



Enfermería Universitaria  
ISSN: 1665-7063  
Universidad Nacional Autónoma de México

## Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel

---

**Ramírez-Martínez, M.E.; González Pedraza-Avilés, A.**

Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel

Enfermería Universitaria, vol. 14, núm. 2, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

**Disponible en:** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358751562006>

**DOI:** 10.1016/j.reu.2017.02.006

# Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel

Cultura de segurança e eventos adversos em uma clínica de primeiro nível

M.E. Ramírez-Martínez <sup>a</sup>

ISSSTE, México

A. González Pedraza-Avilés <sup>b \*</sup>

Facultad de Medicina, México

## Resumen

**Objetivo:** Identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de primer nivel.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, desarrollado en una clínica de medicina familiar del sur de la ciudad de México. Se aplicó el cuestionario *Hospital survey on patient safety culture*. Se utilizó estadística descriptiva. Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 22.

**Resultados:** Aceptaron participar en el estudio 27 profesionales de enfermería. El promedio de edad fue de 44.7 años. Cerca del 15% refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. El 66.7% del personal de enfermería describió no haber notificado ningún evento adverso. La dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores con 75.3% aparece globalmente como fortaleza. En las debilidades percibidas, destacan 2 dimensiones: respuesta no punitiva a los errores con 61.7% y dotación de personal con 62%, ambas corresponden al área o rubro de cultura de seguridad en el nivel servicio.

**Conclusiones:** Cerca de la tercera parte de los entrevistados no habían reportado ningún evento adverso en los últimos años, además de que solo un poco más de la mitad refirió percibir un clima de seguridad del paciente entre aceptable y superior.

**Palabras clave:** Clima de seguridad del paciente++ Cultura de seguridad del paciente++ Evento adverso++ Debilidades++ México.

## Abstract

**Objective:** To identify the perception on climate and culture of safety and prevalence of adverse events among nurses in a first level clinic.

**Methods:** This is a descriptive, transversal and prospective study conducted in a family medicine clinic located at the south of Mexico City. The questionnaire hospital survey on patient safety culture was used. Descriptive statistics were obtained and analyzed with spss v22.

**Results:** A total of 27 nurses agreed to participate in the study. The average age of the participants was 44.7 years old. Close to 15% said they perceive a patient safety climate between excellent and very good. The 66.7% describe having not noticed any adverse event. The dimension of feedback and communication about errors with 75.3% appears globally as a strength. In the perceived weaknesses, 2 dimensions stand out: non-punitive response to errors with 61.7% and staffing with 62% both correspond to the area or culture of service-level safety culture.

**Conclusions:** Approximately one third of the interviewed had not reported any adverse event during the previous years, while a little more than half perceive a patient safety climate between acceptable and superior.

**Keywords:** Patient safety climate, Patient safety culture, Adverse event, Weaknesses, Mexico.

Enfermería Universitaria, vol. 14, núm. 2, 2017

Universidad Nacional Autónoma de México

Recepción: 04 Noviembre 2016  
Aprobación: 10 Febrero 2017

DOI: 10.1016/j.reu.2017.02.006

Copyright © 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
CC BY-NC-ND

## Resumo

**Objetivo:** Identificar a percepção sobre clínica e cultura de segurança, e determinar a prevalência de eventos adversos em enfermeiras/os de uma clínica de primeiro nível.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal e prospectivo, desenvolvido em uma clínica de medicina familiar do sul da Cidade do México. Aplicou-se o questionário hospital survey on patient safety culture: utilizou-se estatística descritiva, os dados capturaram-se e analisaram no programa estatístico SPSS versão 22.

**Resultados:** Aceitaram participar no estudo 27 enfermeiras/os. A média de idade foi de 44.7 anos. Cerca do 15% refere perceber um clima de segurança do paciente entre excelente e muito bom. O 66.7% das enfermeiras/os descrevem não ter notificado nenhum evento adverso. A dimensão 2 erros de feedback e comunicação com 75,3% aparece globalmente como uma fortaleza. Em debilidades percebidas, existem duas dimensões: nenhuma resposta punitiva a erros com 61,7% e de pessoal com 62%, tanto para a área ou categoria de cultura de segurança no nível de serviço.

**Conclusões:** Cerca da terceira parte 2 entrevistados não tinham reportado algum evento adverso nos últimos anos, além disso que um pouco mais da metade refere perceber um clima de segurança do paciente entre aceitável e superior.

**Palavras chave:** Clima segurança do paciente, Cultura de segurança do paciente, Evento adverso, Debilidades, México.

## Introducción

Se identifica como evento adverso (EA) aquel que produce daño al paciente después de que este ingrese a una institución médica, y está relacionado más con el cuidado proporcionado que con la enfermedad de origen. Ejemplos de EA pueden ser una infección intrahospitalaria, una reacción alérgica a un medicamento o bien una caída; se da por entendido que un porcentaje importante puede ser prevenible o evitable.

Se ha identificado que uno de cada 10 pacientes ingresados a hospitalización sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidad grave o incluso la muerte. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de EA en hospitales es del 9.2%, de los cuales el 43.5% se consideran evitables <sup>1</sup>. El estudio Harvard Medical Practice Study (HMPS), efectuado en 51 hospitales del estado de Nueva York en los Estados Unidos, identificó una tasa de EA de 3.7% (IC 95%: 3.2-4.2), el 27.6% fueron debidos a negligencia (IC 95%: 22.5-32.6), el 70% condujo a discapacidades leves o transitorias, el 3% a discapacidades permanentes y el 13.6% contribuyeron a la muerte <sup>2</sup>. En el estudio realizado por Vincent et al., en 2 hospitales de Londres, obtuvieron una incidencia de EA del 10.8% en 1,014 pacientes, el 48% de los cuales fue catalogado como prevenible y un tercio de los EA condujeron a moderada o alta incapacidad o muerte <sup>3</sup>.

En el 2008 se llevó a cabo en 5 países de América Latina el *Estudio IBEAS de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*: se estudiaron un total de 58 hospitales y 11,555 expedientes, y se obtuvo un promedio general de 10.5% de pacientes con EA relacionado con la asistencia sanitaria. Los EA mayormente identificados estaban relacionados con la infección nosocomial o con algún procedimiento <sup>4</sup>. En Chile, en un hospital público, la tasa de incidencia de EA fue de un 8.3%, el mayor

porcentaje de los cuales correspondió a infecciones intrahospitalarias, y el 25% fue considerado como grave <sup>5</sup>.

Healey et al. realizaron un estudio prospectivo en diferentes unidades de cirugía en el que la tasa de EA fue de 31.5%, con un porcentaje de 44.7% de complicaciones mayores que eran evitables y una mortalidad evitable del 29% <sup>6</sup>. Sandars et al., en un estudio realizado en el primer nivel de atención, identificaron que el error médico se produce entre 5 y 80 veces por cada 100,000 consultas, y que está relacionado principalmente con los procesos que intervienen en el diagnóstico y tratamiento <sup>7</sup>.

En otro estudio desarrollado en 48 centros de atención primaria en España, la prevalencia de sucesos adversos fue de 18.6% (IC 95%: 17.7-19.4) y la de EA de un 11.18% (IC 95%: 10.5-11.8). La prevalencia de pacientes con algún EA es del 10.1% (IC 95%: 9.4-10.7). Un 6.7% de los pacientes acumuló más de un EA <sup>8</sup>.

De Vries et al. realizaron una revisión sistemática que identificó 8 estudios que representan el análisis de los registros de un total de 74,485 pacientes. La incidencia global promedio de incidentes intrahospitalarios fue del 9.2%; de estos, el 43.5% eran prevenibles, el 56.3% fueron leves y el 7.4%, letales <sup>9</sup>.

En México, el Gobierno de la República ha incorporado la seguridad del paciente en las políticas públicas, las cuales han quedado inscritas en los diferentes documentos oficiales, como el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 <sup>10,11</sup>.

La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia <sup>12</sup>.

El informe *To err is human: Building a safer health system*, publicado por el Instituto de Medicina (IOM) norteamericano, estimó que hasta 98,000 pacientes fallecían cada año en los hospitales de Estados Unidos debido a errores médicos prevenibles, que hasta un 17% de los ingresos hospitalarios eran por EA y que, de los pacientes dados de alta, hasta un 40% había presentado un *cuasierror* (errores que finalmente no llegan al paciente, pero que lo podrían haber hecho) <sup>13</sup>.

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos y discapacidad que, en algunos países, cuestan entre 6,000 millones y 29,000 millones de US\$ por año <sup>14</sup>. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los estados miembros de la OMS. La alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria <sup>15</sup>.

En la actualidad, la seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes que requieren revisión y desarrollo, para establecerlo como un valor necesario en la atención de enfermería. Se hace necesario

identificar el conocimiento que tiene el personal sobre el EA desde su concepto, y la percepción y la cultura que tienen en cuanto al reporte, si cuentan con un instrumento para realizarlo y la información que se genera a partir de los datos obtenidos.

En el país no existe la cultura de reportar, por lo que, a nivel nacional, se dispone de escasos datos estadísticos que permitan realizar estudios de investigación para identificar la incidencia y prevalencia de los EA y del clima de seguridad imperante en los servicios de salud nacionales: es preciso concienciar al personal de enfermería de la necesidad de generar una cultura de seguridad que incida de manera favorable en la disminución de los EA relacionados con su actividad laboral.

Como bien refieren Torijano-Casalengua et al.<sup>16</sup>, se trata de una experiencia traumática y dolorosa, pero no solo para el paciente y su familia, sino también para los profesionales de la salud que se ven involucrados, pues se convierten en segundas víctimas de dicho EA, lo que puede ocasionar serias consecuencias laborales, familiares y personales.

El objetivo del presente estudio fue identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de EA en personal de enfermería de una clínica de medicina familiar.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, desarrollado con enfermeras adscritas a una clínica de medicina familiar del sur de la Ciudad de México. No se realizó cálculo de tamaño de muestra, ni selección de los participantes, ya que, de origen, se incluyó a todo el personal de enfermería de la clínica.

Al personal de enfermería que aceptó participar se le solicitó firma de consentimiento informado, y se le aplicó el cuestionario denominado *Hospital survey on patient safety culture*, desarrollado en 2004 por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos, traducido al español por la propia AHRQ<sup>17</sup>. En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que es el centro colaborador de la OMS/OPS en calidad de la atención y seguridad del paciente, también efectuó su adaptación y validación mediante la prueba alfa de Cronbach; se aplicó por primera vez en 2009<sup>18</sup>.

El cuestionario considera 3 rubros: a) clima laboral, que incluye 2 dimensiones: frecuencia de eventos notificados y percepción de seguridad, b) cultura de seguridad en el servicio, que incluye 8 dimensiones: acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la unidad/servicio, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, y c) cultura de seguridad en toda la clínica, que incluye 2 dimensiones: trabajo en equipo entre unidades/servicios y cambio de turno/transición entre servicios. Con un total de 12 dimensiones que comprenden 42 ítems.

El cuestionario consta de 2 tipos de preguntas, unas formuladas en sentido positivo y otras en sentido negativo. Se utiliza una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta. En algunas preguntas, las opciones de respuestas son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ninguna, de acuerdo y totalmente de acuerdo; en tanto que en otras preguntas, las opciones de respuesta son: nunca, rara vez, a veces, la mayoría de las veces y siempre.

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades. De acuerdo con la metodología propuesta por la AHRQ, para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean 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 un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios:  $\geq 50\%$  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.

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 22.

Los autores declaran apegarse íntegramente a la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Con base en este último, esta investigación se clasifica como de tipo I, investigación sin riesgo.

## Resultados

El total del personal de enfermería de la clínica es de 33; de estos, 27 aceptaron participar en el estudio. El promedio de edad de los participantes fue de  $44.7 \pm 13.6$  años (IC 95%: 39.3-50.1) con rango de 27 a 68 años. El 96.3% pertenecían al sexo femenino (26/27), el 25.9% eran solteros, el 66.7% casados y solo el 7.4% refirieron unión libre. Con referencia a las características propias de la profesión, el promedio de años del tiempo trabajando en la clínica fue de  $16.1 \pm 12.1$  (IC 95%: 11.3-20.9); el promedio de años de experiencia laboral fue de  $21.3 \pm 12.4$  (IC 95%: 16.4-26.2). Solo el 18.5% tenían estudios de licenciatura o posgrado.

En el rubro de clima de seguridad, además de las dimensiones ya referidas, se incluye la calificación del grado de seguridad y el número de eventos notificados. Para el primero, cerca del 15% refiere percibir un clima o grado de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno, mientras que casi el 44% del personal lo identifica como pobre o malo (tabla 1).



**Tabla 1**  
Percepción del grado de seguridad del paciente (n=27)

<b>Tabla 1</b> Percepción del grado de seguridad del paciente (n = 27)		
	F	%
Excelente	0	0
Muy bueno	4	14.8
Aceptable	11	40.7
Pobre	11	40.7
Malo	1	3.7

En el número de eventos notificados, el 66.7% del personal de enfermería refieren no haber notificado ningún evento, y solo 4 (14.8%) reportaron de 1 a 2 eventos en el último año (tabla 2).

**Tabla 2**  
Número de eventos notificados

<b>Tabla 2</b> Número de eventos notificados		
Número de eventos	F	%
Ninguno	18	66.7
1 a 2 eventos	4	14.8
3 a 5 eventos	5	18.5
Total	27	100.0

### *Fortalezas y debilidades identificadas en las dimensiones*

Con base en los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, la dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores con un 75.3% aparece globalmente como fortaleza. En contraposición, en las debilidades u oportunidades de mejora percibidas por los encuestados, hay 2 dimensiones que incluyen algún ítem o ítems significativamente percibidos como negativos. Estas dimensiones son: respuesta no punitiva a los errores, con un 61.7%, y dotación de personal, con un 62%. Las 3 dimensiones se corresponden con el área o rubro de cultura de seguridad del servicio.

### *Fortalezas y debilidades identificadas en los ítems*

Se identificaron 2 ítems como fortalezas: nos informan de los errores con un 77.8%, de la dimensión retroalimentación y comunicación sobre

errores y tenemos suficiente personal con el mismo porcentaje, de la dimensión dotación de personal.

En contraste, los ítems que se presentan en las tablas 3, 4 y 5 fueron identificados como debilidades u oportunidades de mejora, los cuales involucran las 3 áreas o rubros analizados: clima de seguridad, cultura de seguridad del servicio y cultura de seguridad de toda la clínica.

**Tabla 3**

Principales áreas de mejora con relación al clima de seguridad a nivel servicio

<b>Tabla 3</b> Principales áreas de mejora con relación al clima de seguridad a nivel servicio		
Dimensión	Pregunta	%
Percepción de seguridad	Tenemos problemas de seguridad del paciente en esta clínica	70.4
Acciones de la dirección/supervisión	El supervisor jefe toma muy en cuenta las sugerencias	63.0
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Nos dan retroalimentación de los cambios Se dialoga para prevenir errores	74.1 74.1

**Tabla 4**

Principales áreas de mejora con relación a la cultura de seguridad a nivel servicio

<b>Tabla 4</b> Principales áreas de mejora con relación a la cultura de seguridad a nivel servicio		
Dimensión	Pregunta	%
Respuesta no punitiva a los errores	El personal siente que sus errores se utilizan en contra de ellos	51.9
	Se informa del incidente, se reporta el problema o persona	63.0
	Le preocupan que los errores se archiven	74.0

**Tabla 5**

Principales áreas de mejora con relación a la cultura de seguridad en toda la clínica

<b>Tabla 5</b> Principales áreas de mejora con relación a la cultura de seguridad en toda la clínica		
Dimensión	Pregunta	%
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Los departamentos no se coordinan entre sí	70.4
Cambios de turno/transición entre servicios	Existe incertidumbre cuando se transfiere a un paciente	55.6
	Durante los cambios de turno se pierde información	51.9
	Ocurren problemas durante el intercambio entre unidades	51.9

## Discusión

Diversos estudios definen que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y EA, para aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos de atención de manera que los errores no vuelvan a suceder<sup>19,20</sup>.

A este tenor, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido destacado como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. En el informe publicado por el National Quality Forum de Estados Unidos, se hace referencia a la medición de la cultura de seguridad como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación<sup>17</sup>.



Sin embargo, para Latinoamérica, hasta el momento no existe un sistema de registro de notificación de EA para el primer nivel de atención, ni mucho menos un instrumento validado que permita el registro sistematizado de este tipo eventos<sup>21,22</sup>.

Solo recientemente, en la Ciudad de México se presentó en la literatura una propuesta para validar un sistema de registro de EA en atención primaria<sup>21</sup>.

Con respecto al clima de seguridad, en el estudio aquí presentado, el 55.6% del personal de enfermería lo calificaron de aceptable o superior, resultado similar al 50% reportado en el estudio español de 2009<sup>19</sup>, pero inferior al de un trabajo realizado en Colombia en 2012, en trabajadores de la salud, que reporta que más del 80% percibía un grado de seguridad de aceptable a excelente<sup>23</sup>. También es inferior al de un estudio chileno, que describe que más del 90% de los profesionales de la salud entrevistados tienen la percepción ya referida<sup>5</sup>.

Con relación al número de eventos notificados, en este estudio, el 66% refirieron no haber reportado ningún error, y el 14.8% de 1 a 2 eventos, resultado similar al mismo estudio español, que reporta el 77.8% para ningún evento reportado y 14.5% para 1 o 2<sup>19</sup>; y al estudio colombiano, en el que el 74.1% de los entrevistados refirió no haber realizado ningún reporte de EA y el 18.2%, de 1 a 2 reportes<sup>23</sup>. Pero es inferior al realizado en un hospital público en Chile, en el que se informa de que el 41% de los trabajadores de la salud no habían reportado ningún evento, y el 32% tenía 1 o 2 eventos reportados<sup>5</sup>.

En la práctica médica general del primer nivel de atención, Rubín et al.<sup>24</sup> realizaron una propuesta para describir la clasificación de errores a través de la validación con expertos de 940 errores registrados: encontraron que la mayoría eran secundarios a la prescripción de medicamentos, aunque solo el 6% se debían a sus efectos adversos, y que el 30% fueron errores de comunicación.

En nuestro estudio, los principales errores referidos por el personal de enfermería fueron los de comunicación y de técnicas de aplicación de medicamentos y productos.

Ruelas et al.<sup>25</sup> identificaron un 29.9% de EA de 127 casos estudiados que produjeron daños en los pacientes. De estos, el 21% sucedió en unidades de primer nivel de atención, principalmente en urgencias.

En otro estudio realizado en 48 clínicas de primer nivel de atención en España, se identificó una prevalencia del 7% de errores adversos, de los cuales el 64.3% fueron considerados como evitables y el 5.9% se catalogaron como graves y asociados a medicación<sup>26</sup>.

Con respecto a los registros en la literatura que involucran EA en el personal de enfermería, aunque no en el primer nivel de atención, se destaca el realizado por Zárate-Grajales et al.<sup>27</sup>, quienes refieren que el evento identificado con mayor frecuencia fue el relacionado con el cuidado (30.7%), el segundo lugar lo ocuparon los referentes a la vía área (22.6%), principalmente la extubación no programada, y finalmente identificaron que el 11.7% de los EA estaban asociados con la medicación

y las soluciones parenterales. De acuerdo con la percepción del profesional de enfermería relacionada con la evitabilidad del EA, se reportó que en el 75% de los casos se pudo haber evitado.

En lo referente al clima de seguridad, en el análisis por dimensión se obtuvo lo siguiente; en el estudio realizado en Estados Unidos en 2010 en 885 hospitales <sup>20</sup>, las dimensiones con la menor puntuación fueron las de respuesta no punitiva al error, y la de problemas durante los cambios de turno o traslado de pacientes entre unidades o servicios, en tanto que las 2 dimensiones con las puntuaciones máximas fueron la de trabajo en equipo dentro del servicio y la de acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad. En Colombia, en el estudio que incluyó 7 centros de atención <sup>23</sup>, los autores no realizaron el análisis por dimensiones; sin embargo, el mayor número de preguntas identificadas como fortalezas se presentaron en las dimensiones trabajo en equipo dentro de la unidad y el aprendizaje organizacional/mejora continua.

Es importante mencionar que según estos 2 últimos trabajos, en las unidades se viene considerando y trabajando desde hace algunos años la cultura de la seguridad laboral, y se realizan evaluaciones periódicas al respecto anual o bienalmente. Esto se hace evidente, ya que en ambos estudios las acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad laboral se calificaron como fortalezas. Otro estudio que analiza las fortalezas y debilidades, que utilizó el mismo cuestionario, es el español ya referido <sup>19</sup>. En este estudio la dimensión con la menor calificación fue la correspondiente a dotación de personal y la calificación más alta la obtuvo la dimensión de acciones de las áreas directivas para favorecer la seguridad y trabajo en equipo en la unidad/servicio. En términos generales, los resultados relacionados con debilidades u oportunidades de mejora concuerdan con lo obtenido en nuestro trabajo, al igual que en el estudio norteamericano, la dimensión respuesta no punitiva a errores obtuvo la más baja puntuación, con relación al estudio español; la dimensión dotación de personal también tuvo de las puntuaciones más bajas. Se identifican ambas dimensiones como las que se clasificaron como debilidades u oportunidades de mejora en nuestro estudio. Los resultados también concuerdan con el estudio chileno en el que reportan la respuesta punitiva a los EA con una media de 63%, que la identifica como debilidad, lo mismo que la dimensión dotación de personal, con un 52% <sup>5</sup>. También hubo concordancia entre el estudio norteamericano y el nuestro, con relación a las dimensiones mejor calificadas, ya que la dimensión apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente presentó las puntuaciones más altas. Aunque no se pudo identificar como fortaleza <sup>20</sup>.

De los ítems identificados como debilidades en este trabajo, solo hubo concordancia en uno, respecto con lo reportado en el estudio español: los departamentos no se coordinan entre ellos <sup>19</sup>.

Independientemente de los resultados obtenidos en cada estudio, y de la dificultad de su comparación, si se considera el número de trabajadores y unidades involucradas en cada caso, además del hecho de que este estudio

se realizó en el primer nivel de atención médica, lo más trascendente es el análisis que se debe hacer de ellos en cada situación particular, y su utilización para definir acciones que se deben generar, con el fin de mejorar el clima de seguridad de los pacientes, como ya lo realizan algunos países.

En resumen, es inevitable que, con base en el informe y análisis de los errores y EA, se consolide una cultura institucional educativa y no punitiva, con una eficaz retroalimentación y comunicación.

## Conclusiones

Cerca de la tercera parte de los entrevistados no habían reportado ningún evento adverso en los últimos años, además de que solo un poco más de la mitad refiere percibir un clima de seguridad del paciente entre aceptable y superior. Solo una dimensión se identificó como fortaleza. Por lo anterior, se hace necesario instaurar políticas sobre clima y cultura de seguridad del paciente en todas las unidades del sector salud, independientemente de su nivel de atención, además de hacer valer las ya existentes, y establecer medidas de monitoreo y seguimiento para evaluar dichas acciones.

## Responsabilidades éticas

### *Protección de personas y animales*

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

### *Confidencialidad de los datos*

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### *Derecho a la privacidad y consentimiento informado*

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS, 2007. [Consultado 30 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2jRu9Ap>
- Brennan T.A, Leape L.L, Laird N.M, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical

- Practice Study I. Qual Health Care Saf. 2004; 13:145-52, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2002.003822>
- Vicent C, Neale G, Woloshyowych M. Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. BMJ. 2001; 322:517-9, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Gloria Alarcón C, Ortiz Pommier A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado. Chile: Gerencia de Calidad, Unidad de Gestión de Riesgo Clínico, 2009; 1-51 [consultado 24 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2kQEjkU>.
- Healey M, Shackford S, Osler T, et al. Complications in surgical patients. Arco Surg. 2002; 137:611-7
- Sanders J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. Fam Pract. 2003; 20:231-6
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado 24 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2jrkSmk>
- De Vries E.N, Ramrattan M.A, Smorenburg S.M. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. Qual Saf Health Care. 2008; 17:216-23
- Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018. México: Gobierno de la República; 2013 [consultado 2 octu 2016]. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
- Secretaría de Salud. Guía técnica para el análisis causa-raíz de eventos adversos en hospitales 2013. México: SSA; 2013 [consultado 20 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2jREMDc>
- CONAMED. Sistemas de notificación de incidentes y clasificación internacional para la seguridad del paciente. En: Módulo III. Seguridad del paciente. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. México: CONAMED; 2011 [consultado 22 ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2lQxlkg>
- Kohn L, Corrigan J, Donalson M.S. To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. OMS: Ginebra; 2008 [consultado 28 ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1nRtiyj>
- OMS. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. pp. 1-10 [consultado 28 ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1ffqfzc>
- Torijano-Casalengua M.L, Astier-Pena P, Mira-Solves J.J. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. Aten Primaria. 2016; 48:143-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.002>

- Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ Publication N.º 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; sept 2004 [consultado 28 ago 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2e9BeKs>
- Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*. 2010; 78:527-32
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consultado 28 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2klilra>
- Agency for Healthcare Research and Quality. Surveys on patient safety culture, Rockville MD: AHRQ; 2016 [consultado 24 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1TW3vG6>
- Rojas-Armadillo M.L, Jiménez-Báez M.V, Chávez Hernández M.M, et al. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54:327-33
- Vázquez Evangelina C. Seguridad del paciente. Una necesidad para el cuidado. *Enferm Univ*. 2008; 5:30-4
- Munar-Ariza G, Ramírez-Giraldo AM, Villamarín-Guzmán X, et al. Informe de la encuesta cultura de seguridad del paciente 2012. Bogotá: Hospital de SUBA II NIVEL ESE; 2012 [consultado 24 sept 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2l7xTRW>
- Rubín G, George A, Chinn D, et al. Errors in general practice: Development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Health Care Saf*. 2003; 12:443-7, <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.6.443>
- Ruelas-Barajas E, Tena-Tamayo C, Sánchez- González J, et al. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. *Cir Ciruj*. 2008; 76:153-60
- Aranaz-Andrés J.M, Aibar C, Limón R, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012; 22:921-5, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckr168>
- Zárate-Grajales R, Olvera-Arreola S, Hernández-Cantoral A, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto Multi-céntrico. *Enferm Univ*. 2015; 12:63-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>

## Notas

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## Notas de autor

Autor para correspondencia. [albemari@unam.mx](mailto:albemari@unam.mx)