

# Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México.

Ethical climate and culture of pediatric patient safety in a hospital specialty of southeast Mexico.

Clima ético e cultura de segurança do doente pediátrico num hospital especial do sudeste do México

Climat éthique et culture de sécurité du patient pédiatrique dans un hôpital spécial du Sud-est du Mexique

<sup>1</sup>López Frías Esmeralda, <sup>2</sup>Vicente Ruiz María Asunción, <sup>3</sup>De La Cruz García Carmen.

DOI: 10.19136/hs.a18n2.2727

## ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 02 de octubre de 2018. Fecha de aceptado: 30 de enero de 2019.

Autor de Correspondencia:

López Frías Esmeralda Calle Libertad No. 225, col. Atasta. Centro, Tabasco. C.P. 86100 México. Correo electrónico: esmeralda.lopezfrías30@gmail.com

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre el clima ético organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

**Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, los instrumentos utilizados para medir el clima ético hospitalario, la encuesta de Linda Olsón (1988) y la cultura de seguridad del paciente, el cuestionario el MOSPS (2011). La muestra la constituyeron 168 profesionales de enfermería.

**Resultados:** El índice global de clima ético hospitalario de 56.29, las enfermeras percibieron un clima de seguridad global de 8 (57.1%), en una escala del 0 al 10. Los eventos notificados en un año fueron de 0 incidentes por escrito (88.7%). Se encontró que existe una asociación positiva y significativa ( $rs=.404$ ;  $p=.000$ ) entre el clima ético y los eventos adversos, así como del clima ético con la seguridad ( $rs=.231$ ;  $p=.003$ ) y del clima ético hospitalario y la percepción de seguridad del paciente ( $rs=.636$ ;  $p=.000$ ).

**Conclusiones:** El clima ético hospitalario percibido, se orienta a un ambiente positivo y de confianza en el trabajo colaborativo entre profesionales y pacientes, en contraste con los hallazgos de desconfianza y subordinación que son desfavorables para el ejercicio profesional en otras disciplinas, la relación con los jefes y con el hospital.

**Palabras clave:** Clima; ética; cultura; seguridad del paciente; hospital pediátrico, enfermería.

---

<sup>1</sup> Maestra en Enfermería, Licenciada en Enfermería. México. <https://orcid.org/0000-0001-8834-9984>

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias en Enfermería. Adscrita al Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón, Secretaría de Salud. México. <http://orcid.org/0000-0002-6077-728X>

<sup>3</sup> Maestra en Epidemiología y Administración en Salud. México. <http://orcid.org/0000-0003-3047-8470>

## Abstract.

**Objective:** To determine the relationship between the organizational ethical climate and the Safety Culture of the Patient in the nursing staff of the Regional Hospital of High Specialty of the Child “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

**Materials and methods:** Quantitative, descriptive, correlational and transversal study, the survey of Linda Olsón (1988) and the culture of patient safety, the questionnaire MOSPS (2011) used as instruments to measure the hospital ethics climate. The sample consisted of 168 nursing professionals.

**Results:** The global index of hospital ethical climate of 56.29, nurses perceived a climate overall security of 8 (57.1%), on a scale of 0 to 10. Events reported in one year were 0 incidents in writing (88.7%). It was found that there is a positive and significant association ( $r_s = .404$ ;  $p = .000$ ) between the ethical climate and the adverse events, as well as the ethical climate with safety ( $r_s = .231$ ;  $p = .003$ ) and the hospital's ethical climate and the perception of patient safety ( $r_s = .636$ ;  $p = .000$ ).

**Conclusions:** The perceived hospital ethical climate is oriented towards a positive and reliable environment in the collaborative work between professionals and patients, in contrast to the findings of distrust and subordination that are unfavorable for professional practice with other disciplines, the relationship with the chiefs and with the hospital.

**Keywords:** Climate; ethics; culture; patient safety; pediatric hospital, nursing.

## Resumo

**Objetivo:** Determinar a relação entre o clima ético organizacional e a cultura de segurança do doente na equipe de enfermagem do Hospital Regional de Alta Especialidade da Criança “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

**Materiais e métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, os instrumentos utilizados para medir o clima ético hospitalar foram a pesquisa de Linda Olsón (1988) e a cultura de segurança do doente, o questionário MOSPS (2011). A amostra foi composta por 168 profissionais de enfermagem

**Resultados:** O índice global do clima ético hospitalar é de 56,29, os enfermeiros perceberam um clima de segurança global de 8 (57,1%), numa escala de 0 a 10. Os eventos notificados por escrito num ano são de 0 incidentes (88,7%). Verificou-se a existência de uma associação positiva e significativa ( $r_s = 0,404$ ,  $p = 0,000$ ) entre o clima ético e os eventos adversos, bem como o clima ético com a segurança ( $r_s = 0,231$ ;  $p = 0,003$ ) e o clima ético hospitalar e a percepção da segurança do doente ( $r_s = 0,636$ ;  $p = 0,000$ ).

**Conclusão:** O clima ético hospitalar percebido orienta-se num ambiente positivo e de confiança no trabalho colaborativo entre profissionais e doentes, em oposição aos dados de desconfiança e subordinação que são desfavoráveis para a prática profissional com outras disciplinas, as relações com os chefes e com o hospital.

**Palavras chave:** Clima; Ética Cultura; Segurança do doente; Hospital pediátrico, enfermagem.

## Résumé

**Objectif:** Déterminer la relation entre le climat éthique organisationnel et la culture de sécurité du patient parmi le personnel infirmier de l'Hôpital régional de haute spécialité de l'enfant “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”.

**Matériel et méthodes:** Étude quantitative, descriptive, corrélacionnelle et transversale, instruments utilisés pour mesurer le climat éthique en milieu hospitalier, enquête Linda Olsón (1988) et culture sur la sécurité des patients, questionnaire MOSPS (2011). L'échantillon comprenait 168 professionnels infirmiers.

**Résultats:** Indice global du climat hospitalier éthique de 56,29, les infirmières ont perçu un climat de sécurité global de 8 (57,1%) sur une échelle de 0 à 10. Les événements rapportés au cours d'une année sont de 0 incidents écrits (88,7%). Il a été constaté qu'il existe une association positive et significative ( $r_s=0,404$ ,  $p=0,000$ ) entre le climat éthique et les événements indésirables, ainsi que le climat éthique avec sécurité ( $r_s= 0,231$ ;  $p = 0,003$ ) et le climat éthique hospitalier et perception de la sécurité des patients ( $r_s = 0,636$ ;  $p=0,000$ ).

**Conclusions:** Le climat éthique hospitalier perçu est orienté vers un environnement positif et digne de confiance dans le travail collaboratif entre professionnels et patients, contrairement aux conclusions de méfiance et de subordination défavorables à la pratique professionnelle avec d'autres disciplines, la relation avec les chefs. et avec l'hôpital.

**Mots-clés:** Climat; éthique, la culture; la sécurité des patients; hôpital pédiatrique, soins infirmiers.

## Introducción

La seguridad del paciente es un problema serio de salud pública mundial. La organización Mundial de la Salud en 2018<sup>1</sup> reportó los 10 hechos sobre seguridad del paciente:

1. Estimó a nivel mundial 421 millones de hospitalizaciones anuales y 42.7 millones de eventos adversos en los pacientes durante las hospitalizaciones. El daño al paciente es la decimocuarta causa de morbilidad y mortalidad.

2. En los países de altos ingresos, uno de cada 10 pacientes sufre daños, mientras reciben atención hospitalaria. El daño es causado por incidentes o eventos adversos; la mitad de ellos son prevenibles. En un estudio de la frecuencia y evitabilidad de los eventos adversos en 26 países de ingresos bajos y medianos, la tasa de eventos adversos fue de 8%; 83% podrían haberse evitado y un tercio pueden provocar la muerte. Dos tercios de los eventos adversos ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

3. Las prácticas de medicamentos inseguros y los errores de medicación son causa de daños evitables en los sistemas de atención médica en el mundo. El costo asociado con los errores de medicación se ha estimado en 42 millones de dólares anuales, sin considerar los salarios perdidos, la productividad o los costos de la atención médica, equivalente a 1% del gasto en salud. Los errores de medicación ocurren cuando existen sistemas de medicamentos débiles y/o factores humanos, como fatiga del personal, malas condiciones de trabajo, interrupciones del flujo de trabajo o escasez de personal que perjudican las prácticas de prescripción, transcripción, dispensación, administración y monitoreo, ocasionando daños graves, discapacidad y muerte.

4. Los estudios demuestran que 15% de la actividad y el gasto hospitalario total en países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, son resultado directo de eventos adversos, tan graves como trombo embolismo venoso, úlceras por presión e infecciones. Se estima que el costo del daño asciende a billones de dólares anuales.

5. La inversión para reducir incidentes de seguridad del paciente pueden generar ahorros financieros y mejores resultados de salud a los pacientes. En Estados Unidos, las mejoras de seguridad llevaron a ahorros estimados de US \$28 mil millones en hospitales del Medicare entre 2010 y 2015.

6. De cada 100 pacientes hospitalizados, siete en países de altos ingresos y 10 en los de bajos y medianos ingresos, adquirirían infecciones asociadas a la atención médica (HAI), que dañan a millones de pacientes. En la Unión Europea, 3.2 millones de pacientes están infectados con HAI y 37 000 mueren como consecuencia. Las medidas para la prevención, sencillas y de bajo costo y el control de infecciones, como la higiene adecuada de las manos, podrían reducir la frecuencia de IAH a casi la mitad de los pacientes.

7. La evidencia de la OMS sugiere que la cirugía produce altas tasas de morbilidad y mortalidad, con 7 millones de personas anuales que experimentan complicaciones quirúrgicas incapacitantes; de ellas 1 millón mueren. Las

tasas de morbilidad perioperatoria y asociadas a la anestesia han disminuido en los últimos 50 años, en parte como consecuencia de los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente en el entorno peri-operatorio; siguen siendo dos o tres veces más altas en países de bajos y medianos ingresos que en países de altos ingresos.

8. Los estudios muestran que el 5% de adultos en entornos ambulatorios de los Estados Unidos, presentan un error de diagnóstico cada año. Estudios recientes de exámenes post mortem han demostrado que los errores de diagnóstico contribuyen al 10% de la mortalidad de pacientes en Estados Unidos de América. En Malasia, un estudio en clínicas de atención primaria, estimó una prevalencia de errores de diagnóstico de 3.6%. Revisiones de registros médicos sugieren que los errores de diagnósticos representan de 6 a 17% de los eventos adversos hospitalarios. En los países de bajos y medianos ingresos la tasa esperada es más alta que en los países de altos ingresos, ya que el proceso de diagnóstico se ve afectado por factores adicionales, como el acceso limitado a la atención y los recursos de pruebas diagnósticas.

9. El uso médico de la radiación ionizante es el mayor contribuyente individual a la exposición de la población a la radiación de fuentes artificiales. A nivel mundial, se efectúan más de 3.600 millones de exámenes de rayos X al año, y el 10% se producen en niños. Además, se realizan 37 millones de medicamentos nucleares y 7.5 millones de procedimientos de radioterapia. El uso inapropiado o no calificado de radiación médica puede ocasionar riesgos a la salud tanto para los pacientes como para los profesionales de salud.

10. Las revisiones de literatura recientes han mostrado que los errores médicos en atención primaria ocurren entre 5 y 80 veces por 100 000 consultas. Los errores administrativos, aquellos asociados con los sistemas y procesos de entrega de atención, son los tipos de errores informados con mayor frecuencia en la atención primaria. Se estima que de 5 a 50% de todos los errores en atención primaria son errores administrativos.

De acuerdo con lo antes citado, se afirma que la atención en salud de calidad deficiente repercute negativamente en los sistemas de salud y en la sociedad, la ausencia o mala calidad del cuidado de la Salud se evidencia en los eventos que dañan al paciente y su entorno, situación que genera más demandas legales en contra de los profesionales y de servicios de salud, causados por maltrato al paciente y sus familiares, inconformidad con el proceso de atención, con el tratamiento y con los resultados obtenidos. Este panorama es propio de hospitales especializados en la atención pediátrica, como en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", debido a que los padres o cuidadores son quienes son portavoz de la percepción de maltrato o inconformidad con el tratamiento a los niños. Por otra parte, el personal de salud se queja por la sobrecarga de trabajo, sufren de estrés laboral y desinterés, lo que propicia una disminución en la calidad en la atención.

La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes son el binomio que muestra resultados a la par. Si no hay calidad no puede haber seguridad; la calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y, por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso<sup>2</sup>. La calidad es una condición con repercusiones económicas, de responsabilidad social y de integridad moral.

La cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y su seguridad<sup>3</sup>.

Los profesionales de enfermería juegan un papel importante en el contexto de la Salud Universal, debido a su estrecha relación con las personas, y por tener una mayor comprensión de sus necesidades. Más allá de calificaciones técnicas y científicas, las competencias éticas y políticas de la enfermería son las dimensiones adicionales que deben tenerse en cuenta en los sistemas de salud que son diseñados para conseguir efectivamente la implementación de la salud como un derecho básico humano, y para el logro de la Salud Universal<sup>4</sup>.

Reconociendo la complejidad de las implicaciones profesionales de enfermería y la influencia del clima ético para alcanzar una cultura de seguridad del paciente, surge el interés por analizar la relación que existe entre el clima ético organizacional y la cultura de seguridad del paciente. Por consiguiente, se formula la pregunta de Investigación: ¿Cuál es la relación entre el clima ético hospitalario y la cultura de seguridad del paciente?

Entre las principales acciones para garantizar el derecho a la protección de la salud, resalta el otorgar atención médica con calidad, en las dimensiones técnica e interpersonal, de manera integral, oportuna, continua, segura, con respeto a los principios éticos, eficaz, eficiente, efectiva, centrada en el paciente y equitativa, tendente a satisfacer sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas. Por lo tanto la calidad es un atributo del proceso de atención médica y es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos, beneficios y costos. La calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente son una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida sectorialmente, al igual que la atención y el análisis de la queja médica<sup>5</sup>.

La reducción de la mala práctica de enfermería y por consiguiente de eventos adversos, requiere un abordaje organizacional de los directivos de enfermería, dado el tipo y características de los mismos (errores en la administración de medicamentos, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, caídas de pacientes hospitalizados, entre otros), lo anterior debido a que desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia de salud y por tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente<sup>5</sup>.

Las enfermeras y enfermeros están directamente implicados

en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciben una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad, en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad. En la profesión de enfermería, la tendencia ha girado en torno a la implantación de estrategias de mejora continuo y satisfacción de las necesidades del individuo, la familia y colectivos.

Para garantizar la calidad en el cuidado de la salud y de la vida del ser humano, los profesionales de enfermería deben responder con un nivel de excelencia en su ejercicio, un grado de satisfacción del paciente con riesgo mínimo para él, y que le haga sentir seguro, al igual que la utilización eficiente de los recursos disponibles. Es por ello que las instituciones formadoras del talento humano, y las prestadoras de servicio, deben velar por una formación idónea de sus profesionales y un cuidado de calidad, en donde impere la responsabilidad en el acto de cuidar<sup>6</sup>.

El propósito de esta investigación es describir el clima ético organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente, lo cual permitirá generar información y conocimientos valiosos, útiles para la prevención y modificación de prácticas seguras y la excelencia en la calidad del cuidado de enfermería.

## Material y Métodos

Estudio de tipo cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo, correlacional y transversal. La población fue de 404 enfermeras de los diferentes turnos, distribuidos en los servicios de hospitalización del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón" de la ciudad de Villahermosa, Tabasco. La muestra quedó conformada por 168 enfermeras. Se incluyó a los profesionales de enfermería con un año o más de antigüedad laboral, personal de base y personal eventual. Se excluyó a los profesionales de enfermería con menos de un año de antigüedad laboral y se eliminó aquellos cuestionarios que no fueron debidamente requisitados.

Para el estudio de clima ético hospitalario (CEH) se utilizó el instrumento de Linda Olson<sup>7</sup> (1988), que combina elementos de la ética profesional, la ética clínica y la ética de los negocios. El cuestionario de 26 ítems para responder con escala de Likert de 5 puntos, desde 1= casi nunca, hasta 5 = casi siempre. Las percepciones de las enfermeras del clima ético en los hospitales, se estimó en cinco dimensiones: relación entre colegas, relación de la enfermera y el cuidado del paciente, relación de enfermería y coordinadores de enfermería, relación de enfermería y políticas hospitalarias y relación de enfermería con otros profesionales; estas 26 variables agrupadas en cinco factores organizados de acuerdo con las relaciones de las enfermeras con sus colegas (4 ítems), los pacientes (4 ítems), los administradores/

gerentes (6 ítems), el hospital (6 ítems) y los médicos (6 ítems). Un puntaje alto obtenido significa que la enfermera está de acuerdo con las prácticas o acciones que favorecen el clima ético de la organización.

Para medir la cultura de seguridad se aplicó el cuestionario MOSPS en español(2011), que solicita la opinión del encuestado acerca de la cultura de la seguridad del paciente SP con 62 preguntas agrupadas en 12 secciones. El cuestionario permite clasificar el clima de seguridad considerando las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad” a través de las siguientes preguntas: Califique, de cero a 10 el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad, durante el último año ¿cuántos incidentes ha notificado por escrito?, en la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿Ha cometido a lo largo del último año, algún error de medicación o de dosis administrada con los pacientes que Ud. tenía asignados?, en la unidad en la que se encuentra trabajando en la actualidad, ¿a lo largo del último año se ha caído algún paciente de los que Ud. tenía asignados causándose una herida o traumatismo?. De acuerdo a los criterios de clasificación de resultados establecidos por la Agency for HealthCare Research and Quality (AHRQ), una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (“Totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre”). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y se apejó a lo establecido en el reglamento en materia de investigación en salud.

## Resultados

La fiabilidad de los instrumentos se obtuvo con el alpha de Cronbach de .882 para la encuesta de percepción de clima ético hospitalario y de .710 para el cuestionario de cultura de seguridad de los pacientes.

La muestra estuvo conformada por 168 enfermeras y enfermeros, con una edad promedio de 37.6  $\pm$  6.326 años, con un rango de 24 a 56. De acuerdo al sexo el 91.1% fueron mujeres y 8.9% hombres, el nivel académico del participante se representa por 56.5. % de licenciados en enfermería, técnicos en enfermería 28.6%, especialistas 13.7% y con maestría 1.2%.

El principal servicio o unidad de trabajo de los profesionales de enfermería corresponde a urgencias 24.4%, UCIN 9.5%, cirugía 13.1%, infectología 7.1%, oncología 10.1%, medicina interna 10.7%, terapia intensiva 10.1%, diversas unidades 14.9%.

El promedio de antigüedad laboral de los participantes fue de 14.08 años, con un rango de 1 a 27 años; la antigüedad en el servicio que actualmente laboran de 5.14 años y un rango de 1 a 22 años; trabajan un promedio de 34.96 horas por semana, con un rango de 24 a 50 horas por semana.

Para el análisis del clima ético hospitalario, se sumaron los ítems de cada dimensión y se transformaron a índices (escala del 0 al 100), en donde a mayor puntuación mejor clima ético, esto con la finalidad de comparar entre si las 5 dimensiones que integran el clima ético hospitalario. Las medias de acuerdo con cada dimensión fueron en orden ascendente, la 5 “Relación con el hospital” de 51.46; la 3 “Relación con mis pares (colegas)” de 55; la 1 “Relación con otras Disciplinas” 56.52; la 2 “Relación con mi jefe” de 61.31; y la 4 “Relación con los pacientes” 62.68, ver tabla 1.

“Relación con los pacientes” 62.68, ver tabla 1.

Tabla 1. Puntuación de Índices por dimensión

Dimensión	Media	Mediana	DE	Mín	Máx
Índice de la Relación con otras Disciplinas	56.52	54.55	19.327	0	100
Índice de la Relación con mi jefe	61.31	56.25	25.158	0	100
Índice de la Relación con mis compañeros	55.00	60.0	22.877	0	100
Índice de la Relación con los pacientes	62.68	60.0	26.861	0	100
Índice de la Relación con el Hospital	51.46	55.56	18.140	0	100

Nota: N=168, DE=Desviación Estándar, Mín= mínimo, Máx.= máximo.

Fuente: Elaboración Propia.



Las puntuaciones individuales de los 26 ítems del cuestionario de clima ético se sumaron y los resultados fueron transformados en un índice en una escala del 0 al 100, en donde a mayor puntuación mejor clima ético hospitalario.

El índice global de clima ético hospitalario presentó una media de 56.29 y una desviación estándar de 25.14, ver tabla 2 y figura 1.

Tabla 2. Puntuación global de clima ético hospitalario

Dimensión	Media	Mediana	DE	Mín.	Máx.
Índice global de clima ético hospitalario	56.29	51.19	25.14	0	100

Nota: N=168, \*DE=Desviación Estándar, Mín= mínimo, Máx.= máximo.

Fuente: Elaboración Propia.

Para el análisis de cultura de seguridad por dimensiones, se sumaron las respuestas totales de los ítems de cada dimensión, se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría y de forma general las respuestas del cuestionario de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España<sup>8</sup>, se recodificaron en tres categorías: Negativo para las respuestas de Nunca, Raramente, Muy en desacuerdo y en Desacuerdo; Neutral para las respuestas Ni de acuerdo ni en desacuerdo, indiferente y a veces; Positivo para las respuestas de acuerdo, muy en de acuerdo, casi siempre y siempre.

El resultado de la sección de la cultura de seguridad mostró una media por dimensiones, en la 1 “Frecuencia de Eventos Notificados” de 67.86 con respuestas positivas; la 2 “Percepción de Seguridad” de 56.94 con respuestas positivas. En la sección de cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, dimensión 3 “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicios que favorecen la seguridad” la media de 41.82 con respuestas positivas; la 4 “Aprendizaje organizacional/mejora continua” con 79.56 respuestas positivas; la dimensión 5 “trabajo en equipo en la unidad/servicio” 63.69 con respuestas positivas; la 6 “Franqueza de la comunicación” de 45.63 con respuestas positivas; en la 7 “Feed-Back y comunicación sobre errores” de 43.55 con respuestas negativas; en la 8 “Respuesta no punitiva a los errores” la media es de 72.62 con respuestas neutras; la 9 “Dotación de Personal” 27.21 con respuestas negativas; en la 10 “Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente” 55.65 con respuestas en positivo. La sección de cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, en la dimensión 11 “Trabajo en equipo entre unidades” la media es de 53.65 con respuestas en positivo y en la Dimensión 12 “Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” la media es de 38.39 con respuestas en negativo, ver tabla 3.

La pregunta número 43 de la encuesta de seguridad del paciente valora en una escala de puntuación del 0 al 10 la percepción del grado de seguridad del paciente. Las enfermeras perciben en la escala del 0 al 10 un clima de seguridad global de 8 (57.1%), ver tabla 4.

De acuerdo con la calificación propuesta por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, las enfermeras y enfermeros calificaron la seguridad en su servicio con una categoría notable en 72.6 %, sobresaliente 18.5% y aprobado en un 8.9%, ver tabla 5.

Los eventos notificados en un año por las enfermeras y enfermeros: 0 incidentes por escrito (88.7%), 1 incidente por escrito (8.3%), 2 incidentes por escrito (2.4%) y 7 incidentes por escrito (0.6%), ver tabla 6.

En el análisis de la normalidad en la distribución de los datos se empleó el estadístico de Kolmogorov Smirnov, se observó que los datos no presentaron una distribución normal por lo que se decide utilizar una correlación no paramétrica con la prueba de correlación de Spearman.

Se encontró que existe una relación positiva y estadísticamente significativa del clima ético y la frecuencia de eventos notificados ( $r_s= .404$ ;  $p=.000$ ), y de la percepción de clima ético y el clima de seguridad ( $r_s=.231$ ;  $p=.003$ ), ver tabla 7. De igual forma entre clima ético hospitalario y la percepción de seguridad del paciente ( $r_s= .636$   $p=.000$ ).

## Discusión

La percepción global del clima ético hospitalario es de 56.29, semejante a los resultados encontrados en el estudio de Martínez<sup>9</sup> (2012) y Muñoz<sup>10</sup> (2008) en donde las enfermeras perciben un clima ético de sus entornos de trabajo más positivo en relación al trabajo con los compañeros (colegas) y con los pacientes, mientras que los más bajos promedios son en la relación con los jefes, con el hospital y con otras disciplinas (médicos y otros trabajadores de la salud).

Los resultados obtenidos concuerdan con los estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>8</sup>, Ramos<sup>11</sup> (2017), Macedo<sup>12</sup> (2016) en donde los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (fortaleza si tienen un carácter positivo > 75% de las respuestas y debilidades u oportunidades de mejora si tienen un carácter negativo <50% de las respuestas) muestran un comportamiento que

Tabla 3.

*Calificación por dimensión de la cultura de seguridad del paciente*

Dimensiones	Media	Mín.	Máx.	DE	Categoría
Resultado de la cultura de seguridad					
Dimensión 1 “Frecuencia de Eventos Notificados”	67.86	0	100	27.150	**Positivo
Dimensión 2 “Percepción de Seguridad”	56.94	0	100	20.344	Positivo
Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio					
Dimensión 3 “Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la Seguridad	41.82	0	100	17.940	Positivo
Dimensión 4 “Aprendizaje organizacional/mejora continua”	79.56	0	100	22.612	Positivo
Dimensión 5 “Trabajo en Equipo en la Unidad/Servicio”	63.69	0	100	32.146	Positivo
Dimensión 6 “Franqueza de la comunicación”	45.63	0	100	27.434	Positivo
Dimensión 7 “Feed-Back y comunicación sobre errores”	43.55	0	100	26.363	***Negativo
Dimensión 8 “Respuesta no punitiva a los errores”	72.62	0	100	29.875	****Neutro
Dimensión 9 “Dotación de Personal”	27.21	0	100	34.117	Negativo
Dimensión 10 “Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del Paciente”	55.65	0	100	22.622	Positivo
Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital					
Dimensión 11 “Trabajo en Equipo entre Unidades”	53.65	0	100	23.067	Positivo
Dimensión 12 “Problemas en cambios de Turno y Transiciones entre servicios/unidades”	38.39	0	100	35.132	Negativo

Nota: N=168, \*DE=Desviación Estándar, Mín= mínimo, Máx.= máximo.

\*\*Positivo=Casi Siempre/Muy de acuerdo/Siempre/Muy desacuerdo,\*\*\*Negativo=Nunca/Muy en desacuerdo/Casi nunca/En desacuerdo, \*\*\*\*Neutro=A veces/Indiferente,

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4.

*Puntuación de la cultura de seguridad*

Grado de Seguridad del Paciente en Unidad/Servicio	Frecuencia	Porcentaje
5	3	1.8
6	12	7.1
7	26	15.5
8	96	57.1
9	31	18.5

Fuente: Elaboración Propia. Escala del 0 al 10.

Tabla 5.

*Calificación global del clima de seguridad*

Categoría Escala del 0 al 10 del grado de Seguridad del Paciente en su Unidad/Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Suspense (<5)		
Aprobado (5-6)	15	8.9
Notable (7-8)	122	72.6
Sobresaliente (>8)	31	18.5

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 6.

*Medidas de resultados (Numero de eventos notificados)*

Incidentes notificados por escrito	Frecuencia	Porcentaje
0	149	88.7
1	14	8.3
2	4	2.4
7	7	0.6

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 7

*Correlación de Spearman de clima ético y cultura de seguridad del paciente*

Variable	1	2	3	4
Clima ético	1			
Frecuencia de eventos notificados	.404**	1		
Percepción de seguridad del paciente	.322**	.636**	1	
Clima de seguridad	.231**	.090	.090	1

Nota: p=.000

Fuente: Elaboración Propia

no parecen ser percibidos problemáticos por sus respuestas en positivo en las dimensiones de frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicios, aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en la unidad/servicio, franqueza de la comunicación, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente y trabajo en equipo entre unidades.

Las dimensiones según la proporción de respuestas negativas que supera el límite establecido para identificar una debilidad u oportunidad de mejora en la cultura de seguridad del paciente, los encuestados identificaron resultados negativos en las dimensiones relacionadas a retroalimentación y comunicación sobre errores, dotación de personal, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. La dimensión de la "respuesta no punitiva a los errores

puede llegar a afectar a la seguridad del paciente, según los encuestados por el criterio de respuestas neutras.

En lo referente a la calificación de seguridad en el servicio de acuerdo a la propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>8</sup> los resultados son similares en la percepción de la categoría notable en un 72.6%, sobresaliente 18.5% y aprobado en un 8.9%.

Los resultados sobre los eventos notificados en un año coinciden con el estudio de Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>8</sup>, donde la gran mayoría de los encuestados (77.8%) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente, similar al resultado obtenido en este estudio donde el 88.7% de los encuestados reporto 0 incidentes en un año.

En cuanto a la calificación del clima de seguridad global donde predominó una media de 8, muestra una tendencia



similar y cercana de los resultados obtenidos en el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>8</sup> español con una calificación media de 7, y Macedo<sup>12</sup> con una calificación media de 6.

En consecuencia, se verifica la hipótesis que establece “Existe una relación positiva y significativa entre el clima ético hospitalario y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón”, dado que los resultados obtenidos permiten identificar que existe una relación positiva, fuerte y estadísticamente significativa ( $r=0.636$ ;  $p=0.000$ ) entre las variables de clima ético, frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad del paciente y el clima de seguridad.

## Conclusión

Los resultados del estudio permitieron identificar que el clima ético hospitalario percibido por las enfermeras se orienta a un ambiente positivo y de confianza en el trabajo colaborativo entre colegas y con los pacientes. En contraste, los hallazgos de desconfianza y subordinación que son desfavorables para el ejercicio profesional de la enfermera en relación al trabajo con otras disciplinas (médicos y otros trabajadores de salud), la relación con los jefes y relación con el hospital.

Se obtuvo una media de 51.19 de índice global de la cultura de seguridad del paciente, el estudio muestra que las enfermeras consideran un clima de seguridad positivo en relación a la percepción de seguridad, aprendizaje y mejora continua, trabajo en equipo y franqueza de la comunicación; en contraste, reconoce en la organización los aspectos negativos que se encuentran en los hallazgos de las respuestas en relación a la dotación del personal, feedback y comunicación sobre errores, apoyo de la gerencia del hospital, problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades; mientras que en una categoría neutra se obtuvo en las respuestas no punitiva a los errores. En una categoría notable, se obtuvo una calificación del clima de seguridad con promedio de 8 (57.1%) en una escala del cero al diez. Por otro lado, el promedio de número de eventos notificados en un año fue de cero (88.7%), este dato sugiere la ausencia de comunicación entre el personal de enfermería, equipo multidisciplinario, jefes y servicios, siendo evidente intervenciones urgentes que garanticen la integridad y seguridad en el cuidado centrados en el paciente.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre seguridad del paciente. [internet] 2018 [Citado abril 2018] Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)
2. Galván, H. R., Moctezuma, J. M., Dolci, G. F., & López, D. O. L. O. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED* [Revista en Internet] 2016. [Citado enero 2018], 17(4): [172-175] Disponible en: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs\\_conamed/index.php/revconamed/article/view/320/591](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs_conamed/index.php/revconamed/article/view/320/591)
3. Kizer, K.W. & Blum, L.N. Safe practices for better health care. Agency for Healthcare Research and Quality Rockville MD. *Advances in Patient Safety* [Revista en Internet] 2005. [Citado diciembre 2017], 4 (8): [23-32]. Disponible en: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a434657.pdf>
4. Cassiani, S. H. D. B., Bassalobre-García, A., & Reveiz, L. Acceso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde: identificação de prioridades de pesquisa em enfermagem na América Latina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Revista en Internet] 2015, [Citado diciembre 2017], 23(6): [1195-1208]. DOI: 10.1590/0104-1169.1075.2667.
5. Moctezuma, J. M., Pérez-Castro, J., & Arreola, M. O. S. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. *Revista CONAMED* [Revista en Internet] 2015, [Citado diciembre 2017], 18(4): [6-16]. Disponible en: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs\\_conamed/index.php/revconamed/article/view/130/154](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs_conamed/index.php/revconamed/article/view/130/154)
6. Villarreal Cantillo, E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud unorte* [Revista en Internet] 2017, [Citado noviembre 2017], 23(1): [112-119]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81723111.pdf>
7. Olson, L. L. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image. The Journal of Nursing Scholarship* [Revista en Internet] 1998, [Citado noviembre 2017], 30(4): [345-349]. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. 2014. Madrid.
9. Martínez-Zuluaga, J. Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá 2012 [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
10. Muñoz, O., Riveros, B. P., Bayer, G. L. A., López, C. G., & de Romano, G. I. P. Estudio de clima ético hospitalario en tres instituciones hospitalarias de Bogotá, Colombia. *Enfermería Universitaria*, [Revista en Internet]. 2018, [Citado Mayo 2018], 5(2): [32-37] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741825007.pdf>

11. Ramos, F., Coca, S., Abeldaño, R. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Enfermería Universitaria [Revista en Internet]. 2017, [Citado Mayo 2018], 14(1): [47-53] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n1/2395-8421-eu-14-01-00047.pdf>

12. Macedo, Taise., Rocha, P., Tomazoni, A., Sabrina de Anders, J., & Davis, K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Revista en Internet]. 2017, [Citado Mayo 2018], 50(5): [756-762] Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt\\_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf)