



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“CLIMA DE SEGURIDAD PARA PACIENTES
EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL”

JESÚS VICTOR ZUMAYA ANDRADE

drvictorzumaya@hotmail.com

ASESORES: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Dra. Lorena Chávez Ibarra

TIJUANA B. C. A 18 DE JULIO DEL 2016

RESUMEN

TITULO: Clima de Seguridad Para Pacientes En Un Hospital De Segundo Nivel.

INVESTIGADORES: Jesús Víctor Zumaya Andrade Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Dra. Lorena Chávez Ibarra.

OBJETIVO: Evaluar la cultura de seguridad del paciente, un hospital de segundo nivel.

ANTECEDENTES: La calidad y seguridad del paciente, son preocupaciones de la mayoría de los sistemas de salud. La necesidad de mayor conocimiento sistemático en estos temas de seguridad del paciente es promocionado, sin embargo experiencia y la investigación es limitada en nuestro país.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio no experimental transversal, observacional, descriptivo. Se incluyeron una muestra aleatorizada simple de 311 trabajadores, La evaluación se realizó mediante El Cuestionario Para Evaluación Del Clima De Seguridad Para Pacientes En Hospitales. El análisis estadístico Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Porcentaje y frecuencias para variables cualitativas y t de Student para análisis bivariado con el programa estadístico spss.

RESULTADOS: Se encontró un clima seguridad notable con promedio de 7.12 en escala de 10, otorgado por los 311 trabajadores encuestados, se presentó una dimensión como área de oportunidad o debilidad en la dimensión de respuesta no punitiva al error ya que supero el criterio de 50% a respuestas negativas, no hubo otra dimensión con criterio de fortaleza o debilidad.

CONCLUSIÓN: un clima seguridad notable propicia un ambiente seguro para el paciente, donde se tratan de minimizar los riesgos y evitar los eventos centinela.

PALABRAS CLAVE: Seguridad en el paciente, Cultura de seguridad, Calidad y seguridad.

ANTECEDENTES

El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva. Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo. En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad¹. El tradicional juramento médico (“Lo primero es no hacer daño”) rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros facultativos médicos, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria².

Durante muchos años los servicios de salud sentían que evolucionaban si ofrecían más servicios. En el sector público y en la seguridad social los progresos se han medido generalmente en términos de cantidad de población cubierta, de número de unidades, de indicadores de productividad (porcentajes de ocupación, cirugías por quirófano, etc.)³ Pero, como todos los conceptos, éste fue madurando; y al ir alcanzando por lo menos una parte importante de sus objetivos, se fueron planteando otros nuevos: no bastaba con hacer más, sino que también era necesario hacerlo mejor. De esto se trata la calidad⁴.

La calidad y seguridad del paciente, son ahora preocupaciones predominantes de la mayoría de los sistemas de salud modernos alrededor del mundo⁵. Aunque la necesidad de mayor conocimiento sistemático en los temas de seguridad del paciente es vigorosamente promocionado en todos los sectores de salud⁶, la experiencia y la

investigación relacionada en primer nivel de atención es limitada en comparación con la medicina hospitalaria⁷.

Sin embargo, la tendencia mundial hacia el consumismo en salud (la idea del paciente como agente con capacidad de decisión en la transacción sanitaria)⁸ y la apertura de la información de salud en la Internet y en los medios de comunicación tradicionales, hacen de la seguridad del paciente una preocupación global, y un debate ya imparable. Esto ha propiciado el desarrollo de investigaciones que puedan medir el cambio cultural que facilite la implantación y consecución de mejoras en la seguridad de los pacientes⁹.

En 1991 se publicaron los resultados del Estudio de Harvard sobre Práctica Médica, y poco después se conocieron trabajos similares provenientes del Reino Unido y de Australia. En 1999 apareció *To err is human: building a safer health system*, patrocinado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América. Según este informe, en ese país los errores médicos causan hasta 98,000 muertes en hospitales al año. De ellas, 7,000 se deben a errores en la administración de la medicación¹⁰. En lo que se refiere a costos financieros, que involucran hospitalizaciones adicionales, indemnizaciones, costos legales, capacidad disminuida de generar ingresos y otros rubros menores, en los Estados Unidos de América están calculados entre 17,000 y 29,000 millones de dólares; en el Reino Unido aproximadamente 8,700 millones de dólares, para una población de aproximadamente la quinta parte de la de EEUU¹¹.

Se define a la cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales

que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización¹².

Por otra parte, la Seguridad del Paciente es descrita como el Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos, de acuerdo con la Agency for Healthcare Quality and Research de los EEUU¹³.

Avedis Donabedian definió calidad en la atención médica como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud”. Rúelas y Querol refinaron otros conceptos de Donabedian sobre el mismo tema, señalando que se trata del “logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente”¹⁴.

Para lograr una mejor comprensión de la cultura de seguridad de los pacientes, es necesario a su vez, identificar otros términos comunes al tema central, tales como **accidente** definido como un evento que involucra daño a un sistema, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema, por el Institute of Medicine de los EEUU. Un **Evento adverso** será un Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención. para el National Center for Patient Safety de EEUU, mientras que un **Evento centinela** lo identificamos como un hallazgo que involucra la presencia de la muerte inesperada, herida física o psicológica grave, o el riesgo potencial de que esto ocurra, según la Joint Commission on Accreditation of Health Care de EEUU. Por último, la **Quasi falla** se considera al acontecimiento o la situación que podría haber

tenido como resultado un accidente o herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna de acuerdo con el National Center for Patient Safety de EEUU¹⁵.

Los informes publicados por el Institute of Medicine (IOM) de EEUU, hicieron evidentes los problemas de seguridad como consecuencia de la asistencia hospitalaria. En ellos se constataba que en un 7 - 14% de las hospitalizaciones aparecía un efecto adverso y dentro de ellos entre un 3 a 4% resultaban mortales. El mensaje fundamental fue que estos sucesos se producen como consecuencia de múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual, y que son prevenibles en un alto porcentaje¹⁶. El IOM se propuso reducirlos en un 50% en el plazo de 5 años, durante los cuales se identificaron una serie de sistemas de alerta, de prácticas seguras, así como estrategias para desarrollarlas. Al cumplirse el plazo se evaluó la eficacia de las acciones abordadas, y los resultados de esta evaluación, lejos de lo esperado, alentaron el movimiento por la seguridad a nivel mundial¹⁷.

En nuestro país, el panorama actual no es del todo alentador, pues diversos estudios confirman que el tema de seguridad para el paciente no es particularmente conocido por los médicos mexicanos. En el 2010, Fajardo y cols. en su estudio de la cultura sobre seguridad del paciente, demostró que de los 174 participantes, solo un 51% reporta una percepción positiva de la seguridad para el paciente y la dimensión mas baja se encontró en la comunicación con un 38%¹⁸. Por otra parte, en un estudio exploratorio sobre la seguridad del paciente en médicos internos de pregrado realizado por Campos en el 2010, encontró que de estos, solo el 19% de los encuestados conoce el concepto de seguridad del paciente¹⁹. Más recientemente Ibarra en el 2011,

mediante el análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Oaxaca demostró que el 58% del personal encuestado nunca ha notificado un incidente y que el 42.3% percibe que la gerencia no propicia el clima laboral adecuado para la seguridad del paciente²⁰.

Actualmente se dispone de una herramienta válida y fiable, que fue adaptada primero por España y posteriormente por otros países, la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, la cual se utiliza para medir la cultura de seguridad del paciente. Esta encuesta ha sido utilizada, no sólo en estudios realizados en Estados Unidos, sino también en hospitales de España, México, así como en países del sudeste asiático y de América²¹. Recientemente se comparó con el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) en un artículo de la revista British Medical Journal, quien concluyo en una ligera ventaja para la HSOPS como predictivo de la percepción de seguridad del paciente²².

Una de las causas principales de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad o no den el resultado esperado, es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado. Esto produce falta de adecuada integración de un equipo de trabajo; a su vez, esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de una cultura de seguridad para el paciente. Distintos estudios alrededor del mundo han puesto de manifiesto el problema de seguridad al paciente en los sistemas hospitalarios. Por razones que van desde la ética a las consecuencias financieras para el sistema, el problema de seguridad en los hospitales no puede ignorarse por más tiempo²³.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evaluación del clima de seguridad para pacientes, en un hospital de segundo nivel del IMSS, en Tijuana, B.C.?

JUSTIFICACION

La calidad y seguridad del paciente, son ahora preocupaciones predominantes de la mayoría de los sistemas de salud modernos alrededor del mundo. Aunque la necesidad de mayor conocimiento sistemático en los temas de seguridad del paciente es vigorosamente promocionado en todos los sectores de salud, la experiencia y la investigación relacionada en primer nivel de atención es limitada en comparación con la medicina hospitalaria.

Una de las causas principales de que las medidas para la mejora de la seguridad del paciente no se implementen con suficiente celeridad, o no den el resultado esperado, es la renuencia a efectuar cambios por algunos elementos del personal involucrado. Esto produce falta de adecuada integración de un equipo de trabajo; a su vez, esta situación y la carencia de empatía impiden la existencia de una cultura de seguridad para el paciente. Distintos estudios alrededor del mundo han puesto de manifiesto el problema de seguridad al paciente en los sistemas hospitalarios. Por razones que van desde la ética, a las consecuencias financieras para el sistema, el problema de seguridad en los hospitales no puede ignorarse por más tiempo.

En estos momentos, la necesidad de sensibilizar y capacitar al personal hospitalario sobre la importancia de la calidad en la atención, la seguridad del paciente y de formar parte de una saludable cultura de seguridad será de gran utilidad en la implementación de un enfoque preventivo y proactivo para disminuir cualquier situación que afecte negativamente la salud del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el clima de seguridad para pacientes, en un hospital de segundo nivel del IMSS, en Tijuana, B.C

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con diseño no experimental, transversal, observacional, descriptivo, exploratorio.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, por muestra dirigida, del personal operativo adscrito al Hospital General Regional No.1 del IMSS en Tijuana Baja California

FORMULA: Basada en una población finita (conocida), personal contratado 1588.

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2pq}}$$

n: Muestra deseada

N: Numero conocido de población = 1588

e: Error muestral (margen de error) = 5% (0.05)

z: Nivel de confianza = 95%

pq: Varianza de la población = (0.50)(0.50)= (0.25)

TAMAÑO DE MUESTRA= n: 310 Trabajadores.

PERIODO RECOLECCIÓN DE DATOS:

Del 1ro de Julio al 30 agosto del 2012.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fué incluido el personal operativo de los 4 turnos (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada) adscritos a la nómina del HGR No.1, que se encuentren en contacto con pacientes del área de hospitalización, consulta externa, quirófanos, gabinetes, urgencias (incluye pediátricas y tococirugía).

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Personal no adscrito al hospital, aquellos que no estén en contacto con pacientes, y que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal con cuestionarios incompletos, que se encuentren fuera de su jornada laboral y que no hayan firmado el consentimiento para participar en el estudio

MÉTODOS

Se presentó ante la Dirección del Hospital General Regional No.1, la aprobación del presente proyecto por el Comité Local de Investigación (CLIS), quien autorizó las facilidades para la aplicación del cuestionario al personal operativo y obtener las bases de datos del personal, que reportan un total de 1674 plazas en los 4 turnos, de estas, un total de 1588 se encuentran ocupadas, de los cuales fueron seleccionados de manera aleatorizada 310 trabajadores por la fórmula de población finita, una vez

seleccionado el tamaño de la muestra los participantes, leyeron y firmaron el consentimiento informado y realizaron sus cuestionarios.

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, género, escolaridad, categoría, antigüedad, turno laboral, antecedente de capacitación en materia de seguridad del paciente, participación en algún comité de seguridad o brigada.

INSTRUMENTO

Para evaluar la cultura de seguridad en el paciente, se aplicó **El Cuestionario Para Evaluación Del Clima De Seguridad Para Pacientes En Hospitales (HSOPS)**, consta de 61 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones que valoran diferentes aspectos de la cultura de seguridad. Asimismo, recoge información sobre la calificación (del 0 al 10) que se otorga a la seguridad en el servicio y recoge también el número de incidentes notificados en el último año. Además, contiene 7 preguntas de tipo demográfico y una pregunta de respuesta abierta solicitando aportaciones y comentarios.

La interpretación de dicho cuestionario se realizara a través de la interpretación de las doce dimensiones

1. Frecuencia de eventos notificados (Agrupa 3 ítems)
2. Percepción de seguridad (Agrupa 4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad (Agrupa 4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (Agrupa 4 ítems)
6. Franqueza en la comunicación (Agrupa 3 ítems)

7. *Feed-back* y comunicación sobre errores (Agrupa 3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (Agrupa 3 ítems)
9. Dotación de personal (Agrupa 4 ítems)
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (Agrupa 3 ítems)
11. Trabajo en equipo entre unidades (Agrupa 4 ítems)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (Agrupa 4 ítems).

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

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

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

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios:

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

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

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

CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD

La evaluación global del clima de seguridad se realiza mediante la pregunta 43 que presenta en una escala de cero a diez, la calificación global del clima de seguridad usando como puntos de corte los siguientes parámetros:

- <5 Clima de seguridad reprobatorio.
- 5-6 Clima de seguridad aprobatorio.
- 7-8 Clima de seguridad notable.
- 9-10 Clima de seguridad sobresaliente.

Además de este ítem, las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción de seguridad”, son consideradas medidas de resultado del clima de seguridad, las cuales se reportaran como fortalezas en el clima de seguridad hospitalario de acuerdo los criterios que marcan a $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas positivas o respuestas negativas a preguntas negativas, o bien, como oportunidad de mejora en el clima de seguridad hospitalario con el criterio alternativo de $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas positivas o respuestas positivas a preguntas negativas.

Dimensión	Fortaleza ($\geq 75\%$) %	Área de Oportunidad ($\geq 50\%$) %
1 Eventos notificados		
2 Percepción de seguridad		
3 Expectativas de la dirección		
4 Aprendizaje organizacional		
5 Trabajo en equipo		
6 Franqueza en la comunicación		
7 Feedback sobre errores		
8 Respuesta no punitiva al error		
9 Dotación de personal		
10 Apoyo de la gerencia		
11 Trabajo en equipo entre unidades		
12 Cambio de turno/servicio		

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Porcentaje y frecuencias para variables cualitativas. Para el análisis bivariado se utilizó estadística de tipo paramétrico, con prueba t de Student

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Clima de seguridad en el paciente: Es el producto de la suma de los valores individuales y grupales, las actitudes, competencias, percepciones y patrones de comportamiento que determinan el compromiso a, el estilo y eficiencia en el manejo de la seguridad en una organización de salud.

Seguridad del paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Eventos adversos: Incidentes desfavorables, percances terapéuticos, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos que ocurren directamente asociados con la prestación de atención.

Edad: Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.

Género: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.

Escolaridad: Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza

Categoría: Es el puesto de trabajo que aparece en el contrato del trabajador.

Turno: Horario en el que le corresponde hacer su trabajo.

Antigüedad: Es el número de años laborados con la institución actual.

Antecedente de capacitación en seguridad del paciente: Participación documentada en uno o más cursos relacionados a la seguridad del paciente, calidad de la atención, clima organizacional, etc.

Participación en comité de seguridad: Ser miembro activo de un grupo específico relacionado a la seguridad del paciente o calidad de la atención, como el comité de infecciones nosocomiales, comité certificación, VENCER II, brigadas, etc.

ASPECTOS ETICOS

Se solicitó y obtuvo la aprobación del comité de investigación para la realización de este estudio. Esta investigación se realizó bajo la propuesta de principios éticos de la Declaración de Helsinki, del reglamento de la ley general de salud y de lineamientos del área de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El tipo de estudio es descriptivo, no se manipularon variables, se mantendrá la confidencialidad de los nombres y se solicitará firma de consentimiento informado

RECURSOS UTILIZADOS

Los aportados por el investigador.

RESULTADOS

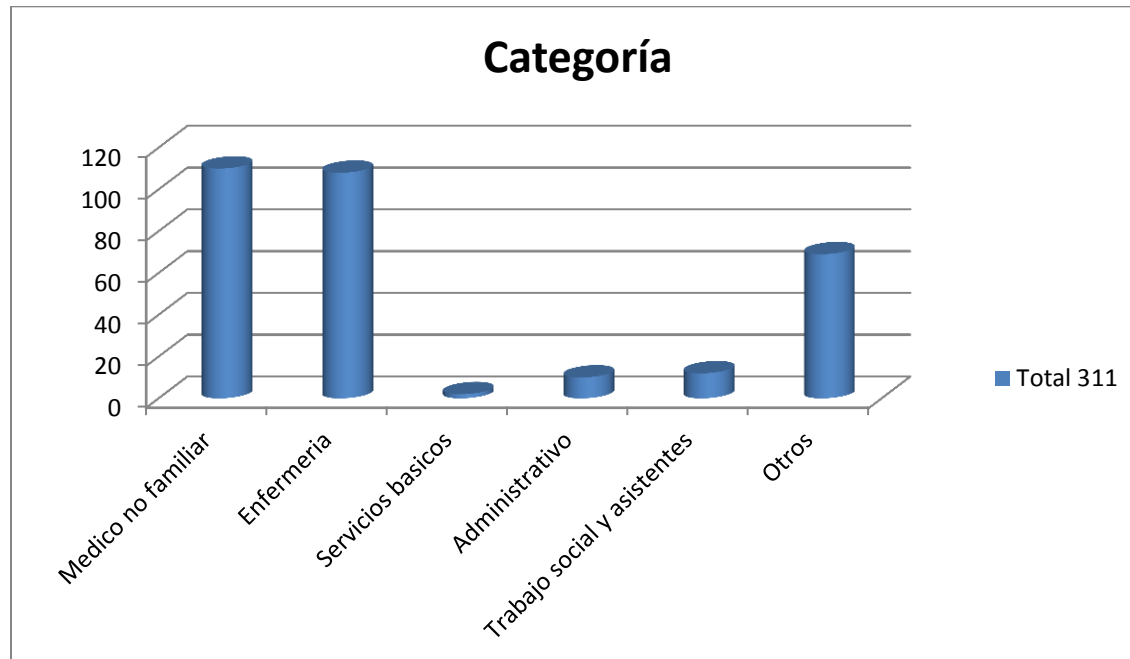
En esta sección se describen los resultados encontrados de la investigación realizada, Se incluyeron un total de 311 encuestas, de las cuales 111 (35.7%) eran de género masculino y 200 (64.3) eran femenino.

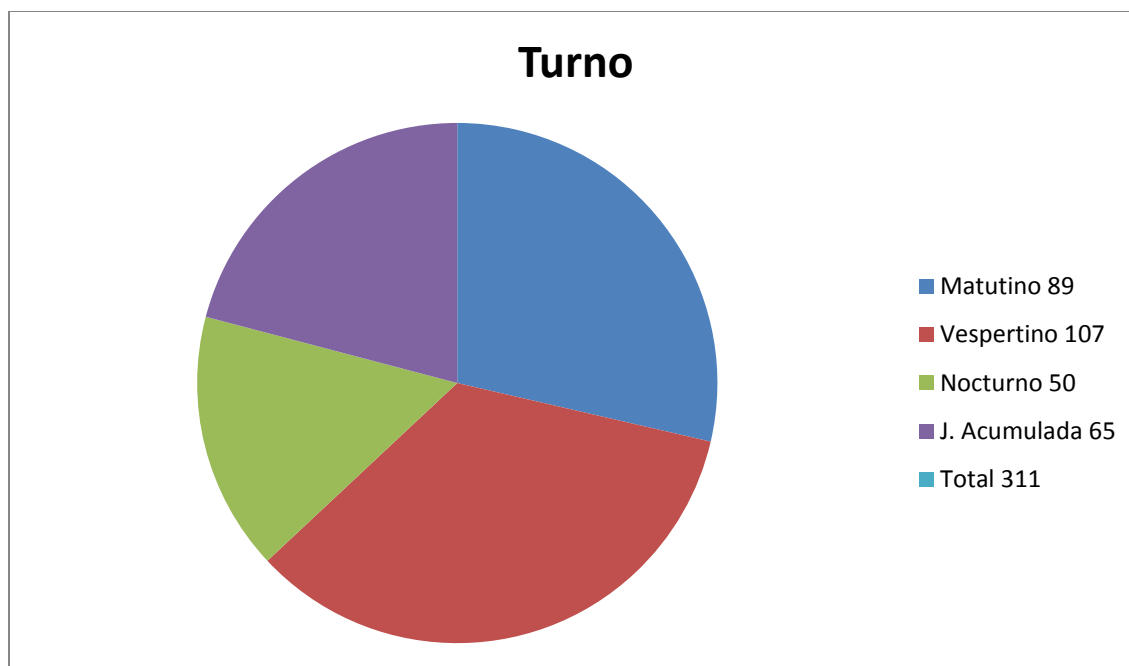
En relación a la edad, el mínimo fue 21 años y el máximo de 54 años, con media de 37.17 años, moda de 36 y rango de 33 años. La antigüedad media fue de 8.99 años, con moda de 2 años, mediana de 8 y rango de 26 años, mínimo de 1 año y máximo de 27 años. Para la escolaridad en años se obtuvo una media de 16.78 años, con moda de 14, mediana de 17 y rango de 27 años.

En cuanto a la Categoría, se encontró que 110 (35.4%) son médicos no familiares, 108 (34.7%) corresponden a enfermería, 2 (0.6%) a servicios básicos, 10 (3.2%) son administrativos, 12 (3.9%) a trabajo social y asistentes médicos por último 69 (22.2%) corresponde a otros, en los que se incluyen técnicos radiólogos, personal de laboratorio y nutriología entre otros que cumplieron los criterios de participación, Total 311.

En relación al turno, de un total de 311 participantes, 89 (28.6) pertenecen al turno matutino, 107 (34.4) al vespertino, 50 (16.1) y 65 (20.9%) al turno nocturno.

RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	111	35.7
FEMENINO	200	64.3
TOTAL	311	100
CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICO NO FAMILIAR	110	35.4
ENFERMERÍA	108	34.7
SERVICIOS BASICOS	2	0.6
ADMINISTRATIVO	10	3.2
TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES	12	3.9
OTROS	69	22.2
TOTAL	311	100
TURNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	89	28.6
VESPERTINO	107	34.4
NOCTURNO	50	16.1
JORNADA ACUMULADA	65	20.9
TOTAL	311	100

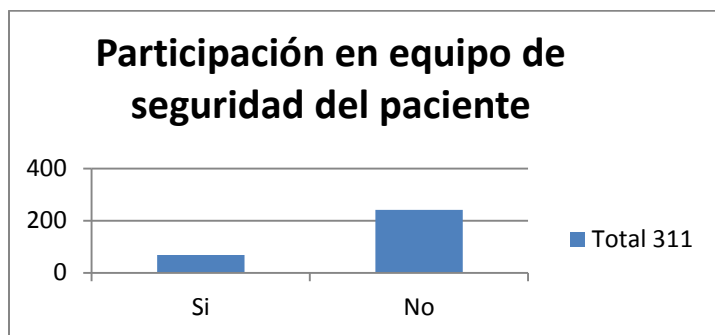
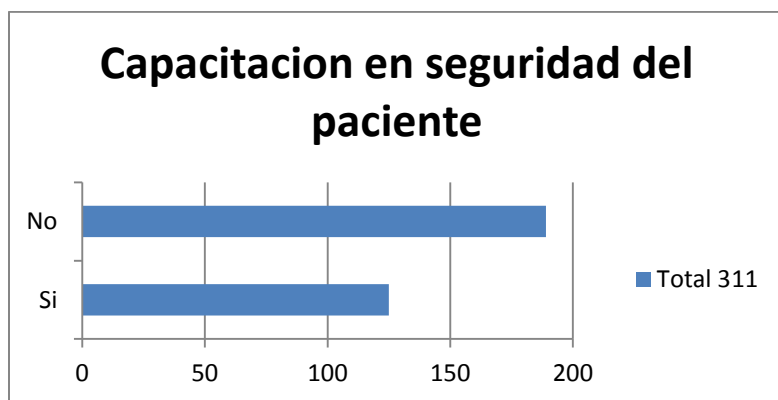




ANTECEDENTES EN CAPACITACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PARTICIPACION EN COMITES DE SEGURIDAD Y CALIDAD.

En cuanto al antecedente de capacitación en seguridad del paciente, 125 (40.2%) respondieron afirmativamente y 186 (59.8%) negaron cualquier capacitación en dicho tema. En relación a la participación en algún comité o equipo relacionado con la seguridad del paciente, 69 (22.2%) encuestados respondieron "SI" y 242 (77.8%) respondieron "NO" a la pregunta, sumando 311 en total.

PERSONAL CAPACITADO Y/O CON PARTICIPACION EN LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE			
ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE			
SI		NO	
FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
125	40.2	186	59.8
PARTICIPACIÓN EN ALGÚN COMITÉ O EQUIPO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
69	22.2	242	77.8

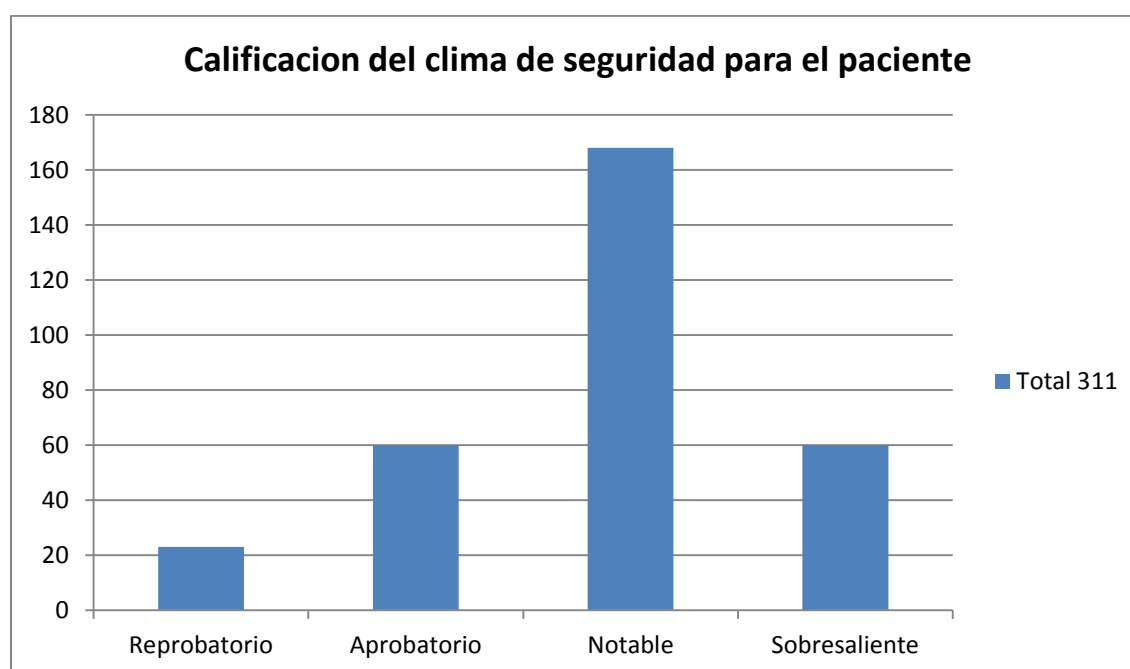


EVALUCION GLOBAL DEL CLIMA DE SEGURIDAD

La evaluación global del clima de seguridad para pacientes era otorgada por pregunta 43 ¿califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad?, se usaron como puntos de corte los siguientes parámetros: <5 Clima de seguridad reprobatorio, de 5-6 Clima de seguridad aprobatorio, de 7-8 Clima de seguridad notable, de 9-10 Clima de seguridad sobresaliente.

El hospital recibió una media de 7.12 como calificación del clima de seguridad por lo que se acepta como una evaluación de clima de seguridad notable. La moda fue de 8, mínimo de 0, máximo 10, rango de 10.

CALIFICACION DEL CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLIMA DE SEGURIDAD REPROBATORIO (<5)	23	7.4
CLIMA DE SEGURIDAD APROBATORIO (5-6)	60	19.4
CLIMA DE SEGURIDAD NOTABLE (7-8)	168	54.3
CLIMA DE SEGURIDAD SOBRESALIENTE (9-10)	60	19.3
TOTAL	311	100



RESULTADOS POR DIMENSIONES

A continuación se muestran los resultados de las doce dimensiones evaluadas por el instrumento de medición, cada una de las dimensiones era compuesta por tres o cuatro preguntas y con 5 respuestas posibles que a su vez, fueron recodificadas a 3 respuestas por la metodología descrita previamente.

FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS.

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos y es compuesta por las preguntas 40 positivo (p), 41p y 42p.

1 FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-40 Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	100	32.2	65	20.9	146	46.9
P-41 Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	103	33.1	83	26.7	125	40.2
P-42 Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	100	32.2	75	24.1	136	43.7
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	303		223		407	
VALOR (100%)		32.5		23.9		43.6
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			43.6%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			23.9%		

PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN EL HOSPITAL

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. se compone por las preguntas 10 negativo (n), 15p, 17n y 18p.

2 PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN EL HOSPITAL *						
	RESPUESTAS					
PREGUNTA	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-10n No se producen más fallos por casualidad	90	28.9	84	27	137	44.1
P-15p Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	53	17	168	54	90	29
P-17n En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente	46	14.8	77	24.8	188	60.4
P-18p Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	71	22.8	81	26.1	159	51.1
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	260		410		574	
VALOR (100%)	21		32.9		46.1	
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			32.9%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			46.1%		
• Dimensión con preguntas en sentencia negativa, por lo que las respuestas en negativo se consideran con valor positivo. • n: negativo						

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION / SUPERVISION DE LA UNIDAD / EQUIPO EN APOYO A LA SEGURIDAD QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD.

Se incluyen en esta dimensión cuatro ítems que representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores. Se compone por las preguntas 19p, 20p, 21n y 22n.

3 EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION / SUPERVISION DE LA UNIDAD / EQUIPO EN APOYO QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE **						
	RESPUESTAS					
PREGUNTA	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-19p Mi superior expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	75	24.1	89	28.6	147	47.3
P-20p Mi superior tiene en cuenta las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	75	24.1	83	26.7	153	49.2
P-21n Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente.	39	12.5	145	46.6	127	40.9
P-22n Mi superior pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	47	15.1	184	59.2	80	25.7
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	236		379		629	
VALOR (100%)		19.2		30.4		50.4
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			50.4		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			30.4		
- Dimensión con 2 preguntas en sentencia negativa (21 y 22), por lo que las respuestas en negativo se consideran con valor positivo y se suman a las respuestas positivas de las preguntas con sentencia positiva (19 y 20). - p: positivo n: negativo						

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA

Esta dimensión incluye tres ítems (6p, 9p y 13p) sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente.

4 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-6 Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	46	14.8	76	24.4	189	60.8
P-9 Cuando se detecta algún error en la atención médica, se llevan cabo medidas para que no ocurra de nuevo.	48	15.4	74	23.8	189	60.8
P-13 Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	38	12.3	118	37.9	155	49.8
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	132		268		533	
VALOR (100%)		14.2		28.7		57.1
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			57.1		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			28.7		

TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL/UNIDAD

Dimensión conformada por las preguntas 1p, 3p, 4p y 11p, para evaluar al hospital/unidad en función del apoyo y respeto mutuo entre trabajadores.

5 TRABAJO EN EQUIPO / UNIDAD						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-1 El personal se apoya mutuamente	38	12.2	50	16.7	223	71.7
P-3 Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	54	17.4	95	30.5	162	52.1
P-4 En esta unidad/hospital nos tratamos todos con respeto	45	14.4	54	17.4	212	68.2
P-11 Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	45	14.4	112	36.1	154	49.5
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	182		311		751	
VALOR (100%)	14.7			25		60.3
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			60.3%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			25%		

FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

Esta dimensión incluye las preguntas 35p, 37p y 39n, que tratan sobre la posibilidad de que el personal exprese sus preocupaciones con respecto a la seguridad del paciente.

6 FRANQUEZA EN LA COMUNICACION						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-35p Cuando el personal ve algo que puede afectar a la atención del paciente habla de ello con libertad.	130	41.8	43	13.8	138	44.4
P-37p El personal puede cuestionar con total libertad la decisiones o acciones de sus superiores	94	30.3	141	45.3	76	24.4
P-39n El persona teme hacer preguntas sobre lo que le parece se ha hecho de forma incorrecta	109	35.1	95	30.5	107	34.4
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	333		291		309	
VALOR (100%)	35.8			31.1		33.1
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			33.1		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			31.1		

RETROALIMENTACION Y COMUNICACIÓN DE LOS ERRORES

La séptima dimensión incluye las preguntas 34p, 36p y 38p sobre la retroalimentación al personal de salud de los errores cometidos en el hospital.

7 RETROALIMENTACION Y COMUNICACION DE LOS ERRORES						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-35 Cuando notificamos un incidente, nos informan sobre qué medidas se han llevado a cabo.	135	43.4	104	33.4	72	23.2
P-36 Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad	109	35	100	32.2	102	32.8
P-En mi unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	82	26.3	87	28	142	45.7
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	326		291		316	
VALOR (100%)		35.1		31.1		33.8
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			33.8		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			31.1		

RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES

En esta dimensión se incluyen las preguntas 8n, 12n y 16n.

8 RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-8n Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra.	54	17.4	145	46.6	112	36
P-12n Cuando se detecta algún fallo antes de buscar la causa, buscan un culpable	44	14.2	109	35	158	50.8
P-16n Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	28	9	77	24.8	206	66.2
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	126		331		476	
VALOR (100%)		13.6		35.4		51
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			35.4%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			51%		

DOTACION DE PERSONAL

Dimensión que contiene dos preguntas formuladas en positivo 2p y 14p, así como dos preguntas en negativo 5n y 7n.

9 DOTACION DE PERSONAL						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-2p Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	40	12.9	167	53.7	104	33.4
P-5n A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	30	9.6	91	29.3	190	61.1
P-7n En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados personal sustituto	46	14.8	164	52.7	101	32.5
P-14p Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	23	7.4	112	36	176	56.6
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	139		570		535	
VALOR (100%)		11.2		45.8		43
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			43%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			45.8%		

APOYO DE LA GERENCIA/DIRECCION DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Esta dimensión está compuesta por las preguntas 23p, 30p y 31n.

10 APOYO DE LA DIRECCION DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-23p La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	66	21.2	140	45	105	33.8
P-30p La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	61	19.6	102	32.8	148	47.6
P-31n La dirección del hospital solo aparece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso al paciente.	34	10.9	77	24.8	200	64.3
TOTAL DE RESPUESTAS (933)	161		442		330	
VALOR (100%)		17.4		47.3		35.3
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			35.3%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			47.3%		

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES/SERVICIOS

Esta dimensión incluye las preguntas 26p, 32p, 24n y 28n.

11 TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES / SERVICIOS						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-26P Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente	81	26	116	37.3	114	36.7
P-32p Las diferentes unidades / servicios trabajan coordinados para dar la mejor atención posible	86	27.7	84	27	141	45.3
P-24n Las diferentes unidades / servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas	58	18.7	84	27	169	54.3
P-28n Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios / unidades	75	24.1	181	58.2	55	17.7
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	300		424		520	
VALOR (100%)		24.2		34		41.8
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			41.8%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			34%		

PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICION ENTRE SERVICIOS

La ultima dimensión se compone exclusivamente de preguntas formuladas en negativo que son la 25n, 27, 29n y 33n.

12 PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICION ENTRE SERVICIOS						
PREGUNTA	RESPUESTAS					
	NEUTRO		NEGATIVO		POSITIVO	
	#	%	#	%	#	%
P-25n La información de los pacientes se pierde, en parte cuando estos se transfieren desde un servicio a otro.	39	12.5	74	23.8	198	63.7
P-27n En los cambios de turno se pierde con frecuencia información sobre la atención que ha recibido el paciente	29	9.3	112	36	170	54.7
P-29n El intercambio de información entre los diferentes servicios es usualmente problemático.	48	15.4	125	40.2	138	44.4
P-33n Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	47	15.1	68	21.9	196	63
TOTAL DE RESPUESTAS (1244)	163		379		702	
VALOR (100%)		13.2		30.4		56.4
VALOR POSITIVO PARA DIMENSION COMO FORTALEZA	>75%			56.4%		
VALOR NEGATIVO PARA DIMENSION COMO DEBILIDAD	>50%			30.4%		

ANALISIS DE LA FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO POR DIMENSIONES

Dimensión	α de Cronbach
1 Eventos notificados	0,844
2 Percepción de seguridad	,332
3 Expectativas de la dirección	-,008
4 Aprendizaje organizacional	,700
5 Trabajo en equipo	,722
6 Franqueza en la comunicación	,236
7 Feedback sobre errores	,539
8 Respuesta no punitiva al error	,563
9 Dotación de personal	,323
10 Apoyo de la gerencia	-,074
11 Trabajo en equipo entre unidades	,262
12 Cambio de turno/servicio	,651
Fiabilidad aceptable mayor a	0.6

RESUMEN DE PORCENTAJES DE LAS DIMENSIONES COMPUESTAS

Dimensión	Fortaleza (75%)	Debilidad (50%)
1 Eventos notificados	43.6%	N/A
2 Percepción de seguridad	32.9%	N/A
3 Expectativas de la dirección	50.5%	N/A
4 Aprendizaje organizacional	57.1%	N/A
5 Trabajo en equipo	60.3%	N/A
6 Franqueza en la comunicación	33.1%	N/A
7 Feedback sobre errores	33.8%	N/A
8 Respuesta no punitiva al error	N/A	51.0%
9 Dotación de personal	42.8%	N/A
10 Apoyo de la gerencia	35.3%	N/A
11 Trabajo en equipo entre unidades	41.8%	N/A
12 Cambio de turno/servicio	56.4%	N/A%
N/A= porcentaje no aplica		

En general no se alcanzó el porcentaje suficiente del 75% para considerar alguna dimensión particular una fortaleza, sin embargo en una dimension, se obtuvo más del 50% necesario en preguntas negativas en las dimensiones respuesta no punitiva al error por lo que se considera área de oportunidad de mejora o debilidad del hospital.

RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES

CATEGORIAS

	Frecuencia	%
Medico No familiar	110	35.4
Enfermería y otro servicios	201	64.6
Total	311	100.0

CATEGORIAS

Correlación entre categoría médicos y Enfermería/Otros con la calificación seguridad

	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
Medico No familiar	52	58	110
Enfermería y otro servicios	103	98	201
Total	155	156	311

Chi-Square Test	Valor
Pearson Chi-Square	.448 ^a
N of Valid Cases	311

ANALISIS ENTRE TURNO Y CALIFICACION DE SEGURIDAD

ANALISIS ENTRE TURNO Y CALIFICACION DE SEGURIDAD

Turnos Matutino con Jornada Acumulada y Turno vespertino con Nocturno con Calificación seguridad

	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
Matutino y Jornada Acumulada	75	79	154
Vespertino y Nocturno	80	77	157
Total	155	156	311

Chi-Square Tests	Valor
Pearson Chi-Square	.158 ^a
N of Valid Cases	311

Análisis entre Capacitación en seguridad del paciente y Calificación seguridad

Capacitación en seguridad del paciente	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
si	61	64	125
no	94	92	186
Total	155	156	311

Chi-Square Tests	Valor
Pearson Chi-Square	.090 ^a
N of Valid Cases	311

Análisis entre Participación en comité de seguridad del paciente y Calificación seguridad

Participación en comité de seguridad	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
si	32	37	69
no	123	119	242
Total	155	156	311

Chi-Square Tests	Valor
Pearson Chi-Square	.425 ^a
N of Valid Cases	311

Análisis entre Genero y Calificación seguridad

Genero	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
Hombre	56	55	111
Mujer	99	101	200
Total	155	156	311

Chi-Square Tests	Valor
Pearson Chi-Square	.026 ^a
N of Valid Cases	311

Análisis entre Antigüedad menor de 0-5 años y mayor a 6 años con Calificación seguridad

	Calificación seguridad		Total
	Reprobatoria (0-7)	Aprobatoria (8-10)	
Antigüedad de 0-5 años	64	51	115
Antigüedad de 6 o más años	91	105	196
Total	155	156	311

PRUEBA CHI-CUADRADA

	Value
Pearson Chi-Square	2.466 ^a
N of Valid Cases	311

DISCUSION

La seguridad del paciente es un componente crítico de la calidad en salud y cada vez más, las organizaciones de salud que están en constante mejora, reconocen la importancia de establecer una cultura de seguridad hospitalaria, para lograr esto se requiere una comprensión de los valores y normas que son importantes para una organización, así como los valores y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente que son esperados y apropiados.

En cuanto a las variables sociodemográficas, en género, esto nos refleja un marcado predominio femenino en el ambiente de trabajo, así mismo una edad media bastante joven, lo cual concuerda con relativamente poca antigüedad de pertenencia al instituto, por otra parte, la escolaridad media en años, nos informa que en su gran mayoría el personal cuenta hasta estudios de licenciatura, aunque cabe mencionar que en esta pregunta de la hoja de recolección de datos no se especificó el último grado de escolaridad cursado lo que su impacto real es cuestionable y difícil de correlacionar.

En cuanto a la Categoría, los dos grupos con mayor porcentaje obtenemos que un 70.1% de los participantes se encuentre en contacto directo y constante con los pacientes, lo cual era primordial en esta investigación, pues su atención puede repercutir directamente en la salud de los pacientes.

En cuanto al antecedente de capacitación en seguridad del paciente, 125 (40.2%) respondieron afirmativamente y 186 (59.8%) negaron cualquier capacitación en dicho tema. Se destaca el gran porcentaje de trabajadores que han recibido capacitación en materia de seguridad del paciente, lo que se puede considerar como una cualidad positiva del hospital.

EVALUACION GLOBAL DEL CLIMA DE SEGURIDAD PARA PACIENTES.

La evaluación global del clima de seguridad para pacientes fue otorgada por pregunta 43 ¿califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su hospital?, se usaron como puntos de corte los siguientes parámetros: <5 Clima de seguridad reprobatorio, de 5-6 Clima de seguridad aprobatorio, de 7-8 Clima de seguridad notable, de 9-10 Clima de seguridad sobresaliente.

El hospital recibió una media de 7.12 como calificación del clima de seguridad por lo que se acepta como una evaluación de clima de seguridad notable. La moda fue de 8, mínimo de 0, máximo 10, rango de 10.

La mayoría del personal que labora en esta unidad de salud, considera a su hospital como un ambiente seguro para el paciente, donde se tratan de minimizar los riesgos y evitar los eventos centinela, en congruencia otros estudios publicados como el de Fajardo Dolci y Gomez Ramirez¹⁸ que obtuvieron resultados similares puesto que la mayoría calificó a su sitio de trabajo con una seguridad notable con 46.6%, comparable con 54.3% para esa misma variable en nuestros resultados, por otra parte, nuestros resultados son comparables a el estudio del grupo de trabajo español del análisis de la cultura sobre seguridad en España publicado por P.J. Saturno y colaboradores⁷

donde obtuvieron una media redondeada de 7, y al igual que en nuestro estudio, el 50% califico entre 7-8 la seguridad del paciente, la diferencia radico que en España el 25% calificó a su unidad con puntuación de 9-10 y en nuestra investigación solo ocurrió en un 18.7% por lo que afortunadamente hay margen para mejorar la evaluación del hospital, pues además un 27.% de los trabajadores evaluaron con una calificación menor al 6 a su unidad, lo que contrasta con la publicación española que no supero al 25%. Nuestra investigación arrojo un promedio de 7.12 como calificación, lo que es muy similar al 7.35 obtenido por Castañeda-Hidalgo²⁴ en el estado de Tamaulipas, aunque en esa encuesta solo participó el personal de enfermería. Aun eliminando puntuaciones extremas en la evaluación, en nuestra investigación, se alcanza el 20% de trabajadores que consideran a su unidad como poco segura, por lo que se puede existe una área de oportunidad de mejora en este parámetro.

CONFIABILIDAD DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

En nuestro análisis de la confiabilidad, se obtuvieron resultados muy diversos, siendo algunas dimensiones confiables pues presentaron Alfa de Cronbach superior al 0.6, como la dimensión de eventos notificados con 0.84, aprendizaje organizacional con 0.7 trabajo en equipo con .722 y cambio de servicio/turno con 0.65. Por otra parte algunas de las dimensiones no alcanzo un puntaje confiable, lo cual es similar a los estudios publicados con anterioridad como el de Fajardo Dolci¹⁸ en el cual presenta un Alfa de Cronbach de 0.35 en la dimensión de percepción global de seguridad y al estudio de Bodur y Filiz²⁵ que arrojo 0.43 en esta misma dimensión, mientras que en la presente investigación se obtuvo un alfa de 0.33. Sin embargo no presentó uniformidad en la

confiabilidad, lo que igual coincide con otros estudios ^{18,25} y que puede ser atribuido a los contextos de aplicación del instrumento.

DISCUSION DE LAS DIMENSIONES

A continuación se presenta la discusión de las dimensiones que involucran el análisis de la cultura de seguridad del paciente que resultaron en mayor importancia significativa para el estudio, donde es necesario considerar que del 100% de respuestas totales por dimensión o pregunta, se necesita un 75% de respuestas en positivo para que la dimensión o pregunta se considere una fortaleza y tan solo un 50% de las respuestas en negativo para que sea tomada como área de oportunidad como dimensión o fortaleza.

Los resultados de respuestas positivas para las diferentes dimensiones variaron de un promedio mínimo de 32 % para la dimensión de percepción de la seguridad y un máximo de 68% para trabajo en equipo.

FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS.

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos y es compuesta por las preguntas 40 positivo (p), 41p y 42p, cuyas respuestas sumaron un total de 407 respuestas positivas (a favor de un clima de seguridad positivo) y un total de 933 respuestas (negativas, neutras y positivas) lo que otorga un porcentaje de 43.6% por lo que la dimensión de frecuencia de eventos notificados no se considera una área de debilidad u oportunidad de mejora para el hospital, distaron del 75% para dimensión positiva o 50% para oportunidad de mejora

en respuestas negativas. Al tratarse de preguntas positivas, ningún ítem por individual alcanza el porcentaje de 75% para ser considerada una fortaleza.

Nuestra investigación obtuvo un porcentaje de 43.6% en esta dimensión lo cual no la torna en una fortaleza, comparado con otros estudios como el de la AHRQ¹³ que obtuvo 64%, Fajardo-Dolci y cols¹⁸ obtuvo 44%, Bodur y Filiz en Turquía²⁵ lograron un 12%, mientras que en Tamaulipas el porcentaje fue de 67% en el estudio de Castañeda-Hidalgo y cols²⁴. Por otra parte ningún ítem alcanza porcentaje superior al 50% para ser considerado una debilidad y como dimensión negativa solo se logró el 23.9%.

PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN EL HOSPITAL

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. Se compone por las preguntas 10 negativo (n), 15p, 17n y 18p, al involucrar dos preguntas formuladas en negativo cuya respuesta negativa (Muy en desacuerdo, desacuerdo, nunca y casi nunca) se invierten en la suma de respuestas para la escala de recodificación por lo tanto se obtuvieron 410 respuestas positivas y un total de 1244 respuestas (positivas, negativas y neutras) lo que otorga un 32.9%, distando mucho del 75% necesario para ser una fortaleza para el hospital. En las diferentes investigaciones en México^{18, 24} se obtuvieron porcentajes de 51% y 44.1% respectivamente, mientras que en el extranjero Saturno y Cols⁷ obtienen un 48.4% en España, mientras que en Turquía²⁵ y Estados Unidos¹³ el

porcentaje es de 59% y 69%. Individualmente no hay ítem que alcanza el porcentaje suficiente para considerarse área de mejora o debilidad, al mismo tiempo que la dimensión presenta un valor negativo del 46.1% aproximándose al punto volverse una área de oportunidad o debilidad del hospital.

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION / SUPERVISION DE LA UNIDAD / EQUIPO EN APOYO A LA SEGURIDAD QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD.

Se incluyen en esta dimensión cuatro ítems que representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores. Se compone por las preguntas 19p, 20p, 21n y 22n. Los resultados obtenidos fueron 629 respuestas favorables de un total de respuestas favorables, que arrojan un 50.5%, por lo que esta dimensión si bien no es una fortaleza o debilidad, tampoco debe considerarse como área de mejora para el hospital, individualmente ninguna pregunta alcanzo porcentaje de corte para fortaleza o debilidad, solo la pregunta 22 con un 59.2% a una pregunta formulada en negativo, se aproximó al 75% de respuestas negativas a preguntas negativas para ser una debilidad o área de oportunidad.

Comparado con otros estudios, solo en el estudio de la AHRQ¹³ se logró un 76% como fortaleza, pues en el resto de los estudios internacionales^{7, 12,13,25,26} los porcentajes fueron menores al 75%, lo cual coincide con los estudios en México de Fajardo-Dolci y Cols¹⁸, así como Castañeda-Hidalgo et al.²⁴ lograron un 44% y 63,1% respectivamente.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA

Esta dimensión incluye tres ítems (6p, 9p y 13p) sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente, no arroja que 533 respuestas fueron positivas de un total de 933, para proporcionar un 57.1% que si bien no cumple como fortaleza, fue uno de las dimensiones más altas y de confiabilidad aceptable. Individualmente los ítems 6 y 9 obtuvieron puntuación de 60.8% que los aproxima a ser considerados como fortaleza para el hospital, sin embargo no cumplen el criterio. Se logró identificar 2 estudios^{24, 26} que obtuvieron esta dimensión como fortaleza con porcentaje de 83.6 en un hospital mexicano y 75% en un hospital de Irán.

TRABAJO EN EQUIPO EN EL HOSPITAL/UNIDAD

Dimensión conformada por las preguntas 1p, 3p, 4p y 11p, para evaluar al hospital/unidad en función del apoyo y respeto mutuo entre trabajadores, si bien no logra ser un fortaleza o debilidad por un porcentaje de 60.3% la pregunta 1 y 4 que versan sobre el apoyo mutuo entre el personal y el trato respetuoso entre los mismos tuvieron porcentajes que se aproximan al 75% requerido para ser fortalezas para el hospital. Por otra parte la confiabilidad en esta dimensión fue aceptable con alfa de Cronbach de 0.722. Desafortunadamente se obtuvo el porcentaje más bajo en este estudio en comparación con el resto de las investigaciones ya citadas, lo cual se podrá valorar en la tabla A.

FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

Esta dimensión incluye las preguntas 35p, 37p y 39n, las cuales en conjunto obtuvieron un porcentaje de 33.1% que dista mucho de ser una dimensión fortaleza del hospital. En la investigación realizada por Fajardo-Dolci y cols¹⁸ se encontró un porcentaje 38% y en la realizada por Castañeda-Hidalgo²⁴ fue de 47.2% lo cual asociamos con dificultades del personal para externar su opinión o cuestionar temas relacionados con la seguridad del paciente.

RETROALIMENTACION Y COMUNICACIÓN DE LOS ERRORES

La séptima dimensión incluye las preguntas 34p, 36p y 38p, de las cuales se obtuvieron un 33.8% de respuestas positivas por lo que esta dimensión no puede considerarse como fortaleza o debilidad ni en su totalidad ni cada ítem individualmente, si bien se analiza importancia de la retroalimentación a los trabajadores de la salud, es de preocupación que estos consideren que no se les mantiene informados de incidentes o errores ya cometidos en el área de trabajo para evitar que vuelva a ocurrir, lo cual es uniforme con el resto de los estudios presentados en la tabla A

RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES

En esta dimensión se incluyen las preguntas 8n, 12n y 16n, sorprendentemente se identifica a esta dimensión como una debilidad u oportunidad de mejora para el hospital al obtener un 51.0% de respuestas positivas a preguntas en negativo para la suma de sus ítems la cual es 476 respuestas positivas de 933 respuestas totales, en el sentido opuesto como fortaleza solo alcanzo el 35.4%, Individualmente el ítem 12 y 16 a su vez son considerados puntos débiles o áreas de oportunidad para el hospital al arrojar 50.8 y 66.2% de respuestas positivas a preguntas en negativo con el criterio alternativo que marca un 50% para estos casos. A pesar de estos hallazgos la confiabilidad alfa de Cronbach fue menor de lo aceptable con 0.563, así mismo fue el único estudio de los citados en la tabla (A) que obtuvo un porcentaje mayor al 50% de respuestas positivas a preguntas estipuladas en negativo que hacen de este una dimensión negativa.

DOTACION DE PERSONAL

Dimensión que contiene dos preguntas formuladas en positivo 2p y 14p, así como dos preguntas en negativo 5n y 7n. Como dimensión positiva alcanzo un porcentaje de 43% producto de 533 respuestas en positivo de un total de 1244 totales por lo que dista de ser fortaleza para el hospital, por otra parte solo obtuvo un 45.8% de respuestas en negativo aproximándose considerablemente a ser oportunidad de mejora o debilidad de acuerdo con los criterios alternativos, esto debido a que la pregunta 2 como ítem independiente cumple criterio de oportunidad de mejora o debilidad por un porcentaje de 53.7% de respuestas negativas a pregunta en positivo, así como en el estudio de Saturno y Cols en España⁷, que puso en evidencia la falta de personal al colocar esta

dimensión como una debilidad con un porcentaje de 61.7% en respuestas negativas y la investigación realizada por Roqueta Egea et al¹² quien reporto un porcentaje de respuestas negativas de 57%, también el estudio por Castañeda-Hidalgo²⁴, califico a esta dimensión como debilidad sin ofrecer el valor de respuestas negativas.

APOYO DE LA GERENCIA/DIRECCION DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Esta dimensión está compuesta por las preguntas 23p, 30p y 31n, las cuales en conjunto arrojan un porcentaje de 35.3% que dista mucho de ser fortaleza para el hospital en cambio se aproxima mas no cumple con el criterio alterno para área de mejora con 47.3%. Solo la publicación de la AHRQ¹³ considero esta dimensión como una fortaleza con 75%.

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES/SERVICIOS

Esta dimensión incluye las preguntas 26p, 32p, 24n y 28n, cuyo porcentaje acumulado de respuestas favorables para el clima de seguridad fue de 41.8 por lo que no se considera fortaleza para el hospital, ni debilidad u oportunidad de mejora, de manera individual solo la pregunta 28 (en negativo) obtuvo un porcentaje positivo de 58.2% por lo que se considera una oportunidad de mejora para el hospital, de la misma manera en la tabla (A) se muestran los valores obtenidos por distinto autores sin considerar a esta dimensión como una fortaleza.

PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICION ENTRE SERVICIOS

La ultima dimensión se compone exclusivamente de preguntas formuladas en negativo que son la 25n, 27, 29n y 33n, que en conjunto obtienen el porcentaje de 30.4% producto de 379 respuestas que favorecen el clima de seguridad de un total de 1244. En el resto de las publicaciones citadas se identifican los valores insuficientes para calificar como fortalezas, Tabla (X).

Tabla A								
RESUMEN DE LOS PORCENTAJES DE LAS 12 DIMENSIONES POR DIFERENTES ESTUDIOS INCLUIDO EL PRESENTE EN LA PRIMERA COLUMNA DE RESULTADOS								
DIMENSION	Anzaldo	Fajardo	Castañeda	AHRQ	Bodur	Saturno	Amin	Roqueta
Frecuencia de eventos notificados	43.6	44	67	64	12	46.9	34.9	33
Percepción de seguridad	32.9	51	44.1	69	59	48.4	66.2	35
Expectativas de la dirección	50.5	44	63.1	76	58	61.8	32.1	56
Aprendizaje organizacional	57.1	68	83.6	71	47	54.4	71.8	42
Trabajo en equipo en el servicio	60.3	66	82.1	83	76	71.2	68.8	68
Franqueza en la comunicación	33.1	38	47.2	66	46	47.9	37	42
Retroalimentación de errores	33.8	44	57.9	65	50	43.8	33.5	34
Respuesta no punitiva al error	-51	-45	-36	-48	-18	-27	-21.4	-46
Dotación de personal	43	40	21	63	49	27	19.4	28
Apoyo de la gerencia	35.3	63	43.6	75	42	24.5	37	24
Trabajo en equipo en la unidad	41.8	81	62.6	66	58	42.1	55.5	36
Cambio de Turno	56.4	47	45.1	56	44	53.7	58.3	45
*Se necesita un porcentaje superior a 75% para considerar la dimensión como fortaleza y superior a 50% en negativo para tomarse como debilidad. ** Se colocó a la dimensión de respuesta no punitiva al error con porcentajes negativos al tratarse de una dimensión con respuestas en negativo.								

En términos generales los resultados de la presente investigación reflejan un panorama que permite una amplia gama de posibilidades de mejora para unidad hospitalaria en cuestión, con áreas fuertes como la dimensión de trabajo en equipo y aprendizaje organizacional los cuales nos hablan valores individuales e institucionales bien cimentados en los trabajadores, por otra parte se presentó una dimensión como área de oportunidad o debilidad la de respuesta no punitiva al error ya que supero el criterio de 50% a respuestas negativas y esto representa una situación que propicia un grado de incomodidad en los trabajadores que puede impactar directamente en su

desempeño profesional afectando la calidad, calidez y seguridad del paciente por lo que la dirección y administración pueden lograr una gran mejora en esta dimensión.

Algunas de las fortalezas del presente estudio incluyen el gran número de personas incluidas en la investigación, así como un alto grado de respuesta al cuestionario, además se cubrieron la mayoría de las categorías de trabajadores que están en contacto con pacientes lo cual otorga una mayor diversidad por los distintos puntos de vista, por otra parte también existen algunas debilidades en la investigación corresponden al hecho de por facilidades del entrevistador se entregaron un mayor número de encuestas en los turnos de la tarde, noche y jornada acumulada, es importante mencionar que se omitió una pregunta del cuestionario que implica el número de eventos adversos reportados a la dirección lo cual se hubiera podido correlacionar con algunas de las variables del cuestionario o las sociodemográficas, para otorgar una aspecto más amplio del análisis de la investigación y para retroalimentación del hospital.

CONCLUSIÓN

La evaluación del clima de seguridad para pacientes en un hospital de segundo nivel del IMSS en Tijuana, B.C., nos muestra un clima seguridad notable con promedio de 7.12 en escala de 10, otorgado por los 311 trabajadores encuestados, para los cuales consideran a su hospital como un ambiente seguro para el paciente, donde se tratan de minimizar los riesgos y evitar los eventos centinela, lo cual está en congruencia otros estudios publicados mencionados con anterioridad, por lo cual el objetivo de la investigación se cumple al proporcionarnos datos concretos de la evaluación del panorama del clima de seguridad en el paciente en este hospital así como brindarnos una amplia gama de información en cada una de las dimensiones evaluadas.

SUGERENCIAS:

Difundir resultados de la presente investigación tanto a nivel del hospital evaluado como en revistas indexadas para contribuir al acervo relacionado con la seguridad del paciente y calidad en la atención, fomentar en el hospital capacitación de seguridad en el paciente, mejorar los canales de comunicación tanto a nivel horizontal como vertical y fomentar el reporte de eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela.

BIBLIOGRAFÍA

- 1** Aguirre Gas H. El Error Médico y Eventos Adversos. Rev CONAMED. 2005; 11:36-41.
- 2** Borrell Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Et al. Error Clínico y efectos adversos: percepción de los médicos de Atención Primaria. Aten Primaria. 2006; 38(1):25-32.
- 3** Wilson T. Pringle M. Sheikh A. Promoting patient safety in primary care: research, action and leadership are required. British Medical Journal 2001; 323, 583–584.
- 4** Bowie P. Pope L. Lough M. Evidence base for significant event analysis. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2008; 12, 520–536.
- 5** Annas GJ. The patient's right to safety improving the quality of care through litigation against hospitals. N Engl J Med 2006; 354:2063-2066.
- 6** Williams E. Seguridad del paciente: una preocupación hemisférica. Medicina Universitaria 2004; 6(22):67-70.
- 7** Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- 8** Aguirre Gas HG. Vázquez Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006; 74:495-503.
- 9** Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

- 10** Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2001.
- 11** The National Patient Safety Agency. (2005) Seven Steps to Patient Safety for Primary Care. London: NPSA
- 12** Roqueta F. Tomás S. Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del sistema nacional de salud español. Emergencias 2011; 23: 356-364
- 13** Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2006. Guide to Patient Safety Indicators: AHRQ Quality Indicators. Rockville, MD: AHRQ.
- 14** Rúelas Barajas E. Tena Tamayo C. Sánchez González J. Sarabia González O. Hernandez Gamboa L. Campos Castolo EM. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. Cir Ciruj 2008; 76:153-160.
- 15** Sorra J, Franklin M, Streagle S. Survey User's Guide: Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 AHRQ Publication No. 08(09)-0059.
- 16** Greenberg MD. Haviland AM. YU H. O'Farley D. Safety Outcomes in the United States: Trends and Challenges in Measurement. HSR: Health Services Research. 2009; 44 :(2), pp 739-755.
- 17** Morrison LJ. Patient safety in emergency medical services: executive summary and recommendations from the Niagara Summit. CJE 2011; 13(1):13-18

- 18** Fajardo Dolci G. Rodríguez Suárez J. Arbolea Casanova H. Rojano Fernández C. Hernández Torres F. Santacruz Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir* 2010; 78:527-532
- 19** Campos Castolo EM. Martínez López J. Chavarría Islas R. Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. *Rev CONAMED* 2010; 15(3):116-124
- 20** Barra Cerón ME. Olvera Sumano V. Santacruz Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED* 2011; 16(2):65-73
- 21** Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:364-366
- 22** Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf* 2012; 21:490-498
- 23** Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 36-42.
- 24** Castañeda-Hidalgo H, Garza R, González JF, Pineda M, Acevedo G. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Ciencia y enfermería* 2013; 19(2): 77-88.
- 25** Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009, 21: 348-355.

26 Bahrami MA, Montazeralfaraj R, Chalak M, Tafti AD, Tehrani GA, Ardakani SE. Patient safety culture challenges: Survey results of Iranian educational hospitals. Middle East J Sci Res 2013; 14:641-9.

Anexo I HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CULTURA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Fecha_____

Folio_____

1. EDAD _____ años.

2. CATEGORIA _____

1. Médico no familiar

2. Enfermería

3. Servicios básicos

4. Administrativo

5. Trab. Social y asistentes medicas

6. Otros:

3. TURNO _____

1. Matutino

2. Vespertino

3. Nocturno

4. Jornada Acumulada

4. ANTIGÜEDAD _____ Años

5. GENERO _____

1. HOMBRE

2. MUJER

6. ESCOLARIDAD _____ Años cursados

7. ANTECEDENTE DE PARTICIPACION EN CAPACITACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

_____ 1. Si

2. No

8. PARTICIPACION EN COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE O RELACIONADOS

_____ 1. Si

2. No

ANEXO II. DESCRIPCION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Edad	Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativo	Años
Género	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Cuantitativo	- Femenino - Masculino
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cuantitativos Cualitativo	Años 1. Menos de 1 2. De 1-6 3. 7-9 4. 10-12 5. 13 O MÁS.
Categoría	Es el puesto de trabajo que aparece en el contrato del trabajador.	Cualitativo	1. Médico no familiar 2. Enfermería 3. Servicios básicos 4. Administrativo 5. Trab. social y Asistentes Médicas 6. Otros: _____
Turno	Horario en el que le corresponde hacer su trabajo.	Cualitativo	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada.

Antigüedad	Es el número de años laborados con la institución actual.	Cuantitativo Cualitativo	Años 1. De 0-2 años 2. De 3-6 años 3. De 7-10 años 4. 10 o más años.
Antecedente de capacitación en seguridad del paciente	Participación documentada en uno o más cursos relacionados a la seguridad del paciente, calidad de la atención, clima organizacional, etc.	Cualitativo	1. Si 2. No
Participación en comité de seguridad	Ser miembro activo de un grupo específico relacionado a la seguridad del paciente o calidad de la atención, como el comité de infecciones nosocomiales, VENCER II, brigadas, etc.	Cualitativo	1. Si 2. No

FECHA _____

FOLIO _____

CULTURA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL (HGR1).

Cuestionario Para Evaluación Del Clima De Seguridad Para Pacientes En Hospitales (HSOPS),
Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ- (versión original)

Su opinión es muy importante para todos

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

► Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

► La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

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

POR FAVOR NO OLVIDE CONTESTAR LA PREGUNTA # 43.

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

Sección A: Su Servicio/Unidad

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

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

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
MÍNIMA SEGURIDAD MÁXIMA SEGURIDAD	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año...
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año...
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	 horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 ☐ SI 2 ☐ NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 ☐ Anestesiología/Reanimación	12 ☐ Pediatría
2 ☐ Cirugía	13 ☐ Radiología
3 ☐ Diversas Unidades	14 ☐ Rehabilitación
4 ☐ Farmacia	15 ☐ Salud Mental/Psiquiatría
5 ☐ Laboratorio	16 ☐ Servicio de Urgencias
6 ☐ Medicina Interna	17 ☐ UCI (cualquier tipo)
7 ☐ Obstetricia y Ginecología	18 ☐ Neurología
8 ☐ Admisión	19 ☐ Traumatología
9 ☐ Nefrología	20 ☐ Hemodiálisis
10 ☐ Urología	21 ☐ Medicina nuclear
11 ☐ Oncología	22 ☐ Otro, por favor, especifique:.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 ☐ Gerencia/Dirección	7 ☐ Farmacéutico Residente
2 ☐ Administración	8 ☐ Fisioterapeuta
3 ☐ Auxiliar de Enfermería	9 ☐ Médico
4 ☐ Dietista	10 ☐ Médico Residente
5 ☐ Enfermero(a)	11 ☐ Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 ☐ Farmacéutico/a	12 ☐ Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	☐ 1 NUNCA	☐ 2 CASI NUNCA	☐ 3 A VECES	☐ 4 CASI SIEMPRE	☐ 5 SIEMPRE

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Muchas gracias por su colaboración