años  
CONPAG

GENERAL ZONA -99- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 18/12/2014

**LIC. DALIA YAZMIN CABRERA CARDENAS**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

**"SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE SEGURIDAD SOCIAL"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-2402-87

ATENTAMENTE

**DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

**IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## Apéndice 5. Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en un hospital de seguridad social
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 50 periodo comprendido en enero del 2017.
Número de registro:	<b>R-2016-2402-57</b>
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la seguridad del paciente percibida por el personal de enfermería en un Hospital de Seguridad Social de San Luis Potosí.
Procedimientos:	La encuesta consta de 42 preguntas; tienen cinco opciones de respuesta que van desde el totalmente en desacuerdo al totalmente de acuerdo. La duración prevista para responder la encuesta será de 10 a 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	sin riesgo, solo se le pedirá que conteste una encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Colaborar en la producción de evidencia científica, para poder documentar las condiciones y las causas que favorecen o que ponen en riesgo la seguridad del paciente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados permitirán identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora para la seguridad del paciente según la percepción del personal de enfermería.
Participación o retiro:	Si decide participar firme el consentimiento, puede retirarse en el momento que lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Las encuestas no incluirán el nombre, serán foliadas para mantener la confidencialidad, el consentimiento informado que indica la identidad del participante; se manejará de manera independiente a la encuesta.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 20px;"> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> </div>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<u>No aplica</u>
Beneficios al término del estudio:	<u>No aplica</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>L.E. Dalía Yazmin Cabrera Cárdenas</u>
Colaboradores:	<u>Dra. Martha Landeros López. MAAE. Sofía Cheverría Rivera</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2




Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-003**

## Apéndice 6. Carta de no conflicto de intereses

		<b>Universidad Autónoma de San Luis Potosí</b> <b>Facultad de Enfermería Y Nutrición</b> <b>Unidad de Posgrado e Investigación</b> <b>Maestría en Administración en Enfermería</b>	
<b>Carta de no conflicto de intereses</b>			
<p style="text-align: right;">San Luis Potosí, S.L.P. a 04 de Noviembre del 2016</p> <p>Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Presente:</p> <p>Por medio de la presente, manifestamos que en la investigación titulada “Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en un hospital de seguridad social”, NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para elaborar la investigación, desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados.</p> <p>Serán respetados en todo momento el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le son conferidos al responsable de la investigación; como primer autor la L. E. Dalia Yazmín Cabrera Cárdenas; como coautoras la Dra. Martha Landeros López y la MAAE. Sofía Cheverría Rivera, las cuales se comprometen a cumplir y actuar en conformidad con los estrictos principios de Ética profesional que establece el Código de Ética; así mismo, tendrán obligaciones éticas de difundir los resultados mediante diversos medios y en publicaciones.</p> <p>Se expone que para la publicación del primer artículo y carteles se presenta como primer autor; el autor principal, compartiendo autoría como segundo autor, los coautores y en las publicaciones subsecuentes se podrá utilizar la información generada en dicha investigación y la autoría será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para ir como primer autor con previa autorización del autor principal.</p> <p style="text-align: center;">Atentamente</p> <p style="text-align: center;">_____ LE Dalia Yazmín Cabrera Cárdenas</p> <p>_____ Dra. Martha Landeros López</p> <p>_____ MAAE. Sofía Cheverría Rivera</p>			

# **XI. ANEXOS**

## Anexo 1 Instrumento

Folio:



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DELEGACIÓN ESTATAL EN SAN LUIS POTOSÍ  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50**



### Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes

#### Datos Socio demográficos y laborales.

Sexo: F\_\_ M\_\_ Edad (años):\_\_\_\_\_ Edo. Civil: soltero ( ) casado ( ) viudo ( )  
 Turno que labora: \_\_\_\_\_ Servicio que labora: \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_  
 Nivel Académico: Técnico ( ) Licenciatura ( ) Pos técnico ( )  
 Especialidad ( ) Maestría ( ) Doctorado ( )  
 Años de experiencia laboral: \_\_\_\_\_ Antigüedad en la Institución (años): \_\_\_\_  
 Antigüedad en el Servicio: \_\_\_\_\_ Horas laboradas por semana \_\_\_\_\_

#### **Instrucciones:**

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla le llevará de 10 a 15 minutos.

Un **incidente** es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/ procedimientos, produzcan o no daño al paciente.

Un **“evento adverso”** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.

**“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

**Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionaran respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.**

**Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente.**

#### **Sección A: Su servicio/Unidad**

**Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo**

1.- El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
2.- Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
4.- En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo

5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7.- En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8.- Si los compañeros o los supervisores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9.- Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10.- No se producen más fallos por casualidad	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12.- Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13.- Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14.- Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15.- Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16.- Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17.- En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para	<input type="checkbox"/> 1 Muy en	<input type="checkbox"/> 2 En	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De	<input type="checkbox"/> 5 Muy de

evitar errores en la asistencia.	desacuerdo	desacuerdo		acuerdo	acuerdo
19.- Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
20.- Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
21.- Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/ jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
22.- Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo

### Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23.- La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
24.- Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
25.- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
26.- Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
27.- En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
28.- Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo
29.- El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo

30.- La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
31.- La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
32.- Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
33.- Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

**Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad**  
**Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su**  
**servicio/unidad de trabajo**

34.- Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
36.- Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
37.- El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
38.- En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
39.- El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
40.- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
41.- Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi	<input type="checkbox"/> 5 Siempre



paciente.		nunca		siempre	
42.- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre

### Sección D: Información complementaria

43.- Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio /unidad.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Seguridad Mínima					Seguridad Máxima					
44.- Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?										
45.- ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?								<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 NO		
46.- ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificaciones de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?										
Muchas gracias por su colaboración										