

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PERSONAL SANITARIO EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU

PERCEPTION OF THE PATIENT SAFETY CULTURE AMONG HEALTHCARE
PROFESSIONALS AT THE NIÑOS DE ACOSTA ÑU PEDIATRIC HOSPITAL

PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ENTRE OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL PEDIÁTRICO NIÑOS DE ACOSTA ÑU

Teresa Monserrat Rojas Dos Santos¹

Ingrid María Cristaldo Acosta²

Adolfo Gustavo Aquino Saldivar³

Lígia Maria Oliveira de Souza⁴

RESUMEN: INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles durante la atención sanitaria y la reducción a un mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención en salud. En Paraguay existen protocolos de buenas prácticas de seguridad publicados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el objetivo de estandarizar los procesos asistenciales, disminuir los errores y mejorar la calidad y la seguridad del paciente. OBJETIVO: Describir la percepción del personal sanitario del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu acerca de la cultura de seguridad del paciente. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal, basado en las respuestas de una encuesta anónima aplicada al personal sanitario del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Se utilizó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y adaptada al español. Las variables incluyeron aspectos relacionados con el hospital, la comunicación, el supervisor o jefe, la profesión y el grado de seguridad del paciente. La recolección de datos se realizó mediante Google Forms y los datos fueron exportados a Microsoft Excel y analizados en el programa SPSS versión 21 mediante estadística descriptiva e inferencial. RESULTADOS: De las 12 dimensiones evaluadas por el HSOPSC, no se identificaron fortalezas en la cultura de seguridad del paciente del Hospital General Pediátrico. Las principales dimensiones que requieren mejora fueron: frecuencia de eventos notificados (50%), aprendizaje organizacional/mejora continua (59%), trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio (61%), retroalimentación y comunicación sobre errores (53%) y apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente (50%). CONCLUSIÓN: No se identificaron dimensiones consideradas fortalezas en la cultura de seguridad del paciente. Los resultados evidencian la necesidad de implementar estrategias orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad entre el personal sanitario del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Cultura de seguridad. Personal sanitario. Calidad de la atención. Hospital pediátrico.

¹ Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.

² Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.

³ Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.

⁴ Médica graduada por la Universidad Politécnica y Artística.

ABSTRACT: INTRODUCTION: The World Health Organization (WHO) defines patient safety as the absence of preventable harm during healthcare delivery and the reduction, to an acceptable minimum, of the risk of unnecessary harm associated with healthcare. In Paraguay, patient safety protocols and good practice guidelines have been established by the Ministry of Public Health and Social Welfare to standardize healthcare processes, reduce errors, and improve the quality and safety of patient care. OBJECTIVE: To describe healthcare professionals' perception of the patient safety culture at the Niños de Acosta Ñu General Pediatric Hospital. METHODS: A descriptive, cross-sectional study was conducted based on responses to an anonymous survey administered to healthcare professionals at the Niños de Acosta Ñu General Pediatric Hospital. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and adapted into Spanish, was used. Variables included hospital-related aspects, communication, supervisor or manager, profession, and perceived patient safety. Data were collected using Google Forms, exported to Microsoft Excel, and analyzed with SPSS version 21 using descriptive and inferential statistics. RESULTS: Among the 12 dimensions assessed by the HSOPSC, no strengths were identified in the hospital's patient safety culture. The dimensions requiring improvement included frequency of events reported (50%), organizational learning/continuous improvement (59%), teamwork within units (61%), feedback and communication about errors (53%), and hospital management support for patient safety (50%). CONCLUSION: No dimensions were identified as strengths in the patient safety culture. These findings highlight the need to implement strategies aimed at strengthening the patient safety culture among healthcare professionals at the Niños de Acosta Ñu General Pediatric Hospital.

Keywords: Patient safety. Safety culture. Healthcare professionals. Quality of care. Pediatric hospital.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a ausência de danos evitáveis durante a assistência à saúde e a redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários relacionados ao cuidado. No Paraguai, existem protocolos de boas práticas publicados pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social com o objetivo de padronizar os processos assistenciais, reduzir erros e melhorar a qualidade e a segurança do paciente. OBJETIVO: Descrever a percepção dos profissionais de saúde do Hospital Geral Pediátrico Niños de Acosta Ñu sobre a cultura de segurança do paciente. METODOLOGIA: Estudo descritivo, transversal, baseado nas respostas de um questionário anônimo aplicado aos profissionais de saúde do Hospital Geral Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Utilizou-se o instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e adaptado para o espanhol. As variáveis contemplaram aspectos relacionados ao hospital, à comunicação, ao supervisor ou chefe, à profissão e ao grau de segurança do paciente. A coleta de dados foi realizada por meio do Google Forms, sendo os dados exportados para o Microsoft Excel e analisados no programa SPSS versão 21 utilizando estatística descritiva e inferencial. RESULTADOS: Entre as 12 dimensões avaliadas pelo HSOPSC, não foram identificados pontos fortes na cultura de segurança do paciente do Hospital Geral Pediátrico. As principais dimensões que necessitam de melhorias foram: frequência de eventos notificados (50%), aprendizagem organizacional/melhoria contínua (59%), trabalho em equipe na unidade ou serviço (61%), feedback e comunicação sobre erros (53%) e apoio da gestão hospitalar à segurança do paciente (50%). CONCLUSÃO: Não foram identificadas dimensões consideradas fortalezas na cultura de segurança do paciente. Os resultados evidenciam a necessidade de implementar estratégias voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de saúde do Hospital Geral Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura de segurança. Profissionais de saúde. Qualidade da assistência. Hospital pediátrico.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria y, en particular, la reducción a un mínimo aceptable de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención en salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

El principio *Primum non nocere*, del latín "Primero, no dañar", hace referencia a que todo profesional debe fundamentar su actuación en evitar causar daño al paciente (ROCCO; GARRIDO, 2017).

El concepto de seguridad del paciente ha evolucionado con el paso de los años hasta convertirse en un enfoque multidisciplinario. No solo abarca el manejo médico, sino también la atención en situaciones de desastre, la seguridad de los establecimientos de salud y la protección de pacientes y profesionales frente a eventos de violencia social. La falta de preparación para estas situaciones puede tener consecuencias catastróficas. Entre los aspectos fundamentales de la seguridad del paciente se incluyen la correcta identificación del paciente, la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, la seguridad en la preparación y administración de medicamentos, la implementación de medidas para reducir el riesgo de infecciones y caídas, así como el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente entre el personal sanitario (FIGUEROA; HERNÁNDEZ, 2021).

3

Cuando un incidente ocasiona un daño temporal o permanente, discapacidad o incluso la muerte, independientemente de que esté asociado o no a un error clínico, se denomina evento adverso. Una proporción importante de los profesionales de la salud experimenta este tipo de situaciones durante su ejercicio profesional, siendo muchas de ellas prevenibles (GONZÁLEZ-GONZÁLEZ et al., 2022).

En Paraguay existen protocolos de buenas prácticas de seguridad publicados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el objetivo de estandarizar los procesos asistenciales, disminuir los errores y mejorar la calidad y la seguridad del paciente. Dichos protocolos son aplicados en los establecimientos de salud del país (GIMÉNEZ; MEZA, 2017).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles durante la atención sanitaria y la reducción, hasta un mínimo

acceptable, del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención en salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

El concepto de seguridad del paciente ha evolucionado para convertirse en un enfoque multidisciplinario que comprende diversos aspectos relacionados con la calidad de la atención (ROCCO; GARRIDO, 2017). Entre ellos se encuentra la correcta identificación del paciente, para la cual deben utilizarse datos de filiación, como nombre completo, edad y fecha de nacimiento. No se recomienda emplear el número de cama o de habitación como medio de identificación y los datos deben verificarse antes de cualquier procedimiento (FIGUEROA; HERNÁNDEZ, 2021).

Asimismo, es necesario garantizar que el personal sanitario, los pacientes, los acompañantes, la infraestructura y los equipamientos se encuentren libres de riesgos de accidentes, promoviendo un ambiente hospitalario seguro (FIGUEROA; HERNÁNDEZ, 2021).

En pediatría, el uso de medicamentos debe limitarse a aquellos aprobados para esta población. Asimismo, no se recomienda modificar las formulaciones y el empleo de medicamentos fuera de ficha técnica o en investigación debe restringirse a situaciones excepcionales en las que no existan alternativas terapéuticas disponibles (PIÑEIRO et al., 2021).

4

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente, ya que es responsable de la preparación y administración segura de los medicamentos, además de participar activamente en la vigilancia y prevención de eventos adversos (ROCCO; GARRIDO, 2017).

Las caídas constituyen una de las principales causas de lesiones no intencionales en menores de 14 años. Aunque la mayoría ocasiona lesiones leves, los menores de un año presentan un mayor riesgo de sufrir lesiones de mayor gravedad (JIMÉNEZ DE DOMINGO, 2016). En este contexto, la implementación de programas de prevención de caídas representa una estrategia fundamental para mejorar la seguridad del paciente hospitalizado (ALCAÑIZ et al., 2020).

Las úlceras por presión se definen como lesiones localizadas en la piel y/o en los tejidos subyacentes, generalmente sobre prominencias óseas, producidas por la presión o por la combinación de presión y fuerzas de cizallamiento. Estas lesiones son frecuentes en pacientes con movilidad reducida y constituyen un importante indicador de calidad asistencial (McINNES et al., 2015; KOTTNER et al., 2019).

La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud es un elemento esencial para garantizar la seguridad del paciente. Una comunicación inadecuada incrementa el riesgo de errores asistenciales y de ocurrencia de eventos adversos, comprometiendo la calidad de la atención (ROCCO; GARRIDO, 2017).

En Paraguay existen protocolos de buenas prácticas en seguridad del paciente publicados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, cuyo propósito es estandarizar los procesos asistenciales, reducir los errores y mejorar la calidad de la atención (GIMÉNEZ; MEZA, 2017).

Hasta donde alcanzó la revisión bibliográfica realizada por la autora, no se identificaron publicaciones nacionales relacionadas con la cultura de seguridad del paciente en hospitales pediátricos. Conocer las fortalezas y debilidades de esta cultura resulta fundamental para desarrollar estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención y disminuir la ocurrencia de eventos adversos. En este contexto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción del personal sanitario del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu" acerca de la cultura de seguridad del paciente?

OBJETIVOS

5

El presente estudio tiene como objetivo general describir la percepción del personal sanitario del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu acerca de la seguridad del paciente. Para ello, se busca conocer cómo los profesionales de la salud valoran la cultura de seguridad dentro de la institución, identificando aquellos aspectos que favorecen una atención segura, así como las áreas que requieren fortalecimiento para reducir riesgos y mejorar la calidad de la atención.

En cuanto a los objetivos específicos, se pretende, en primer lugar, describir las características laborales de los participantes, incluyendo la función que desempeñan dentro del hospital y el número de horas trabajadas semanalmente, con el fin de contextualizar la población estudiada. Asimismo, se busca determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente percibido por el personal sanitario mediante la evaluación de las diferentes dimensiones contempladas en el instrumento de medición. Además, se pretende identificar las dimensiones que constituyen fortalezas institucionales, es decir, aquellos aspectos en los que la cultura de seguridad presenta un desempeño favorable. Finalmente, se procura establecer las dimensiones que requieren mejoras, permitiendo reconocer oportunidades de intervención orientadas a fortalecer la

seguridad del paciente y promover una atención de mayor calidad dentro del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, basado en las respuestas obtenidas mediante una encuesta anónima aplicada al personal sanitario del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu", Paraguay.

La población de estudio estuvo constituida por profesionales sanitarios en ejercicio pertenecientes a los diferentes servicios del hospital. Se incluyeron aquellos profesionales que aceptaron participar voluntariamente y completaron la encuesta. Fueron excluidos quienes no otorgaron su consentimiento o no respondieron el cuestionario. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los profesionales que aceptaron participar durante el período de recolección de datos.

La recolección de información se realizó mediante un formulario digital elaborado en Google Forms, utilizando la versión en español del Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). El enlace fue distribuido electrónicamente a los profesionales de los distintos servicios del hospital.

6

Se enviaron un total de 185 cuestionarios, obteniéndose 94 respuestas completas, las cuales conformaron la muestra final del estudio.

Las variables analizadas incluyeron datos sociodemográficos y laborales (profesión y horas semanales de trabajo), así como las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente evaluadas por el HSOPSC: frecuencia de eventos notificados, percepción global de la seguridad del paciente, expectativas y acciones de la supervisión en apoyo a la seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo dentro de la unidad, franqueza en la comunicación, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva frente a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia hospitalaria a la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades y problemas durante los cambios de turno y las transiciones asistenciales.

Las respuestas fueron registradas mediante una escala tipo Likert de cinco categorías. Para el análisis por dimensiones, las preguntas formuladas en sentido negativo fueron recodificadas de manera inversa, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.

Posteriormente, las respuestas fueron agrupadas en tres categorías: positivas, neutrales y negativas.

Los datos obtenidos fueron exportados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente analizados utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 21. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Los resultados de cada dimensión se calcularon mediante el porcentaje de respuestas positivas, obtenido al dividir el número de respuestas positivas entre el total de respuestas de los ítems correspondientes a cada dimensión.

Se consideró una fortaleza aquella dimensión con ≥ 75 % de respuestas positivas en los ítems formulados positivamente o ≥ 75 % de respuestas negativas en los ítems formulados negativamente. Por otra parte, se clasificó como oportunidad de mejora aquella dimensión con ≥ 50 % de respuestas negativas en los ítems formulados positivamente o ≥ 50 % de respuestas positivas en los ítems formulados negativamente, conforme a los criterios establecidos por la AHRQ.

La consistencia interna del cuestionario fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, considerándose aceptables los valores reportados para las dimensiones del instrumento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio respetó los principios éticos de la Declaración de Helsinki: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La participación fue voluntaria, previa aceptación del consentimiento informado electrónico, garantizándose el anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. El protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

La seguridad del paciente constituye un componente esencial de la calidad de la atención en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un nivel mínimo aceptable, mediante la prevención de eventos evitables y la implementación de prácticas seguras (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2021).

El desarrollo de la seguridad del paciente se fundamenta en la teoría del error humano propuesta por Reason, la cual sostiene que los errores son inherentes a la práctica asistencial y que la reducción del daño depende del fortalecimiento de los sistemas y no únicamente del desempeño individual. En este contexto surge el concepto de cultura de seguridad, entendida como el conjunto de valores, actitudes, competencias y comportamientos compartidos que promueven el compromiso institucional con la atención segura (ROCCO; GARRIDO, 2017).

Una cultura de seguridad sólida favorece la comunicación abierta entre los profesionales, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo, el liderazgo comprometido y una respuesta no punitiva frente a los errores, elementos que contribuyen a la disminución de los eventos adversos y al mejoramiento continuo de la calidad asistencial (LOTICI et al., 2022; ASTIER; OLIVERA, 2017).

Los eventos adversos representan uno de los principales desafíos para los sistemas de salud. Se estima que una proporción importante de estos eventos es prevenible mediante la implementación de protocolos de seguridad, el reporte sistemático de incidentes y el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente (ARANAZ et al., 2006; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ et al., 2022).

En el ámbito pediátrico, la seguridad del paciente adquiere especial relevancia debido a las particularidades fisiológicas de la población infantil, que incrementan el riesgo de errores relacionados con la identificación del paciente, la prescripción y administración de medicamentos, la realización de procedimientos, las infecciones asociadas a la atención sanitaria y las caídas. Por ello, la implementación de protocolos estandarizados constituye una estrategia fundamental para reducir riesgos y garantizar una atención de calidad (GIMÉNEZ; MEZA, 2017; PIÑEIRO et al., 2021).

La evaluación de la cultura de seguridad mediante instrumentos validados, como el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora dentro de las instituciones sanitarias, aportando información útil para la planificación de intervenciones dirigidas a fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención (POZO; PADILLA, 2013).

MARCO REFERENCIAL

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente ha sido objeto de numerosos estudios internacionales utilizando el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

En España, Pozo y Padilla (2013) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de describir las actitudes y comportamientos relacionados con la cultura de seguridad del paciente en profesionales sanitarios de un área de salud. La investigación incluyó una muestra aleatoria de 247 profesionales, de los cuales 176 respondieron la encuesta (tasa de respuesta del 71,2 %). Los autores observaron que el 50 % de los participantes calificó la seguridad del paciente como "muy buena", mientras que el 37 % la consideró "aceptable". Las principales fortalezas identificadas fueron el trabajo en equipo dentro de las unidades (80,8 %) y las expectativas y acciones de la supervisión en apoyo a la seguridad (80,5 %). Por otra parte, las dimensiones con menores puntuaciones corresponden a la dotación de personal (37,9 %), la respuesta no punitiva frente a los errores (41,6 %) y la notificación de eventos adversos (49,0 %), evidenciando oportunidades de mejora (POZO; PADILLA, 2013).

En Brasil, Lotici et al. (2022) desarrollaron un estudio descriptivo transversal con profesionales de unidades de cuidados intensivos de los estados de Paraná y Santa Catarina, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSOPSC. Participaron 72 profesionales de la salud, entre enfermeros, técnicos de enfermería, médicos y otros profesionales del equipo multidisciplinario. Los resultados mostraron que el 50 % de los participantes calificó la seguridad del paciente como "muy buena", mientras que el 33,3 % la consideró "regular". Además, el 53,6 % manifestó que los supervisores reconocían y promovían acciones dirigidas al fortalecimiento de la seguridad del paciente. Sin embargo, se identificaron debilidades relacionadas con la comunicación entre unidades, ya que el 41,6 % de los participantes refirió dificultades para trabajar con profesionales de otros servicios y el 47,2 % señaló problemas durante las transiciones y el intercambio de información entre unidades hospitalarias (LOTICI et al., 2022).

En conjunto, ambos estudios evidencian que el trabajo en equipo y el liderazgo constituyen fortalezas importantes en la cultura de seguridad del paciente, mientras que la dotación de personal, la comunicación interprofesional y la respuesta no punitiva frente a los errores continúan representando desafíos para las instituciones sanitarias.

RESULTADOS

Se utilizó la encuesta HSOPSC, pos sus siglas en ingles de Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ, por sus siglas en ingles de Agency for Health Care Research and Quality en su versión española, fue enviada vía digital a profesionales sanitarios de diversas áreas del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”, se envió la encuesta a 185 personales sanitarios y se obtuvieron 94 respuestas de los cuales 52.1% correspondieron a Pediatras, el 25,5% al área de Cuidados Intensivos Pediátricos y 13.8% al departamento de Emergencias Pediátricas, otros fueron Cirugía Pediátrica 4.3%, Neurología Pediátrica 3.2% y Onco-hematología Pediátrica 1.1%. Los resultados de los especialistas encuestados se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Especialistas encuestados. n=94

Servicios encuestados	n	%
Pediatría	49	52.1
Unidad de cuidados intensivos pediátricos	24	25.5
Emergencias pediátricas	13	13.8
Cirugía pediátrica	4	4.3
Neurología pediátrica	3	3.2
Onco hematología pediátrica	1	1.1

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

De los encuestados, corresponden a médicos residentes de pediatría 46.8%, médicos especialistas 37.2%, personal de enfermería 13.8% y jefe de servicio 1.1% los resultados correspondientes a la función de los encuestados se encuentran plasmados en la tabla 2.

Tabla 2. Funciones de los encuestados. N=94

Función	n	%
Médico residente	45	47.9
Médico especialista	35	37.2
Enfermería	13	13.8
Jefe de servicio	1	1.1

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

En cuanto al ítem que valora las horas trabajadas semanalmente, un 40.4% trabaja de 20 a 39 horas a la semana, 14.9% de 40 a 59 horas y de 60 a 59 horas respectivamente. Los resultados acerca de las horas trabajadas por los encuestados podemos observarlas en la tabla 3.

Tabla 3. Horas semanales trabajadas n = 94

Horas trabajadas semanales	n	%
20 a 39	38	40.4
40 a 59	14	14.9
60 a 79	14	14.9
80 a 99	13	13.8
100 o más	9	9.6
Menos de 20	6	6.4

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados en cuanto a la primera dimensión medida en la encuesta HSOPSC, que corresponde a la frecuencia de eventos notificados, con una Σ del 50%, podemos clasificarla como dimensión con oportunidad de mejora. Los resultados de las respuestas de la primera dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4. Primera dimensión: Frecuencia de eventos notificados. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	48 51	17 18	29 31
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	45 47.8	22 23.4	27 28.7
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	49 52.1	19 20.2	26 27.7
Σ	50%		

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados en cuanto a la segunda dimensión de la encuesta HSOPSC, que corresponde a la percepción de la seguridad, con una Σ de 40%, podemos clasificarla como debilidad. Los resultados de las respuestas de la segunda dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 5.

Tabla 5. Segunda dimensión: Percepción de la seguridad. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	37 39.3	26 26.6	32 34.1
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	43 45.7	23 24.4	28 29.8
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	28 29.8	41 43.6	25 26.6
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	23 24.5	47 50	24 25.5
Σ	40%		

Los resultados de la tercera dimensión de la encuesta HSOPSC, expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, con una Σ de 40%, la clasificamos dentro de las debilidades. Los resultados de las respuestas de la tercera dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 6.

Tabla 6. Tercera dimensión: Expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	57 60.6	21 22.4	16 17
Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	49 52.1	28 29.8	16 17
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	41 43.7	29 30.8	24 25.5
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	17 18.1	56 59.6	21 22.3
Σ	40%		

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados de la cuarta dimensión de la encuesta HSOPSC, acerca de Aprendizaje organizacional/mejora continua, con una Σ 59% podemos clasificarla como dimensión con

oportunidad de mejora. Los resultados de las respuestas de la cuarta dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 7.

Tabla 7. Cuarta dimensión: Aprendizaje organizacional/mejora continua. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	67 71.3	14 14.9	13 13.8
Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	60 63.8	12 12.7	22 23.4
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	40 42.6	25 26.5	29 30.9
Σ	59%		

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados correspondientes a la quinta dimensión de la encuesta HSOPSC, sobre el trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, con una Σ 61% podemos clasificarla como dimensión con oportunidad de mejora. Los resultados de las respuestas de la quinta dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 8.

Tabla 8. Quinta dimensión: El trabajo en equipo en la Unidad/Servicio. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	64 68.1	17 18.1	13 13.8
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	61 64.9	22 23.4	11 11.7
En esta unidad, el personal se trata con respeto.	67 71.2	10 10.7	17 18.1
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	41 43.6	39 41.5	14 14.9
Σ	61%		

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados correspondientes a la sexta dimensión de la encuesta HSOPSC, que corresponde a la franqueza en la comunicación, con una Σ 37%, podemos clasificarla como debilidad. Los resultados de las respuestas de la sexta dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 9.

Tabla 9. Sexta dimensión: Franqueza en la comunicación. N=94

Pregunta	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Neutro n(%)
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	46 48.9	17 18.1	31 33
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	30 32	33 35.1	31 33
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	21 22.4	30 31.9	41 43.6
Σ	37%		

Fuente: Elaboración propia de Rojas Dos Santos et al. (2026).

Los resultados de la séptima dimensión de la encuesta HSOPSC, que corresponde a Feed-back y comunicación sobre errores, con una Σ 53% podemos clasificarla como dimensión con oportunidad de mejora. Los resultados de las respuestas de la séptima dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 10.

Tabla 10. Séptima dimensión: Feed-back y comunicación sobre errores. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	35 37.2	36 38.3	23 24.5
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	56 59.6	14 14.9	24 25.5
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	60 63.8	17 18.1	17 18.1
Σ	53%		

Los resultados de la octava dimensión de la encuesta HSOPSC, acerca de la respuesta no punitiva a los errores, se obtuvo una Σ de 25%, clasificándose dentro de las debilidades. Los resultados de las respuestas de la octava dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 11.

Tabla 11. Octava dimensión: Respuesta no punitiva a los errores. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	56 59.6	17 18.1	21 22.3
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	51 53	26 27.4	17 18.1

El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	39 41.5	27 28.7	28 29.8
Σ	25%		

En los resultados de la novena dimensión de la encuesta HSOPSC, acerca de la dotación del personal, obtuvimos una Σ de 20% que la clasifica como debilidad. Los resultados de las respuestas de la novena dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 12.

Tabla 12. Novena dimensión: Dotación del personal. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	19 20.2	61 64.9	14 14.9
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	60 63.8	17 18.1	17 18.1
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	40 42.6	24 25.2	30 31.9
Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente.	60 67	14 14.9	17 18.1
Σ	20%		

Los resultados de la décima dimensión de la encuesta HSOPSC, Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, con una Σ 50% podemos clasificarla como dimensión con oportunidad de mejora. Los resultados de las respuestas de la décima dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 13.

Tabla 13. Décima dimensión: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	56 59.6	9 9.6	29 30.9
Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	51 54.3	14 14.8	29 30.9
La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso.	34 36.2	34 36.2	26 27.7
Σ	50%		

En los resultados de la onceava dimensión de la encuesta HSOPSC, acerca del trabajo en equipo de las unidades, se obtuvo una Σ de 38%, clasificándose dentro de las debilidades. Los resultados de las respuestas de la onceava dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 14.

Tabla 14. Onceava dimensión: Trabajo en equipo en las unidades. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	37 39.3	29 30.8	28 29.8
Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	42 44.7	21 22.3	31 33
Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas	36 38.3	25 26.6	33 35.1
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	33 35.1	39 41.5	22 23.4
Σ	38%		

Los resultados de la doceava dimensión de la encuesta HSOPSC, Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, con una Σ de 34%, clasificándose dentro de las debilidades. Los resultados de las respuestas de la doceava dimensión con los ítems utilizados para evaluarla se encuentran en la tabla 15.

Tabla 15. Doceava dimensión: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades. N=94

Pregunta	Positivo n %	Negativo n %	Neutro n %
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.	36 38.3	28 29.8	25 26.6
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	26 27.7	35 37	33 35.1
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	34 36.2	26 27.6	34 36.2
Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	26 27.7	40 42.5	28 29.8
Σ	34%		

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió evaluar la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”. Como principal limitación se identificó el sesgo de no respuesta, debido a que no todos los profesionales invitados participaron en la investigación. No obstante, la muestra obtenida permitió caracterizar la percepción de la cultura de seguridad en la institución.

Los resultados evidenciaron que ninguna de las doce dimensiones evaluadas mediante el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) alcanzó el porcentaje mínimo establecido para ser considerada una fortaleza (≥ 75 % de respuestas positivas), lo que pone de manifiesto la existencia de debilidades en la cultura de seguridad del paciente. Por otro lado, se identificaron oportunidades de mejora principalmente en las dimensiones relacionadas con la frecuencia de eventos notificados, el aprendizaje organizacional y mejora continua, el trabajo en equipo dentro de la unidad, la retroalimentación y comunicación sobre errores, y el apoyo de la gerencia hospitalaria a la seguridad del paciente.

A pesar de no haber alcanzado el criterio de fortaleza, la dimensión trabajo en equipo dentro de la unidad presentó el mayor porcentaje de respuestas positivas, lo que coincide con estudios previos realizados en otros países. En Brasil, Lotici et al. (2022) identificaron el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional como las dimensiones con mejor desempeño entre profesionales de unidades de cuidados intensivos. De manera similar, Pozo y Padilla (2013), en un estudio realizado en España, reportaron que el trabajo en equipo y las acciones de la supervisión en apoyo a la seguridad representaban las principales fortalezas de la cultura de seguridad del paciente.

En contraste, la dotación de personal fue la dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas en el presente estudio, lo que evidencia una percepción de insuficiencia de recursos humanos. Este hallazgo coincide con la literatura, que señala la sobrecarga laboral y la escasez de personal como factores asociados al incremento del riesgo de errores y eventos adversos durante la atención sanitaria (ROCCO; GARRIDO, 2017; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2021).

Respecto a la carga laboral, la mayoría de los participantes informó desempeñar entre 20 y 39 horas semanales, lo que constituye un aspecto relevante, considerando que jornadas

prolongadas y una distribución inadecuada del trabajo pueden comprometer la seguridad del paciente y favorecer la ocurrencia de incidentes asistenciales (ROCCO; GARRIDO, 2017).

La percepción global de la seguridad del paciente fue predominantemente favorable, con una calificación de 4 en la mayoría de las respuestas, aunque este resultado no se reflejó de manera uniforme en las diferentes dimensiones evaluadas. Esto sugiere que, si bien los profesionales perciben positivamente la seguridad en términos generales, aún existen aspectos específicos de la cultura organizacional que requieren fortalecimiento.

Los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de implementar estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, tales como programas permanentes de capacitación, promoción de una cultura no punitiva frente a los errores, fortalecimiento de los sistemas de notificación de incidentes, mejora de la comunicación entre equipos y optimización de la dotación de personal. Asimismo, se recomienda realizar nuevos estudios con un mayor número de participantes que permitan evaluar la evolución de estas dimensiones y medir el impacto de las intervenciones implementadas.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal sanitario del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”. No se identificaron dimensiones que alcanzaran los criterios establecidos para ser consideradas fortalezas según el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

Sin embargo, se identificaron dimensiones con oportunidades de mejora, principalmente relacionadas con la frecuencia de eventos notificados, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio, retroalimentación y comunicación sobre errores y apoyo de la gerencia hospitalaria en la seguridad del paciente.

Estos resultados evidencian la necesidad de implementar estrategias institucionales dirigidas al fortalecimiento de la cultura de seguridad, promoviendo la comunicación efectiva, el aprendizaje a partir de los errores, la notificación de eventos adversos y el compromiso de los líderes institucionales con la seguridad del paciente.

Se recomienda utilizar los hallazgos obtenidos como base para el desarrollo de intervenciones de mejora y realizar nuevas evaluaciones posteriores que permitan medir el impacto de las acciones implementadas y la evolución de la cultura de seguridad dentro de la institución.

REFERENCIAS

ALCAÑIZ, A. et al. Experiencia en la implantación de la Guía de prevención de caídas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. *Enfermería Clínica*, v. 30, n. 3, p. 185-197, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.015>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ARANAZ, J. M. et al. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

ASTIER, M. P.; OLIVERA, G. El reto de sostener la cultura de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v. 40, n. 1, p. 5-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0018>. Acesso em: 24 jul. 2026.

FIGUEROA, A.; HERNÁNDEZ, J. Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, v. 21, n. 1, p. 169-178, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3490>. Acesso em: 24 jul. 2026.

GIMÉNEZ, P.; MEZA, N. Protocolos de seguridad del paciente. 1. ed. Asunción: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2017.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, A. et al. Eventos clínicos adversos en el ámbito hospitalario: caracterización desde el punto de vista del profesional sanitario. *Medicina Clínica y Social*, v. 6, n. 1, p. 20-25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.52379/MCS.V6I1.233>. Acesso em: 24 jul. 2026.

JIMÉNEZ DE DOMINGO, A. Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año. *Anales de Pediatría*, v. 86, n. 6, p. 337-343, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.12.004>. Acesso em: 24 jul. 2026.

KOTTNER, J. et al. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline. *Journal of Tissue Viability*, v. 28, n. 2, p. 51-58, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001>. Acesso em: 24 jul. 2026.

LOTICI, A.; ZONTA, F. do N. S.; LOTICI, G.; GAFFURI, T. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, v. 21, n. 3, p. 135-184, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.488311>. Acesso em: 24 jul. 2026.

McINNES, E. et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030. Ginebra: OMS, 2021.

PIÑEIRO, R. et al. Medicamentos fuera de ficha técnica en Pediatría. *Anales de Pediatría*, v. 94, p. 188.e1-188.e9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.12.008>. Acesso em: 24 jul. 2026.

POZO, F.; PADILLA, V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, v. 28, n. 6, p. 329-336, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2013.03.009>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ROCCO, C.; GARRIDO, A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, v. 28, n. 5, p. 785-795, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2017.08.006>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 24 jul. 2026.

JOHN, M.; JAMES, T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, v. 9, n. 3, p. 122-128, 2013.

BUSTAMANTE, C. et al. Effect of a multidimensional intervention for prevention of falls in the elderly. *Atención Primaria*, v. 52, n. 10, p. 722-730, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.018>. Acesso em: 24 jul. 2026.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.

REASON, J. Human error: models and management. *BMJ*, v. 320, p. 768-770, 2000.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville: AHRQ, 2021.