

Austria Mireles Sabina & Hernández Romero Lucia

La función directiva de la gestión clínica de Enfermería y su efecto en la seguridad del paciente

Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria
Año 5, No. 9, Julio – Diciembre, 2018, pp. 26 - 42.

<https://www.doi.org/10.64040/mzjc5051>

Cómo citar este artículo: Austria , S. & Hernández, L. (2019). La función directiva de la gestión clínica de enfermería y su efecto en la seguridad del paciente . *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 9, 26-42.
<https://www.doi.org/10.64040/mzjc5051>

Publicación editada por la UDF, Santa María. Cedro No. 16, Santa María la Ribera, C.P. 06400, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

La función directiva de la gestión clínica de Enfermería y su efecto en la seguridad del paciente

The directive function of clinical management of Nursing and its effect on patient safety

Austria Mireles Sabina *
Hernández Romero Lucia**
UDF, Santa María

Resumen

A nivel mundial surge la falta de seguridad en el paciente hospitalizado, que sin duda desencadena la presencia de errores que ocasionan incapacidad, incluso hasta llegar a la muerte; para evitar estos, la gestión directiva debe implementar herramientas de calidad. El objetivo de estudio fue: comparar la función directiva (GCE) y su efecto en la Seguridad del Paciente. Se llevó a cabo un estudio correlacional, en el personal directivo adscrito a dos Hospitales públicos de la ciudad de México. La muestra fue no probabilística por conveniencia $n=128$. El análisis estadístico se llevó a cabo en: Ji cuadrada, t de Student y coeficiente de correlación de Spearman. Resultados. Hubo asociación significativa $p<0,05$ bilateral, $p<0,01$ unilateral, respecto a las secciones de cultura de seguridad. Conclusiones. Es necesario fomentar una cultura organizacional y transformacional en la GCE, con eficacia y eficiencia en las instituciones de salud, para garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Función Directiva, Gestión Clínica de Enfermería, Seguridad del paciente.

Abstract

Worldwide, there is a lack of security in the hospitalized patient, which undoubtedly triggers the presence of errors that cause disability, even to the point of death; to avoid these, management must implement quality tools. The objective of the study was to compare the directive function (CMN) and its effect on Patient Safety. A correlational study was carried out in the management personnel assigned to two public hospitals in Mexico City. The sample was non-probabilistic for convenience $n = 128$. The statistical analysis was carried out in: Chi square, Student's t and Spearman's correlation coefficient. Results There was a significant association $p < 0.05$ bilateral, $p < 0.01$ unilateral, with respect to the sections of safety culture. Conclusions It is necessary to promote an organizational and transformational culture in the GCE, effectively and efficiently in health institutions, to ensure patient safety.

Key words: Managerial functions, Nursing Clinical Management, Patient Safety.

*Programa de Doctorado en Dirección de Organizaciones por la UDF, Santa María. sabyaustria@gmail.com

**Programa de Doctorado en Dirección de Organizaciones por la UDF, Santa María. yolopilli_77@hotmail.com

Introducción

El objetivo de este trabajo fue comparar la función directiva de la Gestión Clínica de Enfermería (GCE) y su efecto en la seguridad de los pacientes, de dos hospitales públicos de Segundo Nivel de la Ciudad de México (CDMX), ya que la falta de seguridad de los pacientes hospitalizados es un tema que llama la atención a nivel mundial Thomas, Estuddert y Newhouse (1999), señalan que las lesiones de los pacientes tienen un impacto financiero sustancial en el sistema de atención de salud; sin embargo, estas lesiones afectan a toda la población, principalmente a la económicamente activa y a los adultos mayores, lo cual implica que se desencadenan errores muy graves que ocasionan incapacidad e incluso la muerte.

En este contexto un estudio sobre Iberoamérica de Efectos Adversos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010), señala que, con respecto al estado físico de los pacientes: de cada 100 que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (dos como consecuencia directa del incidente y cinco por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad; por tal razón es necesario que la Gestión Clínica de Enfermería, lleve a cabo funciones directivas eficientes, para garantizar la seguridad de los pacientes en las organizaciones hospitalarias de nuestro país, debido a que está experimentando el aumento de enfermedades crónico degenerativas, una acelerada transición demográfica y con ello el envejecimiento de la población el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), refiere que existen 13 millones de personas de 60 y más años y se incrementará cada vez más, lo que se convierte en un grave riesgo en la atención a los pacientes.

Derivado de lo anterior, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la función directiva de la Gestión Clínica de Enfermería y su efecto en la seguridad de los pacientes? Al analizar la función directiva desde el punto de vista Estrada (2016), define como:

“la acción de la dirección que tiene como objetivo influir, a través de sus decisiones y forma de actuar, en el trabajo de otras personas, y con ello generar las condiciones institucionales necesarias para lograr los objetivos de aprendizaje establecidos” (p. 6).

Al retomar el logro de objetivos, se incrementa la satisfacción de los pacientes, desde la posición de Pérez, García y Tejedor (2002), definen que tanto la Gestión Clínica (GC), como la utilización de recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, sirven para el mejor cuidado de los enfermos. Consecuentemente, el objetivo último de la GC es el de ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los mejores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia). Para poder entender el interés actual en la GC el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los pacientes ya que están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las Unidades Clínicas. Considerando los estudios sobre la función directiva y seguridad del paciente se considera que a mayor influencia de la función directiva de la GCE, habrá significativamente mayor eficacia, eficiencia y efectividad en la seguridad del paciente.

Este nivel sistémico de los recursos incluye las *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*, que implican elevar el nivel de atención de calidad en los hospitales, debido a que la población demanda cuidados de Enfermería, que evidentemente deben estar centrados en la adecuada atención del paciente. Al respecto la Secretaría de Salud (2017, p. 37), define *“Seguridad del paciente como atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento”*.

Si nos enfocamos en la meta de influir a través de la función directiva y el logro de objetivos en el

ámbito hospitalario, Llauro (2012), determina que, la seguridad del paciente está adquiriendo carta de naturaleza en los contratos de gestión de los servicios de salud.

La gestión de los servicios de salud abarca la Teoría de la Calidad Total y Sistemas, la cual muestra la perspectiva de actuar del personal directivo (ver Figura 1) y para la toma de decisiones (ver Figura 2). Para llevar a cabo este estudio se utilizó el instrumento denominado: *Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México*, contenido en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Secretaría de Salud, 2017), que muestra en cada una de sus secciones alta correlación significativa en los puntos críticos sobre: su área de trabajo, su supervisor/jefe, aspectos importantes relacionados con la comunicación, la percepción del grado de seguridad del paciente y número de eventos reportados e ítems relacionados con su hospital, que son piedra angular para identificar áreas de oportunidad en los hospitales.

Respecto a la GCE y acciones de seguridad, para prevenir errores en la atención del paciente, Ayuso, Murillo, Gimeno y Matanza (2017), consideran que, resulta imprescindible la implementación de sistemas de gestión de calidad en el entorno hospitalario, sin embargo, esto no es posible sin el apoyo de las direcciones de los centros de atención a la salud, puesto que son estas las que deben diseñar y trasladar las estrategias a los profesionales sanitarios.

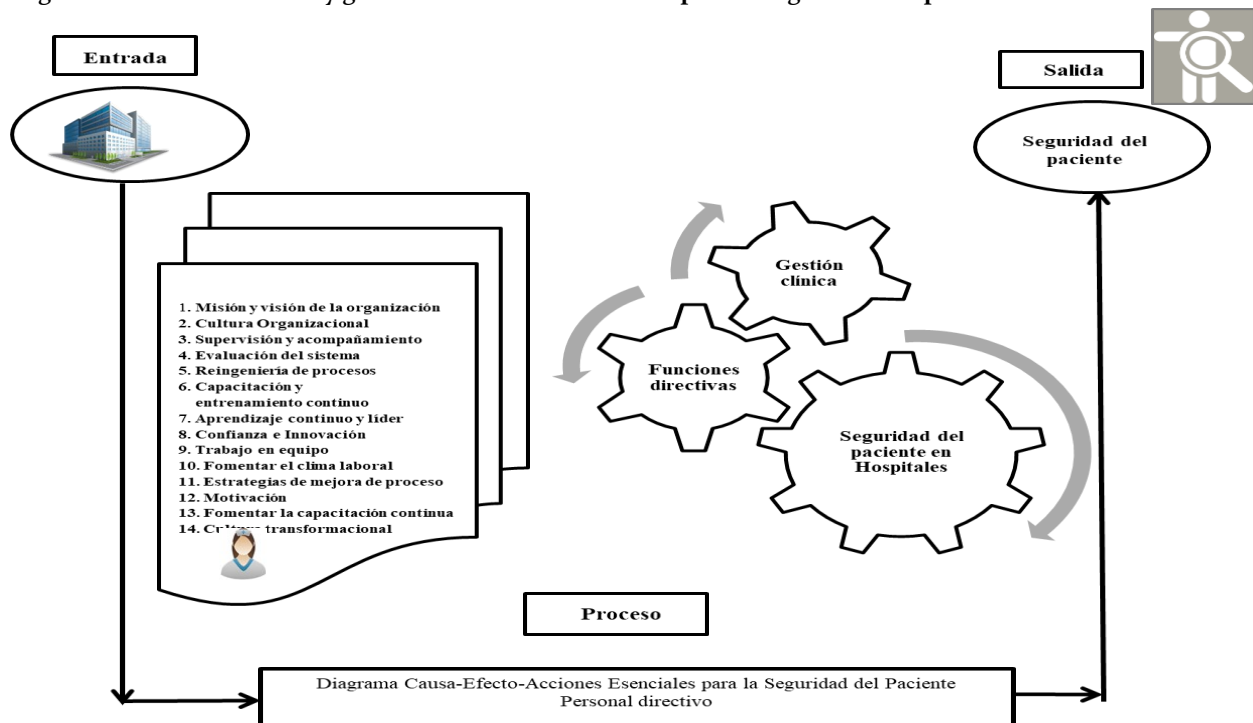
Si bien lo anterior destaca la importancia que tiene que las organizaciones hospitalarias cuenten con personal directivo eficaz y eficiente, para obtener resultados óptimos en la seguridad del paciente, coincidimos con Yáñez *et al.* (2016), en que; a la persona que ejerza la función directiva se le debe pedir ejemplaridad y que las decisiones que adopte sean justas. Este resultado sugiere que los participantes destaquen como elementos diferenciadores del buen gestor, el compromiso y la lealtad a la institución y el grupo, la capacidad y el talante para fomentar la innovación en el con-

Figura 1. Ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente.

1. Identificación general del paciente.	El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento que este solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año); en su caso, podrán agregarse otros determinados en la normativa de la Institución.
2. Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico.	Del registro de la orden verbal y/o telefónica relacionada con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio, banco de sangre, patología y gabinete: -Se debe contar con una bitácora específica para el registro de órdenes verbales y/o telefónicas. Esta bitácora se ubica en la central de Enfermería de cada servicio del hospital.
3. Seguridad en el proceso de medicación.	De la alerta visual para medicamentos de alto riesgo: -Los medicamentos de alto riesgo deberán estar etiquetados con círculo rojo y resguardado como de alto riesgo. -Del almacenamiento general de los medicamentos y electrolitos concentrados. -De los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA).
4. Seguridad en los Procedimientos.	Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano: -Del marcado del sitio quirúrgico. -De la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC).
5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IASS).	Implementar programas de capacitación continua para todo el personal de la Unidad Médica: estudiantes, pacientes, familiares y visitantes, en temas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud y uso racional de antimicrobianos: -Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbilidad causada por las infecciones asociadas a la atención de la salud con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente. -Del Programa integral de higiene de manos.
6. Reducción de Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IASS).	-La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse en todos los pacientes que se encuentren en servicios ambulatorios, servicios de urgencias, así como en aquellos pacientes que ingresen a hospitalización y continuamente en: -Cada cambio de turno -En cambio de área o servicio-Cambio en el estado de salud
7. Registros y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.	-El registro de eventos adversos se debe realizar inmediatamente cuando ocurran éstos o tan pronto como sean identificados. -Los resultados de los análisis de los eventos adversos se presentarán al cuerpo directivo en una de las sesiones generales.
8. Cultura de seguridad del paciente.	Los resultados de la medición deben utilizarse para establecer las acciones de mejora, con base en las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, que obtuvo mayor número de resultados negativos. El cuerpo directivo y personal del hospital, identificarán de manera conjunta áreas de oportunidad para la mejora.

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud(2017).

Figura 2. Función directiva y gestión clínica de Enfermería para la seguridad del paciente.



Fuente: Elaboración propia basada en Deming (1983), Kaoru Ishikawa (1943/2010) y Bertalanffy (1976/2014).

junto del grupo y la organización, una orientación muy cercana a la responsabilidad en la prestación de los cuidados y un comportamiento honesto, sencillo, capaz de reconocer y aprender de los propios errores.

En la calidad y seguridad, están inmersas en la atención al paciente, ya que se han convertido en la punta del iceberg en las Unidades Médicas del Sector Salud, para ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo como lo hacen notar Runciman *et al.* (2009), quienes sostienen que, el riesgo de un daño innecesario asociado con el cuidado de salud está latente, por lo tanto un adecuado sistema de gestión de calidad, permitirá eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos, generados como consecuencia del proceso de atención, además de promocionar y garantizar una atención de calidad y calidez a la los usuarios. Finalmente, con el apoyo de herramientas de calidad enfocadas en el corpus teórico de la Teoría de la Calidad Total, permitirá al personal directivo fortalecer y eva-

luar continuamente el proceso de atención hospitalaria.

Desarrollo de la función directiva de la GCE y su influencia en la Seguridad del Paciente.

En la actualidad el Sector Salud atraviesa retos muy importantes en aras de ofrecer atención de calidad, al respecto Ross, Ceballos, y Infante (2000), refieren que en el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.

En búsqueda de esta integración de la Calidad Total, es importante la gestión de todos y cada una de las partes de proceso de producción de un pro-

ducto o servicio, al respecto Deming (1982), realizó 14 postulados con el objetivo de obtener mejores resultados en las empresas, mientras que Medina y Ávila (2002), señalan “uno de los principales representantes de este enfoque, fue llamado ‘el profeta de la calidad’, al señalar que gerenciar es predecir. Su modelo es principalmente estadístico basándose en la eliminación de errores y controlando la variación del proceso por medio de los gráficos de control” (p. 267).

Aunado el modelo causa-efecto, Kaoru Ishikawa en 1943 diseña una herramienta conocida como “diagrama de causa-efecto” (Romero & Díaz, 2010), mientras que Medina y Ávila (2002) detallan que “es conocido como el más importante ‘gurú japonés de la calidad’. Su principal aporte es la utilización de herramientas de recogida y análisis de información como medio para resolver problemas” (p. 268).

Al analizar la calidad y seguridad del paciente Sangüesa, Mateo y Ilzarbe (2006), menciona que, etimológicamente la palabra *Calidad* proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa “perfección”; ó “manera de ser” y “satisfacción”, procede del latín *satisfacere*, que significa “bastante (*satis*) hacer (*facere*)” es decir, está relacionado con un sentimiento de “estar saciado”; ambos conceptos evidentemente, cada día toman mayor interés, dedicación y aplicación dentro de la gerencia. La gestión por procesos, es esta nueva forma de dirigir las instituciones. Se pasa de una visión vertical de la organización a una visión horizontal, que permite la gestión, no como un grupo de funciones heterogéneas (departamentos) sino como un sistema formado por procesos para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

Más aún, Bertalanffy (1976/2014), desarrolló la Teoría General de Sistemas (TGS), que hoy en día es utilizada en el Sector Salud, donde se proporciona atención al paciente, mencionamos que la cultura de la seguridad, debe ser llevada a cabo por el equipo de salud, mediante prácticas seguras, con eficacia y eficiencia. Para lograr lo ante-

rior las función directiva de la CGE, tienen un papel muy importante en su entorno directivo y subordinados, así como una evaluación constante de procesos, cada día más innovadores y competitivos; para lograr lo anterior, debe utilizar herramientas con apego en la teoría de la calidad y sistemas, así como la aplicación de ocho Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de implementar estrategias que con lleven acciones de mejora, en torno a la atención que se le proporciona a la persona.

Por lo tanto, la seguridad del paciente es clave fundamental en la prevención de errores, así como la notificación de eventos adversos por mencionar en el contexto internacional, Brennan *et al.* (1990), refiere que, el Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos, reportó más de 98,000 personas mueren por causas atribuibles a errores médicos. El reporte indica que debe de haber una cultura de Seguridad y Calidad de Atención antes de que se presente el error, ya que éste puede ser prevenible. Por lo tanto es necesario identificar a los pacientes en riesgo y mejorar la calidad de atención, muchos de éstos son prevenibles.

Al mencionar mejoramiento de la calidad en torno a la prevención es también un apoyo para la acreditación y certificación de las Unidades Médicas, sin embargo es necesario mencionar que estas ocho acciones, son propias del equipo de salud, así lo afirman Ruelas y Pineda (1990), el desarrollo de una cultura por la calidad y la conciencia de crear un ambiente de cooperación, responsabilidad y dedicación en el trabajo permitirá que la calidad técnica e interpretación de los individuos en las Unidades Médicas se acreciente, así como el nivel de salud y la satisfacción tanto de proveedores como de pacientes se incremente en forma sustantiva en los servicios de salud.

Sin duda estas ocho acciones son un fenómeno muy complejo (IMSS, 2014), destaca la siguiente premisa que ha mantenido ocupada desde 2005 a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual designó a *the Joint Commission* y *the Joint Commission International* como el Centro Colaborador

de esta, para Soluciones en Seguridad del Paciente. Reconocido como líder en seguridad del paciente, *Joint Commission* promueve y permite la prestación de una atención segura y de alta calidad a través de sus estándares con el apoyo en su base de datos de eventos centinela, alertas de evento centinela, la prevención de errores durante la transferencia de pacientes, los programas *Speak Up™* (dolo) y las Metas Internacionales para la seguridad del paciente; sin embargo estas metas se ven inmersas en el entorno de los hospitales, que exige cada día calidad y seguridad en la atención al paciente, también requieren personal con funciones directivas eficaces y eficientes, que incrementen acciones prevenibles. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud (2007) lanzó “*nueve intervenciones para la seguridad del paciente*” en Washington/Ginebra a fin de minimizar los daños en la atención del paciente, que por supuesto les generó a los hospitales costos muy altos.

En este sentido el Consejo General de Salubridad, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quienes han trabajado en nuestro país exhaustivamente, desde el inicio de éste milenio, en el contexto de las “*Seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente*”, e incursionan en la estrategia para reducir los errores en la atención al paciente; consecuentemente se integran de seis metas a ocho acciones, que se establecieron en nuestro país en el documento denominado “*Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*” publicado pro la Secretaría de Salud, el 08 de septiembre de 2017.

La seguridad del paciente en la GCE es determinante, para implementar estrategias con las ocho acciones antes mencionadas, en relación a la planeación, organización dirección y control en el entorno interno y externo del ámbito hospitalario, que ciertamente, permitirá a los actores, proporcionar entrenamiento continuo y auditar constantemente los procesos, por ello al utilizar el modelo de la Teoría de la Calidad Total, se sistematizan los procesos cada vez más complejos.

Por dichas razones, al llegar a este punto de seguridad del paciente, las ocho acciones antes mencionadas fortalecerán el cuidado y evitarán la presencia de errores en la población usuaria.

Por otra parte al analizar la complejidad en cada uno de los servicios, áreas o departamentos de los hospitales, observamos que los sistemas no son lineales, existe entropía de cada uno de ellos en su entorno, para ello la gestión directiva, según Pérez, Pineda y Arango (2011), han mostrado que, cuando se hace referencia a los modelos conductistas de gestión, la literatura especializada distingue a un grupo de escuelas administrativas orientadas a liberar en los trabajadores los conocimientos y las destrezas requeridas en beneficio de la organización y de ellos mismos; en este sentido, se revisa el concepto de aprendizaje organizacional, a través de teorías como la cultura organizacional.

Esta cultura organizacional y transformacional se logra con trabajo en equipo y sinergia grupal, según Cathalifaud (2008), concebir los sistemas como dependientes de sus propias determinaciones, incluyendo lo que consideran información del entorno, hizo perder fuerza a la explicación de sus dinámicas basales como una relación entre causas y efectos o *-inputs-* y *-outputs-*, es decir, a la idea de sistemas abiertos cuyas operaciones se orientan por su adaptabilidad al entorno. No obstante, debe aclararse que autopoiesis no significa autarquía, pues ningún sistema controla por sí mismo todas las bases de su existencia.

Sin embargo, como lo hace notar Pérez (2013), la etapa denominada Gestión de Calidad Total, en la que el elemento clave es el involucramiento de todos los departamentos y de todos los trabajadores con una misión y visión organizacionales, en donde el trabajo en equipo al interior de un departamento y entre los diferentes departamentos es fundamental para crear una cadena de valor, lo que significa que el producto de una departamento puede ser otro departamento dentro de la compleja cadena productiva que tienen ciertas instituciones como son las de salud, transformadas en la atención segura del paciente. Por lo tanto esta

etapa de la Gestión de Calidad Total, comprende las teorías de Deming (1983) y Bertalanffy (1976/2014), entre otras, así como las ocho acciones esenciales, que son primordiales en las Unidades Médicas.

Es importante destacar la interrelación de la función directiva y el capital humano de Enfermería, como elementos protagónicos para obtener el factor éxito, según Mele, Pels y Polese (2010) señalaron que, el resultado de varios tipos de perspectivas de sistemas: Ciencia, Administración, Ingeniería y Diseño, sistemas viables (de Viable Systems Approach - vsa), sistemas inteligentes, sistemas reticulares (desde teorías de redes), sistemas vivos (desde sistemas naturales ciencias), sistemas económicos (desde la economía), sistemas sociales (desde la sociología), sistemas institucionales (desde la ley), sistemas tecnológicos (desde la cibernética), sistemas conceptuales (desde la psicología) y ecosistemas (desde la ecología). Esta pluralidad es fuente de investigación con contribuciones interdisciplinarias.

Si bien la presión de un sistema como la auto organización, es la principal forma de responder a la intervención externa, al utilizar las diferentes herramientas de calidad, sirven como medios para identificar riesgos y realizar constantemente, programas de mejora de los resultados obtenidos, para iniciar con capacitación con el equipo conformado de GCE, posteriormente bajarlo en cascada y así fortalecer sus competencias, mediante la supervisión, acompañamiento, fomentando continuamente el trabajo en equipo y lograr una cultura transformacional, al unificar los criterios, conjuntamente logrará que el personal participe en la cultura del reporte de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas; para lo cual se requiere realizar la matriz de riesgos, tablero de control y posteriormente analizar la causa-efecto del problema que se presentó, para evitar en que se incurra nuevamente en el mismo error y determinar el grado de seguridad que presentó el hospital en ese momento, (Ver Figura 2).

Para el logro de la seguridad del paciente, es necesario que el área directiva de Enfermería,

trabaje en su esencia, que se basa principalmente en cuatro procesos sustantivos: Gestión Directiva, Talento Humano, Proceso Enfermero e Insumos terapéuticos y no terapéuticos, así como el entrenamiento continuo y seguimiento en torno a estas ocho acciones de seguridad, así como el fortalecimiento de la investigación, ya que es la evidencia científica, que nos ayudará a la toma de decisiones con un pensamiento crítico y reflexivo.

Método

Se llevó a cabo un estudio correlacional en el período de enero a junio de 2018, en dos Unidades Médicas de Segundo Nivel.

Participantes

Personal de ambos sexos que ocupan puestos en la GCE, el cual participó voluntariamente, de diferentes categorías: Jefe de Enfermeras, Subjefe de Enfermeras, Enfermera Jefe de Piso y Enfermera General (coordina los servicios), ubicados en diferentes áreas, departamentos, servicios y turnos, adscritas a dos Hospitales Públicos de la CDMX, (64 participantes de cada Unidad Médica), la muestra es no probabilística por conveniencia $n=128$.

Criterios de exclusión: personal eventual, licencia, vacaciones, beca, incapacidad, así los criterios de eliminación: aquél que rehusó participar en la investigación y los instrumentos que no se llenaron al 95%.

Instrumento

Se utilizó el instrumento validado por la Secretaría de Salud (2017), denominado "Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México", el cual contiene las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente y se conforma de ocho secciones (A-H), que a continuación se desglosan:

Sección: A: Su área de trabajo (17 ítems) y B: Supervisor/jefe (4 preguntas), se utilizó una escala de Likert de cinco puntos, las opciones de respuesta fueron: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo 3=Ninguna, 4 De acuerdo y

5=Totalmente de acuerdo, a continuación la sección C: Comunicación (6 reactivos) y D: Frecuencia de eventos reportados (3 ítems), con escala de Likert de cinco punto, las opciones de respuesta fueron: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=A veces, 4= La mayoría de las veces y 5=Siempre, luego en la sección E: Grado de Seguridad del Paciente, con una pregunta, realizada en escala numérica, continuando con la sección F: Su Hospital, ésta se conforma por (11 ítems), con escala de Likert de cinco puntos, las opciones de respuesta fueron: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo 3=Ninguna, 4 De acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo, para la sección G: Número de eventos reportados (1 ítem) y finalmente la sección H: Información complementaria (5 ítems), total 48.

Procedimiento

Previamente se realizó una prueba piloto en otra Unidad Médica con el 10% de la muestra. Posteriormente se llevó a cabo en dos Unidades Médicas, durante dos meses. Antes del llenado del cuestionario, el encuestador informó, sobre los objetivos del estudio, previo consentimiento informado y verbal, se resolvieron dudas notificándoles que el tiempo para responder el instrumento sería de 30 minutos, se agradeció la participación, enfatizando que la información proporcionada es confidencial y solo se utilizaría para fines estadísticos. Hubo dos personas que no llenaron el instrumento al 95% y una persona que no aceptó participar.

Análisis de datos

El análisis se llevó a cabo en un paquete estadístico de cómputo, con el programa el programa: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27; los datos se analizaron con estadística descriptiva: Ji cuadrada, t de student y para las variables cualitativas coeficiente de correlación de Spearman, considerando un nivel de confianza del 95% y significancia de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Respecto a los aspectos éticos se tomaron en cuenta los fundamentos que se establecieron en la declaración de Helsinki de acuerdo con Mazzanti (2011), las propuestas de las declaraciones se introducen a partir de marcos referenciales de principios y de procedimientos que puedan ser aplicados de modo universal; el estudio se cimentó en los principios científicos, éticos y los derechos de los participantes en materia de investigación dispuesta en la Ley General de Salud (DOF, 12-17-2018), con base al artículo 17 sin riesgo para los y las participantes, ya que no hubo manipulación de las variables, pues solo se les solicitó opinión de los sujetos, sobre un tema específico mediante una encuesta, que se aplicó de forma escrita.

Resultados

El presente estudio se llevó a cabo en una población del área directiva en dos hospitales, en los cuales se investigó la función directiva de la GCE y efectos en la seguridad del paciente.

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales del personal directivo de Enfermería.

	Hospital uno n=64 %		Hospital dos n=64 %	
	Sí	No	Sí	No
Interacción con los pacientes.	18.5	81.5	20.3	79.7
Tiempo trabajado en su profesión.	1 a 15 años 63.1	16 ó más 36.9	1 a 15 años 67.2	16 ó más 32.8
Tiempo en el servicio actual.	12 meses 36.9	+ 13 meses 63.1	12 meses 21.9	+ 13 meses 78.1
Horas trabajadas por semana.	40 horas 55.4	+ de 40 horas 44.6	40 horas 37.5	+ de 40 horas 62.5

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados arrojados en la Tabla 1, comprende el inicio y sección H: información complementaria del instrumento, en donde los resultados para el Hospital uno muestran que el 81.5% y en el dos el 79.7%, no tienen interacción o contacto directo con los pacientes, por otra parte es importante mencionar que el personal directivo que actualmente trabaja en las Unidades Médicas Públicas, como podemos observar, más del 50% de los participantes de los dos hospitales tienen antigüedad de 1 a 15 años, para el hospital uno fue de 63.1% y para el dos es de 67.2% respectivamente.

En relación al tiempo de permanencia en el servicio o departamento, para el Hospital uno fue de + de 13 meses 63.1 %, mientras que para el dos 78.1%, sin duda es personal que lleva más de un año en los servicios o departamentos, lo que conlleva a la adquisición de más competencias; al respecto concordamos con (Espinosa *et al.*, 2016), quienes señalan que, el desempeño profesional de Enfermería es la demostración en la práctica de las funciones y obligaciones propias, asumidas

durante el ejercicio de su profesión, y que contribuyen a la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad, en coordinación, con estos y con el equipo de salud, donde se exprese la influencia técnica, profesional y ética recibida durante su formación y superación en las alternativas de trabajo que adopte a partir de las transformaciones ocurridas en el entorno en que labora.

En esta línea respecto a las horas que trabaja por semana para el hospital uno arrojó un 55.4% y para el hospital dos obtuvo un 62.5% para + de 40 horas, si observamos que en los dos hospitales hay personal con antigüedad de 1 a 15 años, solo en el hospital dos el personal trabaja más de 40 horas. Al respecto, González y López (2017), mencionan que la calidad asistencial ha ido situándose paulatinamente en el centro angular del sistema sanitario, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente como una de las dimensiones clave de la calidad. Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que acontezcan eventos o acontecimientos adversos que pueden ocasionar en los pacientes lesiones, discapacidades e incluso la muerte, (Ver Tabla 1).

Tabla 2. Relación y mediana del personal directivo de Enfermería correspondiente a la sección A: "Su área de trabajo".

	Hospital uno n=64		Hospital dos n=64	
	Mediana	Rho de Spearman r	Mediana	Rho de Spearman r
Seguridad de los pacientes y efectividad para prevenir errores.	4	-0.076	4*	0.272*
Utilizamos más personal y no hay presencia de errores.	3*	0.358**	2	0.013
Los errores son utilizados en su contra y trabaja más horas.	2**	0.493**	2**	0.299*
Cambios positivos después de la presencia de errores y hay apoyo.	4	0.001	4*	0.265*
Se reporta a la persona y no al problema y frecuentemente trabajamos como en "forma de crisis".	4	-0.191	5*	-0.258*
Cambios para mejorar y trabajo en equipo.	3*	-0.244**	4	0.111
Frecuentemente trabajamos como en "forma de crisis" y trabaja más horas.	2**	0.272**	3*	0.276*
Seguridad del paciente y trabajo con tenemos problemas con la seguridad del paciente.	4	0.04	4*	0.267*
Prevenir errores que puedan ocurrir y trabajar más horas.	3	0.196	4*	0.410**

Fuente: Elaboración propia.

*Spearman. La correlación es significativa a nivel $p < 0,05$ (unilateral).

** Spearman. La correlación es significativa a nivel $p < 0,05$ (bilateral)..

Por otra parte el cuestionario arrojó resultados relevantes en las ocho secciones (A-H) que lo conforman. Referente a la tabla 2, la sección A: “*Su área de trabajo*”, se encontró una asociación estadísticamente significativa en las siguientes variables para los dos hospitales, por mencionar para el hospital uno a “*utilizamos más personal y no hay presencia de errores*” que obtuvo $r=0.358$ y “*a los cambios para mejorar y trabajo en equipo*” $r=0.244$, con mediana en una actitud acorde positiva.

Posteriormente en el hospital dos observamos relación significativa en las siguientes variables: “*seguridad de los pacientes y efectividad para prevenir errores*” $r=0.272$, “*cambios positivos después de la presencia de errores y hay apoyo*” $r=0.265$, “*se reporta a la persona y no al problema y frecuentemente trabajamos en forma de crisis*” $r=0.258$, “*seguridad del paciente y trabajo con tenemos problemas con la seguridad del paciente*” $r=0.267$, “*prevenir errores que puedan ocurrir y trabajan más horas*” $r=0.410$ con mediana en una actitud acorde positiva.

En cuanto a los dos hospitales, los resultados arrojaron asociación estadística significativa, para los ítems: “*los errores son utilizados en su contra y trabaja más horas*” que obtuvo el hospital uno $r=0.493$ y para el hospital dos $r=0.299$, con mediana en una actitud acorde negativa y “*frecuentemente trabajamos como en forma de crisis con trabaja más horas*”, para el hospital uno $r=.272$, con mediana en una actitud acorde negati-

va y para el hospital dos $r=0.276$, con mediana en una actitud acorde positiva.

En este sentido observamos que se están aplicando las medidas de seguridad para el paciente, según Menezes, Cozer y Alves (2010), el trabajo administrativo del enfermero es una importante contribución para revelar los valores que actúan en la práctica social, ya que fortalece a la categoría como profesión y desarrolla nuevas competencias de acuerdo a las exigencias organizacionales; sin embargo debemos tener en cuenta la significancia de los nuevos retos que enfrenta el sector salud, para transformarlo, (Ver Tabla 2).

Por consiguiente en la tabla 3, de la sección B: “*Supervisor/jefe*”, arrojó alta correlación, en razón al hospital uno con los siguientes ítems: “*comentarios favorables respecto a la seguridad del paciente y sugerencias del personal*”, que obtuvo $r=-0.418$, “*sugerencias del personal y procedimientos de seguridad del paciente establecidos*” $r=0.455$, con mediana en una actitud acorde positiva. Para “*trabajo rápido y problemas relacionados con la seguridad del paciente*”, $r=0.301$ con mediana en una actitud acorde negativa.

Por lo tanto, el liderazgo desde la posición de Marqués *et al.* (2014), el intercambio de ayuda y motivación son las relaciones más importantes para mejorar el rendimiento grupal dado que las enfermeras son actores con un gran prestigio en su tarea logística dentro del equipo de salud. Por otra parte el hospital dos no presentó resultados significativos, (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Relación y mediana del personal directivo de Enfermería correspondiente a la sección B: “Su supervisor jefe”.

	Hospital uno n=64		Hospital uno n=64	
	Mediana	Rho de Spearman r	Mediana	Rho de Spearman r
Comentarios favorables respecto a la seguridad del paciente y sugerencias del personal.	3*	-0.418**	3	0.069
Sugerencias del personal y procedimientos de seguridad del paciente establecidos.	3*	0.455**	3	0.211
Trabajo rápido y problemas relacionados con la seguridad del paciente.	1**	0.301**	2	0.004

Fuente: Elaboración propia.

*La mediana muestra actitud acorde positiva.

**Las correlación es significativa al nivel $p<0.05$ (bilateral).

Tabla 4. Relación y mediana del personal directivo de Enfermería correspondiente a Comunicación.

	Hospital uno n=64		Hospital uno n=64	
	Mediana	Rho de Spearman r	Mediana	Rho de Spearman r
Habla con la libertad y cuestiona con total libertad	4	0.157	4*	0.330**
Cuestiona con total libertad y habla sobre la prevención de errores	4	0.025	4*	0.330**

Fuente: Elaboración propia.

*La mediana muestra la frecuencia de ocurrencia positiva.

**Spearman. La correlación es significativa a nivel $p > 0,05$ (bilateral).

Posteriormente en la tabla 4, perteneciente a la sección C: “Comunicación”, arrojó una relación lineal significativa, respecto al hospital dos con los ítems: “habla con la libertad y cuestiona con total libertad” y “cuestiona con total libertad y habla sobre la prevención de errores” que obtuvieron $r=0.330$ y mediana es la frecuencia de ocurrencia positiva, lo que muestra la importancia de que en las Unidades Médicas debe haber comunicación estrecha entre cada uno de los departamentos o áreas, debido a lo complejo de éstos, (Bertalanffy, 1976/2014) expresa que, los sistemas abiertos intercambian materia, energía y/o información con el entorno que los rodea, adaptándose a éste e influyendo en él; sin embargo, no solo tenemos producción de entropía debida a procesos irreversibles, sino también entrada de entropía que bien puede ser negativa. Así mismo, para el hospital uno no presento resultados relevantes, (Tabla 4).

Como observamos en la tabla 5, sección D: “Frecuencia de eventos reportados”, el hospital

uno presentó asociación significativa respecto a cuatro ítems: “se detecta y corrige el error ¿hay reporte?” y “cuando se comete un error, se estima que no puede dañar al paciente ¿hay reporte?” que arrojó $r = .244$ y mediana de frecuencia de reporte positivo, para la relación de las cuatro variables. En este contexto coincidimos con Ramírez y González (2017), es inevitable que, con base en el informe y análisis de los errores y eventos adversos, se consolide una cultura institucional educativa y no punitiva, con una eficaz retroalimentación y comunicación; por lo tanto, se deben realizar estrategias de mejora de procesos y estratagemas, según Deming (1983), para fomentar la cultura del reporte de eventos, (Ver Tabla 5).

En la sección E: “Grado de seguridad del paciente”, en una comparativa el hospital uno y dos, arrojaron diferencias estadísticamente significativas con el ítem asignación por el directivo a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente. Para el hospital uno el puntaje máximo

Tabla 5. Relación y la mediana del personal directivo de Enfermería correspondiente a la sección D: "Frecuencia de eventos reportados".

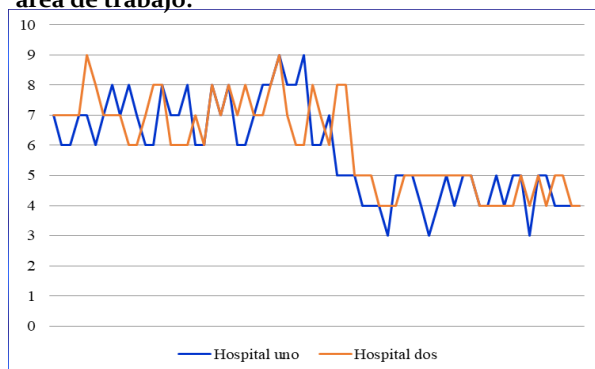
	Hospital uno n=64		Hospital dos n=64	
	Mediana	Rho de Spearman r	Mediana	Rho de Spearman r
Se detecta y corrige el error ¿hay reporte? y cuándo se comete un error, se estima que no puede dañar al paciente ¿hay reporte?	3*	0.244*	4	0.202
Daño al paciente ¿hay reporte? y corrección de error ¿hay reporte?	4*	0.244*	4	0.027

Fuente: Elaboración propia.

*La mediana muestra la frecuencia de reporte positivo.

*La correlación es significativa a nivel $p > 0,05$ (unilateral).

Figura 3. Comparación del grado de seguridad del paciente, asignado por el personal directivo en su área de trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

de grado de seguridad del paciente fue de 9 y el mínimo obtuvo 4, mientras para el hospital dos, los resultados muestran el puntaje máximo 9 y el mínimo 3; sin embargo la prueba de *t* de Student arrojó significancia estadística bilateral, con una asignación global de seguridad del paciente, en el hospital uno de 5.81 ± 1.59 y el hospital dos presentó 6.82 ± 1.47 .

De este modo, es necesaria la implementación de acciones para fortalecer la cultura transformacional de seguridad en el paciente según (Fajardo-Dolci *et al.*, 2010), la percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla, (Figura 3 y Tabla 6).

Tabla 6. Asignación del personal directivo el Grado de Seguridad, en su área de trabajo.

Hospital uno n=64	Hospital dos n=64
Asignación grado de seguridad $5.81 \pm 1.59^*$	Asignación grado de seguridad $6.82 \pm 1.47^*$

Fuente: Elaboración propia.

*Prueba *t*-student $p < 0.05$ (bilateral).

Posteriormente en la tabla 7, referente a la sección F: “*Su hospital*”, obtuvo resultados relevantes en razón de ocho preguntas, en el hospital uno: con mediana en una actitud acorde positiva “*la información de los pacientes se pierde y hay cooperación entre las áreas*” con $r = 0.287$ y “*problemas con el intercambio de información entre las áreas y promueve la seguridad del paciente*”, que obtuvo $r = 0.297$ respectivamente.

Mientras que para los ítems en el hospital dos: “*interés en la seguridad del paciente después de un evento adverso y la seguridad del paciente es de alta prioridad*”, con el $r = 0.297$ y mediana en una actitud acorde positiva.

Por otra parte para los dos hospitales hubo relación lineal en los ítems: “*promueve la seguridad del paciente y no hay coordinación en las áreas*” que arrojaron $r = 0.311$ y $r = -0.322$ comparativamente y mediana en una actitud acorde positiva. Bajo

Tabla 7. Relación y mediana del personal directivo de Enfermería correspondiente a la sección F: “Su hospital”.

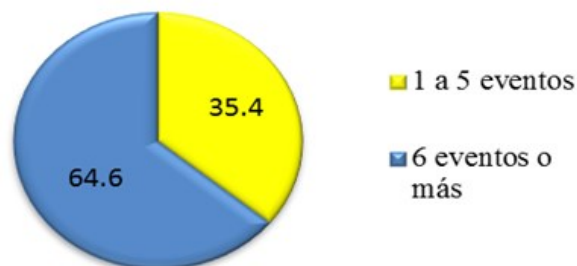
	Hospital uno n=64		Hospital dos n=64	
	Mediana	Rho de Spearman r	Mediana	Rho de Spearman r
Promueve la seguridad del paciente y no hay coordinación en las áreas.	3*	0.311**	4*	-0.322**
La información de los pacientes se pierde y hay cooperación entre las áreas.	3*	0.287*	4	0.047
Problemas en el intercambio de información entre las áreas y promueve la seguridad del paciente.	4*	0.297**	4	0.134
Interés en la seguridad del paciente después de un evento adverso y la seguridad del paciente es de alta prioridad.	4*	0.043	3*	0.322**

Fuente: Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México (2017).

*Spearman. La correlación es significativa a nivel $p < 0,05$ (unilateral).

**Spearman. La correlación es significativa a nivel $p < 0,05$ (bilateral).

Figura 4. Presencia de eventos adversos en los últimos doce meses en el Hospital uno.



Fuente: Elaboración propia,

este contexto en concordancia con Aibar, Aranaz, García y Mareca (2008), quienes afirman que los resultados adversos y la seguridad del paciente no son conceptos distintos, sino las dos caras de una misma moneda: el riesgo asistencial. Debemos procurar que la prioridad de sanitarios y gestores sea la seguridad del paciente antes que las consecuencias de su deterioro, (Ver Tabla 7).

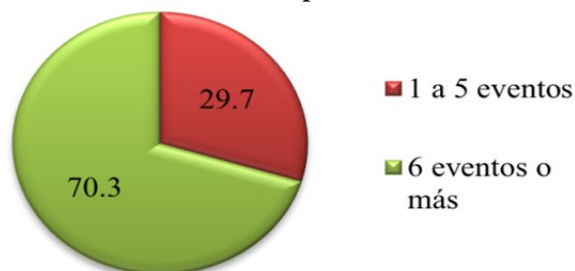
Finalmente, los resultados muestran relevancia significativa en las gráficas 11 y 12 de la sección G: “Número de eventos reportados”, en los últimos doce meses, el hospital uno reportó un 35.4% de uno a cinco eventos y 64.6% de seis o más y en una comparativa con el hospital dos de uno a cinco reportes obtuvo un 29.7% y de seis o más 70.3%; como señala Astolfo (2005), la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud, la adopción de prácticas seguras es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos. (Ver figura 4 y 5).

Conclusiones

Los resultados en la población estudiada arrojaron significancia estadística en ambos hospitales, considerando los estudios sobre la función directiva de la GCE suponemos que a mayor influencia de la función directiva de la GCE, habrá significativamente mayor eficacia, eficiencia y efectividad en la seguridad del paciente.

En ese orden de ideas se comprueba la hipótesis, debido a la identificación de competencias relevantes en la GCE como son: compromiso, res-

Figura 5. Presencia de eventos adversos en los últimos doce meses en el Hospital dos.



Fuente: Elaboración propia,

ponsabilidad, asertividad, empatía, perseverancia, resiliencia, proactividad y liderazgo, al respecto Aguirre (2009), potenciar el desarrollo de competencias comunicativas en los profesionales de la salud que permita una comunicación eficiente con el paciente, entre pares, jefes-subordinados y viceversa, permite a los directivos obtener una mayor información de los pacientes. Por otra parte la GCE, al salir de sus oficinas, áreas, servicios o departamentos y realizar recorridos, mediante la supervisión directa e indirecta, permitirá obtener un análisis sistémico, respecto a los pacientes y conocimiento del entorno de cada uno de los servicios, con el objetivo de percibir y asignar la seguridad del paciente y al mismo tiempo, detectar áreas de oportunidad.

Respecto a la antigüedad trabajada en los hospitales, es de 11 a 15 años, se convierte en una fortaleza, debido a que hay mayor entrenamiento de procesos, así como el tiempo de permanencia en los servicios, áreas o departamentos para los dos hospitales, al respecto Alpuche y Bernal (2015), si bien las organizaciones son un tipo particular de instituciones con algunas características adicionales, entre las que destaca la existencia de una frontera concreta que permite distinguir a los miembros de los no miembros, principios de jerarquía de mando y cadenas de autoridad y responsabilidad.

En esta línea referente a las ocho secciones (A-H), hubo relación significativa en puntos críticos sobre las medidas de seguridad que se están aplicando al paciente, respecto a la sección A: “Su área

de trabajo". Sin duda es necesario que la GCE, realice una adecuada planeación de procesos (Vargas, 2011), el número adecuado de plantilla y el soporte organizativo y de gestión, son clave para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, disminuir la insatisfacción laboral de las enfermeras y el síndrome de burnout.

Al analizar la sección B: "Su supervisor/jefe", es significativo que la motivación y comentarios que el supervisor dirige al personal, en este tenor Gómez *et al.*, (2011), destaca que, los siguientes aspectos que hacer parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo.

De acuerdo a la correlación de Spearman en la sección C: "Comunicación" con una asociación positiva, debe existir en las organizaciones, desde el punto de vista de Alpuche y Bernal (2015), se desprende del conjunto de vivencias y el contexto en el que nacen y se desarrollan los sujetos sociales determina la manera en que perciben y conciben el mundo, es decir, poseen una cosmovisión que les es propia y que está íntimamente relacionada con el entramado institucional prevaleciente (capacidad de agencia acotada y orientada), los marcos de acción social y los patrones de comportamiento que lo diferencian de otros individuos en un espacio social dado, generalmente de mayor amplitud; este mecanismo es la base de las fuerzas internas evolutivas para las instituciones, que sin duda son punta clave para la comunicación asertiva entre la propia GCE y subordinados.

Al evaluarse la sección D: "Frecuencia de eventos reportados" y E: "Grado de seguridad del paciente", obtuvo relación significativa en la cultura

del reporte de eventos y grado de seguridad del paciente, citando a Saldaña *et al.* (2016), el profesional de Enfermería debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la aplicación de protocolos, comunicación y una política de recursos humanos; con base en una planeación y seguimiento en los estándares e indicadores de calidad del cuidado.

Consecuentemente referente a la sección F: "Su hospital", las Unidades Médicas, deben realizar planes de mejora, mediante un análisis causa-raíz, para detectar áreas de oportunidad, de acuerdo con Hernández *et al.* (2006), el conocimiento es el elemento más importante que posee un individuo para poder desarrollar la percepción de riesgo necesaria para proteger su salud, de esta condición no están exentos los trabajadores de la salud que precisan conocer e incorporar a sus prácticas profesionales, las medidas de prevención establecidas en los diferentes puestos laborales con el objetivo de preservar su salud y contribuir a proteger la del paciente.

Por otra parte, referente a la sección G: "Número de eventos reportados", la (Secretaría de Salud 2017) argumenta que, es importante que cada organización implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, que además se alinee con las actividades de evaluación de riesgos de la organización y que juntos formen la base del Plan de calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad que permita a las organizaciones aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

Cabe señalar que la Secretaría de Salud (2017), estableció estrategias en ocho acciones; para proporcionar atención al paciente mediante prácticas seguras; como hemos mencionado anteriormente en este tenor el personal Directivo de Enfermería, debe aplicar sus competencias, con herramientas de calidad, previo a un análisis interno y externo de la Unidad Médica y posteriormente realizar un diagnóstico situacional y establecer reingeniería de procesos, así como la toma de decisiones aserti-

vas, con el objetivo de aplicar prácticas seguras al paciente, para el logro de la efectividad, eficacia y eficiencia en las Unidades Médicas. Por lo tanto, el perfil directivo de la GCE, debe garantizar la atención, basada en la mejor evidencia, para evitar riesgos e ir empoderándose de responsabilidad gestora.

Referencias

- Aibar, C., Aranaz, J., García, J., & Mareca, R. (2008). La investigación sobre la seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Medicina clínica*, 131 (3), 12-17.
- Aguirre, D. (2009). Satisfacción laboral de los recursos humanos de Enfermería. Factores que la afectan. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8 (4), 1-11.
- Alpuche, E., & Bernal, J. (2015). La Institución y la Organización: un análisis centrado en el actor. *Revista Intersticios Sociales Zapopan Jalisco*, (10), 1-29.
- Astolfo, M. (2005). La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 36 (2), 130-136.
- Ayuso, D., Murillo, B., Gimeno, C., & Matanza, R. (2017). Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Revista Enfermería Clínica*, 27 (4), 251-255.
- Bertalanffy, L. (1976/2014). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Localio, A., & Hiatt, H. (1990). Incidence of adverse events and negligent care in hospitalized patients. Transaction of the Association of American Physicians. *The New England Journal of Medicine*, 324 (6), 103-152.
- Cathalifaud, M. (2008). Las organizaciones desde la teoría de sistemas sociopoiéticos. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 33, 90-108.
- Espinosa, A., Gilbert, M., & Oria, M. (2016). El desempeño de los profesionales de Enfermería: Nursing professionals' performance. *Revista Cubana de Enfermería*, 32 (1), 87-97.
- Deming, E. (1983). *Calidad, Productividad y competitividad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Diario Oficial de la Federación (12-17-2018). *Artículo 17 de la Ley General de Salud*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf
- Estrada, E. (2016). Un acercamiento al perfeccionamiento de la función directiva para la mejora del desempeño profesional docente en las escuelas telesecundarias de la zona 27, sector 5 en el valle de Toluca, Estado de México. *Revista Dilemas Contemporáneos*, (3), 1-24.
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez, J., Arboleya, H., Rojano, C., Hernández, F., & Santacruz, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*, 78 (6), 527-532.
- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., & Soto, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17 (3), 97-111.
- González, M., & López, L. (2017). Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico: Safety and quality in critical patient care. *Revista Enfermería Clínica*, 27 (2), 113-117.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). *Intervenciones de enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de alto riesgo en el Adulto*. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/712GER.pdf>.
- Hernández, E., Acosta, M., Nadal, B., Pijuan, M., Fon, Y., & Armas, N. (2006). Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de Enfermería de una institución hospitalaria. *Revista Cubana Enfermería*, 22 (2), 1-22.

- Organización Mundial de la Salud (2010), *Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura*. Disponible en: https://www.who.int/patientsafetyresearchibeas_report_es.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2017). *Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de edad (Adultos Mayores)*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf.
- Llauradó, C. (2012). Nuevos modelos de gestión hospitalaria/cambios en la organización de los servicios de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 27 (4), 233-239.
- Marqués, M., Muñoz, M., Pérez, J. Bayón, E., & Casado, I. (2014). El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. *Revista Hispana*, 25 (2), 140-162.
- Mazzanti, M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista Colombiana de Bioética*, 6 (1), 125-144.
- Medina, A., & Avila, A. (2002). Evolución de la teoría administrativa. Una visión desde la psicología organizacional. *Revista Cubana de Psicología*, 19 (3), 262-272.
- Mele, C., Pels, J., & Polese, F. (2010). A Brief Review of Systems Theories and Their Managerial Applications. *Service Science*, 2 (1-2), 126-135.
- Menezes, M., Cozer, L., & Alves, M. (2010). Experiencias de relaciones de poder y género de enfermeras administradoras de hospitales privados. *Revista Latino-Americana Enfermería*, 18 (5), 1-9.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>.
- Pérez, J. (2013). Seguridad del paciente al alcance de todos. México: Editorial FT.
- Pérez, J., García, J., & Tejedor, M. (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *España. Revista de Calidad Asistencial*, 17 (5), 305-311.
- Pérez, G., Pineda, U., & Arango, M. (2011). La capacitación a través de algunas teorías de aprendizaje y su influencia en la gestión de la empresa. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 33, 79-100.
- Ramírez, M., & González, A. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria*, 14 (2), 111-117.
- Romero, E., & Díaz, J. (2010). El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 15 (3-4), 127-142.
- Ross, A., Ceballos, J.L., & Infante, A. (2000). La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y en el Caribe. *Revista Panamericana Salud Pública*, 8 (1-2), 93-98.
- Ruelas, E., & Pineda, L. (1990). Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de atención médica. *Salud Pública*, 32 (2), 225-231.
- Saldaña, A., Rodríguez, S., Díaz, J., Cavallo, E., Zarate R., Vargas, R., & Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, (42), 324-340.
- Sangüesa, M., Mateo, R., & Ilzarbe, L. (2006). *Teoría y Práctica de la calidad*. España: Paraninfo Cengage Learning.
- Secretaría de Salud (2017). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/acciones_esenciales.pdf.

- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (6), 18-26.
- Thomas, E. Studdert, D., & Newhouse, J. (1999). Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36 (3), 255-264,
- Vargas, D. (2011). Cultura de la Seguridad del paciente. Gestión de riesgo. *Medicina Infantil*, 18 (4), 337-344.
- Yáñez, M., Ávila, J., Bermúdez, M., De M. Bellver, M., Guilabert, J., & Mira, J. (2016). Estudio Delphi para identificar las competencias en gestión del directivo de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial*, 31 (2), 113-121.