

DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA

Área de Cirugía

FACULTAD DE MEDICINA



**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO**

TESIS DOCTORAL

Memoria presentada para la obtención del grado de Doctor

por: Mario Mella Laborde

Directores

Antonio F. Compañ Rosique

Jesús M. Aranaz Andrés

- 2017 -



DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA
Área de Cirugía
FACULTAD DE MEDICINA

**ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO**

TESIS DOCTORAL

Memoria presentada para la obtención del grado de Doctor por:

Mario Mella Laborde

Directores

Antonio F. Compañ Rosique

Jesús M. Aranaz Andrés

Alicante, Abril 2017



D. Antonio F. Compañ Rosique, Profesor Titular de Cirugía del Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández, Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario San Juan de Alicante y D. Jesús M. Aranaz Andrés, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado **“ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO”**, ha sido realizado por D. Mario Mella Laborde bajo nuestra dirección y que se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Y para que conste firma la presente en Sant Joan d’Alacant a cinco de Abril de dos mil diecisiete.

Fdo. Antonio F. Compañ Rosique

Fdo. Jesús M. Aranaz Andrés



DÑA. SUSANA JIMÉNEZ MORENO, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE.

CERTIFICA:

Que, D. Mario Mella Laborde ha realizado bajo la coordinación de este Departamento su memoria de Tesis Doctoral titulada **“ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO”** cumpliendo todos los objetivos previstos, finalizando su trabajo de forma satisfactoria para su defensa pública y capacitándole para optar al grado de doctor.

Lo que certifico en Sant Joan d’Alacant a cinco de Abril de dos mil diecisiete.

Fdo. Susana Jiménez Moreno

“Lo peor no es cometer un error sino tratar de justificarlo en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)

Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906

“Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez. No aprender de ellos, imperdonable”

Liam Donaldson

Presidente Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

“Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar pero ninguno al que no podamos dañar”

Arthur Bloomfield (1888-1962)

Profesor y Jefe de Departamento de Medicina Interna Universidad de Stanford

Agradecimientos

La realización de esta tesis ha sido posible gracias a una serie de personas sin las cuales este trabajo no habría visto la luz. Muchas gracias a todos.

A mis directores , por sus consejos durante la elaboración de este proyecto.

Al equipo directivo del Hospital ,por su apoyo en esta iniciativa.

A todo el personal del Hospital Universitario San Juan de Alicante sin cuya colaboración desinteresada este trabajo no hubiese sido posible.

A todos los miembros del Servicio de Cirugía General, por su disposición para ayudarme. En especial a mi amigo y compañero de fatigas Andrés, que me fue abriendo las puertas y facilitando los pasos que tenía que ir dando.

A nuestros pacientes, que nos hacen aprender cada día.

A Isabel Navarro, por su ayuda en la elaboración del método estadístico.

A Juan José Miralles, por sus consejos y aclaraciones en el planteamiento de los resultados.

A mis padres, por sus ánimos constantes y apoyo incondicional. Sois un ejemplo de esfuerzo y trabajo en el que poder reflejarse.

A mis hermanos, por su ayuda en los momentos difíciles durante la realización de esta tesis. Siempre estáis ahí.

A mi mujer, Gemma, pilar fundamental de mi vida y sin la cual esta tesis no hubiera salido adelante. Su apoyo más absoluto, su cariño, paciencia y ánimo en los momentos difíciles ha sido decisivo.

A mis hijos, Mario y Pablo, la alegría de la casa y un estímulo constante para ponerle al mal tiempo buena cara.....Por todas esas horas robadas de juegos y compañía.



A mi mujer

A mis padres



UNIVERSITAS

ÍNDICE DE CONTENIDO

Miguel
Hernández

Índice de Contenido

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iii
ABREVIATURAS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
RESUMEN	xix
• INTRODUCCIÓN	xix
• HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	xix
• MATERIAL Y MÉTODO	xx
• RESULTADOS	xxii
• CONCLUSIONES	xxiv
SUMMARY	xxvii
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Seguridad del Paciente.....	7
1.1.1. Definición	7
1.1.2. Antecedentes históricos.....	7
1.1.3. Marco conceptual	8
1.1.4. Marco Internacional en la Seguridad del Paciente.....	12
1.1.5. Investigación en Seguridad del Paciente.....	15
1.2. Riesgo asistencial	18
1.2.1. Definición	18
1.2.2. Factores de riesgo	19
1.2.3. Riesgo asistencial asociado a la Cirugía.....	20
1.2.4. Herramientas de evaluación	23
1.3. Eventos adversos.....	23
1.3.1. Definición	23
1.3.2. Magnitud del problema.....	24
1.3.3. Estudios Epidemiológicos	28
1.4. Cultura de Seguridad del paciente	30
1.4.1. Concepto. Cultura de seguridad versus clima de seguridad	30
1.4.2. Cultura de seguridad en otros sectores	30

1.4.3. Cultura organizacional.....	31
1.4.4. Teorías de la cultura de seguridad	33
1.4.5. Evaluación de la Cultura de seguridad: Instrumentos de medición	35
1.4.6. Beneficios de la Cultura de seguridad	38
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	43
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	47
3.1 HIPÓTESIS.....	47
3.2 OBJETIVOS	47
3.2.1 Objetivo Principal	47
3.2.2 Objetivos secundarios	47
4. MATERIAL Y MÉTODO	51
4.1. Diseño.	51
4.2. Instrumentos de evaluación utilizados para medir Cultura de Seguridad.	51
4.2.1. Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ (Anexo 10.2)	51
4.2.1.1. Ítems y dimensiones de la Cultura de seguridad que se calculan.	52
4.2.1.2. Validación y fiabilidad de la escala sobre seguridad de los pacientes: versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	53
4.2.2. Método y validación del cuestionario de elaboración propia.	53
4.2.2.1. Desarrollo del instrumento de medida de elaboración propia. Diseño y construcción del cuestionario.	54
4.2.2.2. Análisis de comprensión del instrumento de medida de elaboración propia. Prueba piloto.	55
4.2.2.3. Análisis comparativo del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante y del Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	55
4.2.2.4. Análisis de validez y fiabilidad del instrumento de medida de elaboración propia.	55
4.3. Resultados.	57
4.3.1. Análisis de comprensión, validación y fiabilidad del instrumento de medida 1.1 Cuestionario sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.	57
4.3.2. Análisis comparativo del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante y el cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	60

4.3.2.1. Validación y fiabilidad de la escala sobre seguridad de los pacientes: versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	60
4.4. Ámbito de estudio	61
4.4.1. Recursos humanos del Hospital de San Juan de Alicante.....	62
4.5. Población de estudio	64
4.5.1. Criterios de Inclusión.....	64
4.5.2. Criterios de Exclusión	64
4.5.3. Aspectos éticos.....	65
4.5.4. Muestra de sujetos para el estudio.....	65
4.6. Distribución de los cuestionarios	65
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	69
5.1. Análisis estadístico descriptivo.....	69
5.2. Pruebas de significación estadística	71
6. RESULTADOS	75
6.1. Versión en castellano del cuestionario HSOSPS de la AHRQ.....	75
6.1.1. Tasas de respuesta y datos socio-profesionales de los que responden.....	75
6.1.2. Clima de Seguridad.....	81
6.1.2.1. Calificación global del clima de seguridad.....	81
6.1.2.2. Medidas de resultado del clima de seguridad.....	81
6.1.3. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio	83
6.1.4. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital	88
6.1.5. Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad.....	90
6.1.5.1. Fortalezas y debilidades identificadas.....	90
6.1.6. Resultados por ítems de la versión española del cuestionario AHRQ según tipo de estamento, profesión y tipo de servicio.....	91
6.1.6.1. Fortalezas y debilidades según el tipo de estamento	91
6.1.6.2. Fortalezas y debilidades según el tipo de profesión	104
6.1.6.3. Fortalezas y debilidades según el tipo de Servicio	124
6.2. Resultados del “Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante”	143
6.2.1. Tasa de Respuesta	143
6.2.2. Datos sociodemográficos	146
6.2.3. Diferencias según tipo de estamento.....	148

6.2.4. Diferencias según tipo de profesión.....	150
6.2.5. Diferencias según tipo de Servicio/Unidad	155
6.2.6. Diferencias globales según dimensión	159
6.2.7. Percepciones negativas. Análisis con diagrama de Pareto.....	161
6.2.8. Percepciones positivas. Estudio comparativo.	162
6.2.9. Valoración general sobre seguridad del paciente	167
6.2.10. Nivel de madurez cultural según estamento.....	168
7. DISCUSIÓN.....	175
8. CONCLUSIONES	209
9. BIBLIOGRAFÍA.....	213
10. ANEXOS	237
10.1. Carta de presentación	237
10.2. Versión en castellano del cuestionario HSOSP de la AHRQ.....	238
10.3. Versión 1.1 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales	243
10.4. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante. (Versión 1.2).....	245
10.5. Validez y fiabilidad del cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety.	247

ABREVIATURAS

ACR: Análisis Causa Raíz

AHRQ: Agency for Healthcare Research & Quality

AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos

AMSP: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

AVS: Agencia Valenciana de Salud

BACC: Bacteriemia asociada a catéter central

CCAA: Comunidades Autónomas

CDI: Infección por Clostridium difficile

CS: Cultura de Seguridad

CSP: Cultura de Seguridad del Paciente

EA: Evento adverso/os

EE.UU: Estados Unidos

EUNetPAS: European Union Network for Patient Safety

PaSQ: European Union Network for Patient Safety and Quality of Care

FAD: Fundación Avedis Donabedian

HSOPS: Hospital Survey on Patient Safety

HUSA: Hospital Universitario San Juan de Alicante

IAAS: Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria

IAEA: International Atomic European Agency

ISQ: Infección de Sitio Quirúrgico

ITUAC: infecciones del tracto urinario asociada a catéter vesical

MaPSaF: Manchester Patient Safety Framework

MSSSI: Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad

NAVM: Neumonías asociadas a ventilación mecánica

NQF: National Quality Forum

NHS: National Health Service

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RECH: Red Española de Costes Hospitalario

SAQ: Safety Attitudes Questionnaire

SNS: Sistema Nacional de Salud

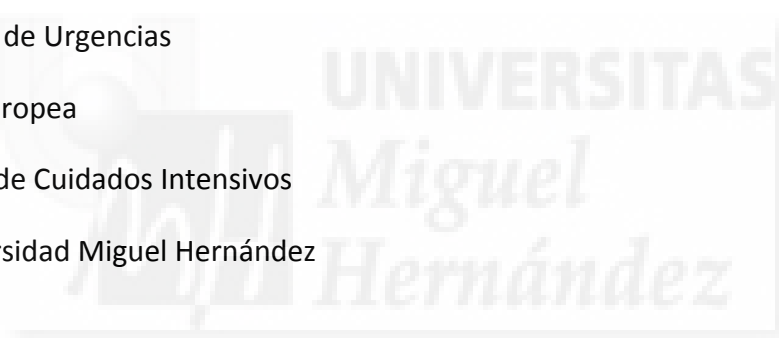
SP: Seguridad del Paciente

SU: Servicios de Urgencias

UE: Unión Europea

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UMH: Universidad Miguel Hernández



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Prácticas seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales	10
Tabla II. Áreas de trabajo en seguridad del paciente propuestas por la Comisión Europea	14
Tabla III. Áreas prioritarias para la investigación en seguridad del paciente.....	17
Tabla IV. Causas de errores en la Atención Sanitaria.....	19
Tabla V. Aspectos clave para la reducción de los riesgos asistenciales	22
Tabla VI. Evitabilidad de EA en Servicios médicos y quirúrgicos.....	26
Tabla VII. Estudios Epidemiológicos Nacionales	28
Tabla VIII. Estudios Epidemiológicos Internacionales.....	29
Tabla IX. Dimensiones de la Cultura de seguridad y aspectos que exploran los ítems.....	52
Tabla X. Dimensiones de la Cultura de seguridad y aspectos que exploran los ítems del cuestionario de elaboración propia	57
Tabla XI. Efecto suelo y techo del cuestionario 1.2. sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.....	59
Tabla XII. Personal del centro. Año 2014.....	62
Tabla XIII. Recodificación de respuestas en 3 categorías.....	70
Tabla XIV. Tasa de respuesta global.	75
Tabla XV. Tasa de respuesta por estamento.	75
Tabla XVI. Tasas de respuesta según posición laboral.....	76
Tabla XVII. Tasas de respuesta según posición en su Servicio/Unidad (versión española del cuestionario HSOPS de la AHRQ)	77
Tabla XVIII. Principal Servicio o Unidad de trabajo en el Hospital (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ).....	79
Tabla XIX. Puesto de trabajo actual.	80
Tabla XX. Número de horas trabajadas.	80
Tabla XXI. Años trabajados en el hospital.....	80
Tabla XXII. Años trabajados en su Unidad/Servicio.	80
Tabla XXIII. Años en la profesión.	80
Tabla XXIV. Frecuencia de calificaciones globales al clima de seguridad.	81
Tabla XXV. Número de eventos notificados.	82
Tabla XXVI. Medidas de resultado del clima de seguridad. Dimensión Frecuencia de eventos notificados.....	82

Tabla XXVII. Medidas de resultado del clima de seguridad. Dimensión Percepción de seguridad.....	83
Tabla XXVIII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad.	84
Tabla XXIX. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Aprendizaje organizacional/Mejora continua.....	85
Tabla XXX. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio.	85
Tabla XXXI. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Franqueza en la comunicación.....	86
Tabla XXXII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Feed-back y comunicación sobre errores.	86
Tabla XXXIII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Respuesta no punitiva a los errores.....	87
Tabla XXXIV. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Dotación de personal.	87
Tabla XXXV. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.	88
Tabla XXXVI. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios.....	89
Tabla XXXVII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital. Dimensión Problemas en cambios de turno y transición entre servicios.	89
Tabla XXXVIII. Dimensión frecuencia de eventos notificados según tipo de estamento.	93
Tabla XXXIX. Dimensión Percepción de seguridad según tipo de estamento.	94
Tabla XL. Dimensión Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad según tipo de estamento.....	95
Tabla XLI. Dimensión Aprendizaje organizacional según tipo de estamento.	96
Tabla XLII. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según tipo de estamento. ...	97
Tabla XLIII. Dimensión Franqueza en la comunicación según tipo de estamento.....	98
Tabla XLIV. Dimensión Retroalimentación/Comunicación sobre errores según tipo de estamento.....	99
Tabla XLV. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según tipo de estamento.	100
Tabla XLVI. Dimensión Dotación personal según tipo de estamento.....	101

Tabla XLVII. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente según tipo de estamento.	102
Tabla XLVIII. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según tipo de estamento.	103
Tabla XLIX. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según tipo de estamento.	104
Tabla L. Dimensión Frecuencia de eventos notificados según el tipo de profesión.	113
Tabla LI. Dimensión Percepción de seguridad según el tipo de profesión.	114
Tabla LII. Dimensión Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad según el tipo de profesión.	115
Tabla LIII. Dimensión Aprendizaje organizacional según el tipo de profesión.....	116
Tabla LIV. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según el tipo de profesión.	117
Tabla LV. Dimensión Franqueza en la comunicación según el tipo de profesión.	118
Tabla LVI. Dimensión Retroalimentación/comunicación sobre errores según el tipo de profesión.	119
Tabla LVII. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según el tipo de profesión.....	120
Tabla LVIII. Dimensión Dotación personal según el tipo de profesión.	121
Tabla LIX. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la Seguridad del paciente según el tipo de profesión.	122
Tabla LX. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según el tipo de profesión.	123
Tabla LXI. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según el tipo de profesión.	124
Tabla LXII. Dimensión Frecuencia de eventos notificados según tipo de Servicio/Unidad.	132
Tabla LXIII. Dimensión Percepción de seguridad según tipo de Servicio/Unidad.....	133
Tabla LXIV. Dimensión Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad según tipo de Servicio/Unidad.	134
Tabla LXV. Dimensión Aprendizaje organizacional según tipo de Servicio/Unidad.....	135
Tabla LXVI. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según tipo de Servicio/Unidad.....	136
Tabla LXVII. Dimensión Franqueza en la comunicación según tipo de Servicio/Unidad.	137
Tabla LXVIII. Dimensión Retroalimentación/comunicación sobre errores según tipo de Servicio/Unidad.....	138
Tabla LXIX. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según tipo de Servicio/Unidad.	138
Tabla LXX. Dimensión Dotación personal según tipo de Servicio/Unidad.....	139

Tabla LXXI. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la Seguridad del paciente según tipo de Servicio/Unidad.....	140
Tabla LXXII. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según tipo de Servicio/Unidad. ...	141
Tabla LXXIII. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según tipo de Servicio/Unidad.....	142
Tabla LXXIV. Nivel de significación global de las dimensiones del cuestionario HSOSP de la AHRQ (versión española) según tipo de estamento, tipo de especialidad y tipo de profesión.	143
Tabla LXXV. Tasa de respuesta global. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	143
Tabla LXXVI. Recursos humanos del Hospital Universitario y diferencias según estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	144
Tabla LXXVII. Recursos humanos del Hospital Universitario y diferencias según posición laboral. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	145
Tabla LXXVIII. Tasa de respuesta según Principal Servicio/Unidad de trabajo. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	146
Tabla LXXIX. Principal Servicio o Unidad de trabajo en el Hospital. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	147
Tabla LXXX. Puesto de trabajo actual. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	148
Tabla LXXXI. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	149
Tabla LXXXII. Percepción de Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	149
Tabla LXXXIII. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	150
Tabla LXXXIV. Nivel de significación global de las dimensiones del cuestionario de elaboración propia según tipo de estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	150
Tabla LXXXV. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	152

Tabla LXXXVI. Dimensión Percepción de Seguridad según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	153
Tabla LXXXVII. Dimensión Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la Seguridad según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	154
Tabla LXXXVIII. Nivel de significación global de las dimensiones según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	155
Tabla LXXXIX. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	156
Tabla XC. Dimensión Percepción de seguridad según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	157
Tabla XCI. Dimensión Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la Seguridad según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	158
Tabla XCII. Nivel de significación global de las dimensiones según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	158
Tabla XCIII. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	159
Tabla XCIV. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 2. Percepción de Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	160
Tabla XCV. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	160
Tabla XCVI. Nivel de significación global de las dimensiones del Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante según tipo de estamento, tipo de especialidad y tipo de profesión.	161
Tabla XCVII. Dele a su Centro una valoración general en Seguridad del Paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	167



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la calidad asistencial.	9
Figura 2. Estrategia para aplicar una práctica segura : de la teoría a la práctico.....	11
Figura 3. Ciclo de investigación en Seguridad del Paciente.	18
Figura 4. Modelo de Cultura de Seguridad propuesto por Morello	33
Figura 5. Niveles de Madurez Cultural.	34
Figura 6. Hospital Universitario San Juan de Alicante.....	62
Figura 7. Personal del centro según Tipo de Estamento.....	63
Figura 8. Personal Sanitario.	63
Figura 9. Personal No Sanitario.....	64
Figura 10. Tasa de respuesta por estamento.....	76
Figura 11. Tasa de respuesta según tipo de profesión (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ)	77
Figura 12. Representación gráfica según Principal Servicio/Unidad de trabajo (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ)	78
Figura 13. Diagrama de Pareto. Percepciones negativas.....	91
Figura 14. Tasas de respuesta por estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	144
Figura 15. Tasas de respuesta según tipo de profesión.....	145
Figura 16. Representación gráfica según Principal Servicio/Unidad de trabajo. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.....	146
Figura 17. Diagrama de Pareto. Percepciones negativas. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.	161
Figura 18. Percepciones positivas. Estudio comparativo.....	162
Figura 19. Valoración general en seguridad del paciente.....	168
Figura 20. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.....	168
Figura 21. Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario de la agenda del Director.....	169
Figura 22. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido un incidente adverso.....	169
Figura 23. Me preocupo de la seguridad del pacientes solo después de que ha ocurrido un incidente adverso.....	170
Figura 24. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi Centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.....	170
Figura 25. Cuando ha ocurrido un evento adverso tengo una actitud temerosa al hablar de ello.....	171
Figura 26. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.....	171

Figura 27. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.172

Figura 28. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.172





RESUMEN



RESUMEN

- **INTRODUCCIÓN**

La seguridad del paciente es un problema complejo y multifactorial debido a factores como la condición humana, las nuevas tecnologías, las comorbilidades de los pacientes y el hecho de que no existan sistemas capaces de prevenir los eventos adversos. Es más, se ha convertido en una de las prioridades más importantes en la asistencia sanitaria desde que el Instituto de Medicina de EE.UU (IOM) publicara el informe ***“To err is human: building a safer health system”*** donde se reveló que entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecían como consecuencia de errores médicos.

Los factores más frecuentemente asociados a los eventos adversos están relacionados con la medicación, infecciones, procedimientos y la comunicación. Su incidencia se estima en torno al 4-17 % de los cuales el 50 % serían evitables.

Una de las herramientas que se ha mostrado útil para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros consiste en la promoción de una adecuada cultura de seguridad del paciente entre los profesionales sanitarios. La formación de los mismos es el primer paso para cambiar dicha cultura. De este modo, se contribuye a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura. Su medición permite identificar cuáles son las debilidades de tal manera que se pueda establecer estrategias de mejora que contribuyan a la reducción en el número de eventos adversos sobre los pacientes, mejorando así la calidad asistencial y reduciendo además los costes generados por dichos eventos adversos.

La Cultura de seguridad debe ser reevaluada periódicamente para valorar la efectividad de las acciones realizadas así como para replantear nuevas estrategias.

- **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

La aplicación de un cuestionario sobre Cultura de seguridad más sencillo, ágil y breve que los existentes produce un aumento de la respuesta que facilitará los estudios sobre seguridad de los pacientes.

Los objetivos del estudio son:

1. Principal : Crear y validar un cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente.

2. Secundarios : Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; determinar la percepción que tienen los profesionales sanitarios y no sanitarios en un Hospital Universitario sobre las actividades que se desarrollan con relación a la seguridad del paciente; evaluar los resultados sobre la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del cuestionario **AHRQ** validado al castellano y uno de elaboración propia; evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras en las mismas; y favorecer la utilización rutinaria del cuestionario de elaboración propia para mejorar el clima de seguridad.

- **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante, perteneciente al Departamento de Salud Alicante-San Juan de Alicante, dotado con 352 camas funcionantes. En este estudio se recogieron los resultados de la valoración del nivel de Cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios de un Hospital Universitario utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptada al castellano y una nueva escala sintética de elaboración propia a la que hemos denominado “**Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**”.

Criterios de inclusión: todo el personal sanitario y no sanitario con contrato de larga duración (definido como aquel con una duración mayor a 6 meses)

Criterios de exclusión : personal con contrato de corta duración (inferior a 6 meses), personal con contratos de guardias médicas y los pacientes.

Cálculo del tamaño muestral : Para obtener estimaciones a un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5% y una proporción de 0,5 en el peor de los casos, fue necesario obtener 100 cuestionarios cumplimentados para una población de estudio de 1231 personas. Teniendo en cuenta una tasa de respuesta esperada entre el 30 y el

50% dados los criterios de selección, entendemos que queda garantizada con la estrategia prevista.

Las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías : negativo, neutral y positivo. 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 resultados se expusieron de forma global según el tipo de estamento, tipo de profesión y tipo de servicio entre los profesionales sanitarios y no sanitarios. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentaje mientras que las cuantitativas se presentaron a través de medidas de centralización y dispersión según proceda. Para el análisis bi-variable se utilizó la **prueba de Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher** para las variables cualitativas y la **t-Student** o la **ANOVA/Kruskal-Wallis** para las cuantitativas (según se cumplieren o no criterios de normalidad) Se emplearon la **F de Snédecor** si las varianzas fueron homogéneas y las pruebas robustas de **Welch y Brown-Forsythe** en caso contrario. El análisis de los datos se efectuó con el **programa estadístico SPSS versión 15.0** garantizando la confidencialidad de los datos y el secreto estadístico según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

El proceso de construcción del cuestionario de elaboración propia se realizó en 6 fases : 1. Búsqueda bibliográfica; 2. Validación de la estructura y contenido del cuestionario por un grupo de expertos en seguridad del paciente según una técnica de grupo nominal; 3. Comprobación de supuestos y análisis factorial exploratorio; 4. Prueba piloto para asegurar la comprensión del mismo mediante una selección por conveniencia de profesionales expertos; 5. Modificación de la versión 1.1 tras los análisis pertinentes; 6. Análisis de la fiabilidad del cuestionario. Para comprobar que los ítems de cada una de las dimensiones guardaban relación se utilizó el índice de correlación de **Pearson** y de **Spearman**.

La normalidad de la muestra se comprobó mediante el test propuesto por **Kolmogorov-Smirnov**. Se analizó la adecuación muestral para realizar el análisis mediante la prueba de esfericidad de **Bartlett** y el **índice de KMO**. En todos los casos, las decisiones tomadas se discutieron con un nivel de confianza del 95%.

Comprobados los supuestos, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio. Se seleccionó el método de componentes principales para la extracción de factores con criterio de autovalores mayores a uno. Se descartaron aquellos ítems con coeficientes menores que 0,5 y se consideró una pérdida aceptable de información conseguir un porcentaje de variancia explicada del 50%. Para analizar la fiabilidad del instrumento de medida se halló el índice **Alpha de Cronbach** y se consideró una buena consistencia interna valores superiores a 0,7.

- **RESULTADOS**

Se invitó a participar en el estudio, contestando a ambos cuestionarios, a 1200 profesionales sanitarios (86,2%) y a 92 profesionales no sanitarios (13,8%) En total respondieron 395 profesionales correspondientes a la **versión adaptada al castellano del cuestionario HSOSPS de la AHRQ** con una tasa respuesta que se situó en 35,36% (89,4% profesionales sanitarios, 10,6% profesionales no sanitarios), frente a 357 profesionales en el **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante** con una tasa de respuesta del 31,96% (91% profesionales sanitarios, 9% profesionales no sanitarios) El número de cuestionarios entregados fue de 1231 (88,4%), lo que supuso una pérdida de 161 cuestionarios (11,56%) De estos, se desestimaron 114 (9,26%) al no cumplir los criterios propuestos por la AHRQ quedando para su análisis final 1117 cuestionarios.

Los principales resultados del estudio, atendiendo al tipo de profesional, fueron: el colectivo médico (No Mir) representó el grupo más numeroso con un 32,3%, seguido de enfermería (28,1%), auxiliares de enfermería (13,2%), administrativos (7,8%), médicos residentes (MIR) (5,6%) y celadores (4,3%) Los Servicios con mayores tasas de participación fueron : Urgencias (9%), Cirugía general (7,7%), Radiología (6,4%), Pediatría (5,7%), Obstetricia y Ginecología (4,9%), Quirófano (4,9%) y Oncología (4,7%) La mayor parte del personal (58 %) trabajó entre 20 y 39 horas semanales, el 26,5 % trabajaba más de 21 años en el Hospital, el 28,3% entre 6-10 años en su Servicio y el 45,6%, llevaba más de 21 años trabajando en la profesión. El 86,4 % de los que respondieron tuvieron contacto con el paciente. El 50% de los trabajadores calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8%, no notificó ningún evento adverso.

Los profesionales con mayor Cultura de seguridad del paciente fueron los farmacéuticos y el Servicio más implicado, el de Farmacia. El colectivo que presentó un mayor número de áreas de mejora (8) fue el de los celadores. Los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y farmacéuticos destacaron positivamente en las Dimensiones 4 y 5. La Dimensión 3 sobresalió de manera positiva entre los auxiliares de enfermería y los farmacéuticos.

Los Servicios médicos despuntaron sobre los quirúrgicos al tener un mayor número de fortalezas (**Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad y Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio**) y un menor número de debilidades (**Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente**)

Los Servicios que presentaron un mayor número de oportunidades de mejora fueron los quirúrgicos y la UCI, ambos en las mismas dimensiones : **Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente, percepción de seguridad y Cambios de turno/transición entre servicios**. No hubo ninguna dimensión como fortaleza, aunque destacaron dos de ellas con carácter positivo : **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad (67%)** (IC 95%, 64,6-69,4) y **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio (64,6%)** (IC 95%, 62,3-67) Por el contrario, sí se identificaron dos dimensiones que de manera global se comportaron como una debilidad : **Dimensión 9. Dotación de personal (60,1%)** (IC 95%, 57,7-62,5) y la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente (58,3%)** (IC 95%, 55,4-61,1). Hubo una tercera Dimensión, que casi se comportó como tal : **Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transición entre servicios (48,6%)** (IC 95%, 46,1-51,1) Se encontraron diferencias entre los resultados de ambos cuestionarios. Se observó una mayor percepción negativa sobre seguridad del paciente cuando se empleó nuestro cuestionario frente al *Hospital Survey on Patient Safety*: 57,9% (IC 95%, 54,9-60,9) vs 36,5 (IC 34,1-38,9) y al analizar la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la seguridad**: 38,5 (IC 95%, 35,5-45,5) vs 13,1 (IC 95%, 11,4-14,8). Sin embargo, la **Dimensión 1. Apoyo a la Gerencia del Hospital en la**

seguridad del paciente en nuestro cuestionario frente a la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** en la Versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*, mostró que había una mayor percepción negativa con el cuestionario de la AHRQ: 58,3% (IC 95%, 55,4-61,1) vs 33,4% (IC 95%, 30,6-36,3)

- **CONCLUSIONES**

1. En nuestro medio y condiciones debemos rechazar nuestra hipótesis inicial, ya que un cuestionario más breve no ha logrado obtener tasas de respuesta más altas.

2. Hemos creado y validado un nuevo cuestionario en castellano de aplicación en al ámbito hispano hablante para medir Cultura de seguridad del paciente.

3. La percepción que tienen los profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante sobre las actividades que se desarrollan en relación a la seguridad del paciente es buena, aunque mejorable.

4. No se han identificado fortalezas. Los resultados más destacados en positivo se relacionan con las dimensiones : Aprendizaje organizacional/mejora continua, Expectativas/Acciones de la Gerencia que promueven la seguridad y el Trabajo en equipo dentro de las Unidades.

5. Las áreas de mejoras identificadas son : Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente, Cambios de turno y transición entre Servicios y la Percepción de seguridad.

6. El colectivo con mayor número de fortalezas es el de los farmacéuticos y, con mayor número de debilidades, el de los celadores. Se han identificado más debilidades en los Servicios quirúrgicos y la UCI frente a los Servicios de tipo médico.

7. Las intervenciones de mejora que proponemos son : mayor dotación de recursos humanos; actitud más proactiva por parte de la Gerencia; mayor coordinación entre Unidades/Servicios; incrementar la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de seguridad; fomentar un ambiente no punitivo para favorecer la notificación de los eventos adversos; abordar los problemas relacionados con la seguridad del paciente de manera conjunta y no de forma individual; mayor comunicación entre los líderes de las distintas Unidades/Servicios; favorecer la estabilidad laboral y la super especialización del personal.

8. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que nuestro cuestionario es apto para su uso en nuestro medio.





SUMMARY



SUMMARY

- **INTRODUCTION**

Patient safety is a complex and multifactorial problem due to factors such as the human condition, new technologies, patients' comorbidities and the fact that there are no systems capable of preventing adverse events. It has become one of the most important priorities in health care since a report by the US Medical Institute (IOM) published the report "To err is human: building a safer health system" where it was revealed that between 44,000 And 98,000 patients died as a result of medical errors. The factors most frequently associated with adverse events are related to medication, infections, procedures and communication. Its incidence is estimated at around 4-17% of which 50% would be avoidable. One of the tools that has proved useful to make health systems safer is to promote an adequate culture of patient safety among health professionals. The training of professionals is the first step to change that culture. In this way, it contributes to the improvement of knowledge and attitudes to promote a safer clinical practice. Its measurement allows us to identify the weaknesses in order to establish improvement strategies that contribute to the reduction in the number of adverse events on patients, thus improving the quality of care and reducing the costs generated by these adverse events. The safety culture should be re-evaluated periodically to assess the effectiveness of the actions undertaken as well as to rethink new strategies.

- **HYPOTHESIS AND OBJECTIVES**

The application of a simpler, quicker and agile patient safety culture questionnaire than existing ones produces an increase in the response that facilitates studies on patient safety.

1. Main Objective : to create and validate a questionnaire on patient safety culture.

2. Secondary Objectives : to determine the perception that health professionals and non-health professionals have in a University Hospital about the activities that are developed in relation to patient safety, describe the safety climate with its strengths and weaknesses, evaluate the results on the patient's safety culture by applying the

AHRQ questionnaire validated in Spanish and One of its own elaboration, to evaluate the negatively assessed dimensions and to establish areas of improvement in them and to favor the routine use of the self-made elaboration questionnaire to improve the security climate.

- **MATERIAL AND METHOD**

Cross-sectional and descriptive study carried out at the University Hospital San Juan de Alicante, belonging to the Health Department Alicante-San Juan de Alicante, endowed with 352 working beds. In this study, the results of the assessment of the level of safety culture among health and non-health professionals of a University Hospital using the Survey for Patient Safety Culture (HSOPS) survey of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adapted to the Spanish and a new own elaboration questionnaire.

Criteria for inclusion: all health and non-health staff with a long-term contract (defined as having a duration of more than 6 months),

Exclusion criteria: short-term staff (less than 6 months), staff with medical guards contracts and patients.

Sample size calculation : To obtain estimates with an accuracy of +/- 0.05 and +/- 0.01, for the expected (worst case) values of 0.5, we would need 100 completed questionnaires, and taking into account An expected response rate between 30 and 50%, given the selection criteria, we understand that it is guaranteed with the planned strategy.

Answers to the questionnaire are recoded into three categories: negative, neutral and positive. With this coding the relative frequencies of each category are calculated, for each of the items, as well as the composite indicator of each dimension. The results are presented in a global way according to the type of establishment, type of profession and type of service between health professionals and non-health professionals.

The qualitative variables were expressed by percentage while the quantitative variables were presented through centralization and dispersion measures as appropriate. For the bi-variable analysis, the Chi2 test or Fisher's exact test was used

for the qualitative variables and the Student t-test or the ANOVA / Kruskal-Wallis test for the quantitative variables (according to whether or not normality criteria were met). F of Snedecor was used if the variances were homogeneous and the robust tests of Welch and Brown-Forsythe otherwise. The analysis of the data was carried out with the statistical program SPSS version 15.0 guaranteeing the confidentiality of the data and the statistical secret according to the Organic Law 15/1999 of December 13, of protection of personal data.

The process of constructing the self-made questionnaire was carried out in six phases :

1. Bibliographic search; 2. Validation of the structure and contents of the questionnaire by a group of experts in patient safety according to a nominal group technique; 3. Check assumptions and exploratory factor analysis; 4. Pilot test to ensure the compression of the same by a selection for the convenience of expert professionals; 5. Modification of version 1.1 after relevant analysis; 6. Analysis of the reliability of the questionnaire.

To verify that the items of each of the dimensions were related, the Pearson and Spearman correlation index was used. The normality of the sample was verified by the test proposed by Kolmogorov-Smirnov. The sample adequacy was analyzed to perform the analysis using the Bartlett sphericity test and the KMO index. In all cases, the decisions taken were discussed with a 95% confidence level.

Once the assumptions were verified, the exploratory factor analysis was carried out. The principal components method was selected for the extraction of factors with an eigenvalue criterion greater than one. Those items with coefficients less than 0.5 were discarded and it was considered an acceptable loss of information to achieve a 50% explained variance percentage. In order to analyze the reliability of the measuring instrument, the Cronbach Alpha index was found and a good internal consistency was considered higher than 0.7.

- **RESULTS**

A total of 1,200 health professionals (86.2%) and 192 non-health professionals (13.8%) were invited to participate in the study, answering both questionnaires. A total

of 395 professionals, corresponding to the version adapted to Spanish of the AHRQ HSOSPS questionnaire, responded with a response rate of 35.36% (89.4% of health professionals, 10.6% of non-health professionals), compared to 357 (91% health professionals, 9% non-health professionals) self-made questionnaire. The number of questionnaires delivered was 1231 (88.4%), A loss of 161 questionnaires (11.56%) and of these, 114 (9.26%) were rejected because they did not meet the criteria proposed by the AHRQ and 1117 questionnaires were analyzed.

The main results of the study, according to the type of professional, are: the medical group (No Mir) represented the largest group with 32.3%, followed by nursing (28.1%), nursing auxiliaries (13.2% %), administrative (7.8%), resident physicians (MIR) (5.6%) and wardens (4.3%) Services with higher participation rates were: ER (9%), 7%), Radiology (6.4%), Pediatrics (5.7%), Obstetrics and Gynecology (4.9%), Operating room (4.9%) and Oncology (4.7%) Most of the staff (58%) work between 20 and 39 hours a week, 26.5% have been working for more than 21 years in the hospital, 28.3% have between 6 and 10 years in their service and 45.6% have more 21 years working in the profession. 86.4% of respondents had contact with the patient. 50% of workers rated the safety climate between 6 and 8. 82.8% reported no adverse events. The professionals with the greatest culture of patient safety are the pharmacists and the service most involved, Pharmacy.

The group that has presented a greater number of areas for improvement (8), have been the wardens. Physicians, nurses, nursing assistants and pharmacists stood out positively in Dimensions 4 and 5. Dimension 3 stood out positively in nursing assistants and pharmacists. The Medical Services emphasize on the surgical ones by having a greater number of strengths (Expectations and Actions of the Direction / Supervision that favor the security and Teamwork within the Unit/Service) and a smaller number of weaknesses (Staffing, Support from Management to patient safety)

The services that presented a greater number of opportunities for improvement were surgical and ICU, both in the same dimensions : Staffing, Management Support for patient safety, perception of safety and changes in shift / transition between services. Dimension 3. Expectations and Actions of management /

supervision that favor safety (67%) (IC 95%, 64.6-69.4) and Dimension 5. Teamwork within the Unit.

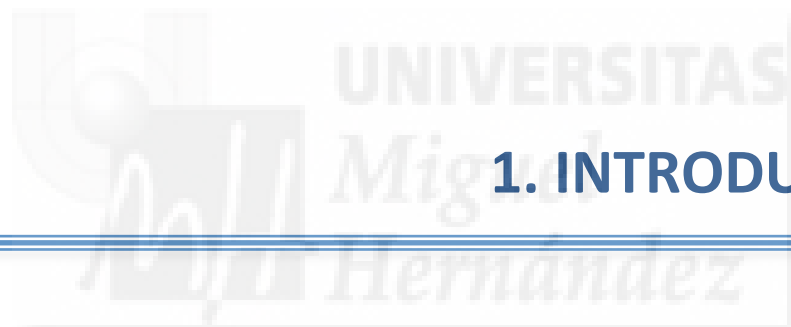
On the other hand, we have identified two dimensions that globally behave as a weakness : Dimension 9. Staffing (60.1%) (95% CI, 57.7-62.5) and Dimension 10. Support of hospital Management to patient safety (58.3%) (95% CI, 55.4-61.1) There is a third Dimension, which almost behaves as such : Dimension 12. Problems in shift shifts and Transition between services (48.6%) (95% CI, 46.1-51.1)

We found differences between the results of both questionnaires. We observed a greater negative perception about patient safety when we used our questionnaire in front of the Survey on Patient Safety Hospital : 57.9% (IC 95%, 54.9-60.9) vs 36.5% (IC 95%, 34, 1-38,9) and when analyzing Dimension 3. Expectations and Actions of the Direction / Supervision that favor the security: 38,5% (IC 95%, 35,5-45,5) vs 13,1 (IC 95 %, 11,4-14,8) However, Dimension 1. Support of the Hospital Management in the patient safety of our questionnaire in front of the Dimension 10. Support of the hospital Management in the patient safety of the Spanish version of the Hospital on Patient Safety survey showed that there was a greater negative perception with the AHRQ questionnaire: 58.3% (95% CI, 55.4-61.1) vs 33.4% (95% CI, 30.6-36.3)

- **CONCLUSIONS**

1. In our environment and conditions we must reject our initial hypothesis, since a shorter questionnaire has failed to obtain higher response rates.
2. We have created and validated a new questionnaire in the Spanish-speaking medium to measure Culture of Patient Safety.
3. The perception that the professionals of the San Juan University Hospital of Alicante on the activities that are developed in relation to the patient's safety is good, although improveable.
4. No strengths have been identified. The most positive results are related to the Dimensions: Organizational Learning / Continuous Improvement, Expectations / Actions of the Management that promote safety and Teamwork within the Units.

5. Areas of improvement identified are: Staffing, Management Support for Patient Safety, Shift Changes and Transition between Services and Safety Perception.
6. The group with the greatest number of strengths was the pharmacists and with greater number of weaknesses, the guards. More weaknesses were identified in Surgical Services and the ICU versus Medical Services.
7. The improvement interventions that we propose are: greater human resources, more proactive attitude on the part of the Management, greater coordination between Units / Services, increase the training of health and non-health professionals in safety matters, promote an environment Non-punitive treatment to promote the reporting of adverse events, to address problems related to patient safety in a joint manner and not individually, greater communication between the leaders of the different Units / Services, to promote job stability and the super specialization of the personal.
8. The results obtained allow us to state that our questionnaire is suitable for use in our environment.



1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

*“La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa”*¹. Esta afirmación enunciada por **C. Chantler** en el año 1999, sigue vigente hoy día y define la situación actual a la que nos enfrentamos diariamente en nuestra práctica clínica.

En efecto, la atención sanitaria es cada vez más compleja² debido a diversas razones. Por un lado, el aumento de la esperanza de vida va a condicionar un incremento de las enfermedades crónicas y un aumento en la demanda de las prestaciones sanitarias que, a largo plazo, puede generar problemas de sostenibilidad. Otros factores que hacen que pueda aumentar el riesgo de EA (eventos adversos) son la falta de sistemas de prevención de los mismos, la variabilidad en la práctica clínica, la diversidad de los profesionales y la complejidad tecnológica y de recursos terapéuticos. Por otro lado, los cambios producidos en una sociedad con un mayor nivel cultural y económico junto con un mayor acceso a la información y al conocimiento, van a producir un aumento en la demanda de una mayor calidad asistencial. Todos estos factores van a condicionar una asistencia sanitaria con mayores riesgos.

Toda actividad humana comporta un margen de error y la asistencia sanitaria no es una excepción. Los procedimientos asistenciales que se realizan en el ámbito sanitario no son inocuos y según los estudios se estima una incidencia de EA entorno al 4-17% de los cuales el 50% serían evitables^{3,4}. Por este motivo, es fundamental que se establezcan estrategias de seguridad y se apliquen prácticas clínicas seguras^{5,6} ya que su implementación ha mostrado ser efectiva para reducir los mismos.

El impacto que generan los EA es muy amplio⁷: afectan principalmente al paciente y sus familiares y, de manera secundaria, a los profesionales sanitarios (segundas víctimas)⁸⁻¹¹ e instituciones sanitarias (terceras víctimas)¹², producen una elevada morbi-mortalidad, pérdida de confianza del ciudadano en los servicios sanitarios públicos, generan unos costes económicos muy elevados¹³⁻¹⁶ y, en ocasiones, son motivo de demandas judiciales.

El interés por los EA ligados a la asistencia sanitaria no es nuevo. Ya en el año en 1955, **Barr**¹⁷ vio en ellos el precio a pagar por los métodos modernos diagnósticos y terapéuticos y **Moser**¹⁸, un año después, los denominó "*las enfermedades del progreso de la medicina*".

Como consecuencia de la mala praxis médica, se produjo un incremento de las demandas por responsabilidad profesional. En respuesta a este aumento del número de reclamaciones, surgió una disciplina denominada **Gestión del riesgo sanitario**¹⁹ que se encarga de identificar, analizar, evaluar los peligros relacionados con la asistencia sanitaria, establecer mecanismos de control y tratarlos. Los programas de gestión de riesgos pretenden mejorar la calidad de la atención al ciudadano, incrementar la seguridad en la actuación de los profesionales y conseguir un mayor rigor por parte de las administraciones públicas. Se trata pues de minimizar las consecuencias de los EA²⁰, siendo el objetivo final de estas políticas el desarrollo de una CS.

Cuando verdaderamente se toma conciencia de la gravedad que suponen los EA ligados a la asistencia sanitaria, es tras la publicación en el año 2000 del informe "**To err is human: building a safer health system**"²¹. En este informe se estimaba que entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecían anualmente en EE.UU como consecuencia de los de los daños secundarios a la asistencia sanitaria, suponiendo ésta la 8ª causa de muerte, superando incluso a los accidentes de tráfico (43.000), al cáncer de mama (42.000) y al SIDA (16.500) y generando unos costes sanitarios y sociales entre 17.000 y 29.000 millones de dólares. A raíz de éste, el número de las publicaciones sobre seguridad del paciente y los proyectos financiados en esta materia aumentaron significativamente²². La repercusión que tuvo fue de tal magnitud, que diversas instituciones y organismos internacionales, junto con asociaciones de pacientes y sociedades científicas desarrollaron estrategias para mejorar la SP²³⁻³².

Diversas agencias internacionales como la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP)** - actualmente denominada **Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)** - , la **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**; gubernamentales, como **Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)** de EE.UU, **The Australian Patient Safety Foundation**, la **Haute Autorité de Santé de Francia**, la **National Patient Safety Agency**

(NPSA) de Reino Unido, el **National Center for Patient Safety (US Department of Veterans Affairs)**; nacionales, como el **Centro de investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes de la Fundación Avedis Donabedian (FAD) o la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Español**, han analizado y planteado distintos abordajes y recomendaciones con la finalidad de reducir la probabilidad de que se produzcan los EA.

El interés acerca de la preocupación por los EA no es nuevo³³. Las primeras referencias las encontramos en 1692 a.C en el **Código de Hammurabi** y, posteriormente, **Hipócrates** en el año 460 a.C a través de su conocido aforismo **“primum non nocere”**.

Por todo ello, la seguridad del paciente se ha convertido en una dimensión clave de la calidad asistencial^{34,35} y, hoy en día, es considerada una prioridad en el marco de las políticas sanitarias en todo el mundo. Incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud³⁶. Las líneas de trabajo en esta materia se han ido promoviendo a través de foros de expertos, reuniones internacionales, talleres de trabajo, acciones formativas, declaraciones y convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas³⁷⁻⁴².

El reconocimiento y la importancia sobre este aspecto, hizo que se enmarcara dentro del **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)** en su estrategia número 8 donde se planteaban las siguientes líneas de actuación : diseñar y establecer sistemas de información y de comunicación de los incidentes relacionados con la SP, promocionar prácticas seguras en los centros asistenciales, mejorar los sistemas de calidad, y, finalmente, promover y **desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente (CSP)** entre los profesionales a cualquier nivel de atención sanitaria. Estas recomendaciones se encuentran en sintonía con las propuestas por otras organizaciones internacionales. Según el **National Quality Forum (NQF)**^{43,44} de EE.UU, en su informe **“Safe Practices For Better Health Care”**, la CSP se encuentra como la primera de las recomendaciones. Igualmente se ha comunicado por otras agencias : **Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS)** del Reino Unido a través de su informe **“La seguridad del paciente en 7**

*pasos*⁴⁵, la “Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de pacientes” de la Comisión Europea⁴⁶ de abril de 2005, el *Comité Europeo de sanidad (Consejo europeo, Estrasburgo, 2004)* en su informe “*la prevención de los efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico*” y en *la declaración de los profesionales por la seguridad de los pacientes* celebrada en Madrid el 11 de Mayo de 2006³⁹ entre otros.

En el ámbito español, el *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSSSI)* a través de la Ley General de Sanidad⁴⁸, establece como actuación prioritaria la mejora en la calidad de la asistencia sanitaria y desarrolla un plan en materia de SP para todo el territorio nacional⁴⁷ junto con el programa de la *AMSP de la OMS*⁴⁹ y la *Estrategia de Seguridad del Consejo de Europa*⁵⁰. Dicha estrategia, se enmarca dentro de la Ley de 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁵¹. Igualmente, la UE recomienda a todos los estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud.

Entendemos por *Cultura de seguridad*⁵² el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad. Hoy en día se considera una potente herramienta en el ámbito sanitario ya que se ha mostrado útil para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros⁴³⁻⁴⁵. La formación de los profesionales sanitarios es el primer paso para cambiar la CS. De esta manera, se contribuye a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura^{52,53}. Su medición^{54,55} nos permite identificar cuáles son las debilidades de la organización, de manera que se puedan establecer estrategias de mejora que contribuyan a la reducción en el número de EA sobre los pacientes, mejorando así la calidad asistencial y reduciendo además los costes generados por dichos EA. Ésta debe ser reevaluada periódicamente para valorar la efectividad de las acciones realizadas así como para replantear nuevas estrategias.

1.1. Seguridad del Paciente

1.1.1. Definición

No existe una única definición aceptada para referirnos a la SP. Así, diversos organismos y agencias internacionales como la **OMS, IOM, NPSF o AHRQ** han desarrollado la suya. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)**⁵⁶ define la SP como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. Según el **Institute of Medicine (IOM)** de los **EE.UU**^{56,57}, la SP se define como: “El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales; velar por la seguridad del paciente supone instaurar sistemas y procesos operacionales que reduzcan al mínimo la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.” El **US National Patient Safety Foundation (NPSF)**⁵⁸ la explica como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos por la atención recibida y es consecuencia de la interacción y equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales⁵⁹. La **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)**² la define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable o como la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia²¹.

1.1.2. Antecedentes históricos

La popularidad creciente que ha cobrado la SP en las últimas dos décadas, como consecuencia del incremento de los EA debido a los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, no es algo nuevo³³. Como se menciona anteriormente, el primer manuscrito que hace referencia a la SP es el **Código de Hammurabi (1692 a.C.)**. Se trata del primer conjunto conocido de leyes de la historia para fomentar el bienestar de la gente. En él se enumeran 282 leyes de las que 11 se dedican a la Medicina.

Posteriormente, **Hipócrates (460 a. C)** describe en el **Corpus Hippocraticum** su aforismo “**primum non nocere**” en el cual establece una unión fundamental para la SP que consiste en la relación entre el médico y la colaboración del paciente.

Otros autores que han tenido un papel relevante en el desarrollo de la SP a lo largo de la historia han sido:

- **Ambroise Paré (1509-1590)**, padre de la Cirugía, reconoció y publicó su error médico.
- **Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872)**, introdujo lo que denominó “*méthode numérique*”. Según él, era imprescindible llevar a cabo la cuantificación de la Medicina.
- **Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865)**, demostró que las medidas de asepsia eran fundamentales y trató de mejorar la SP mediante la búsqueda de la complicidad de los pacientes instándolos a protegerse ellos mismos de los médicos. Igualmente, describió la iatrogenicidad del acto médico en su manuscrito: *Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal*.
- **Florence Nightingale (1820-1910)**, pionera de las prácticas de enfermería, supo reconocer el riesgo de la atención sanitaria y observó que aplicando medidas higiénicas se reducía la mortalidad de un 40% a un 2%. Planteó la necesidad de enseñar a los enfermos y sus familiares a ayudarse a sí mismos.
- **Ernest Codman (1869-1940)**, padre de la Calidad Asistencial, registró entre 1911 y 1916, 123 errores y los clasificó en errores debidos a la carencia de conocimientos o habilidades, juicio quirúrgico, carencia de equipos o cuidados y ausencia de herramientas diagnósticas. Mediante la publicación de los mismos, instaba a otros hospitales a que siguieran sus pasos para que los pacientes pudieran enjuiciar la calidad de la atención percibida.

En los años 50, empiezan a surgir los primeros estudios relacionados con los riesgos ligados a la hospitalización y el daño asociado a la asistencia sanitaria realizados por **Schimmel**^{60,61} y **Brennan**⁶² respectivamente. De ahí en adelante, empiezan a surgir numerosos estudios epidemiológicos que tratan de dar respuesta al porqué de los EA⁶³⁻⁸¹.

1.1.3. Marco conceptual

La SP o seguridad clínica, dimensión esencial de la calidad asistencial, (**Figura 1**) implica el desarrollo de estrategias que sean capaces de minimizar los fallos tanto en el sistema como a nivel humano para poder evitar la aparición de EA. Ésta

debe reunir las siguientes características: debe ser eficiente, equitativa, centrada en el paciente, efectiva y puntual.

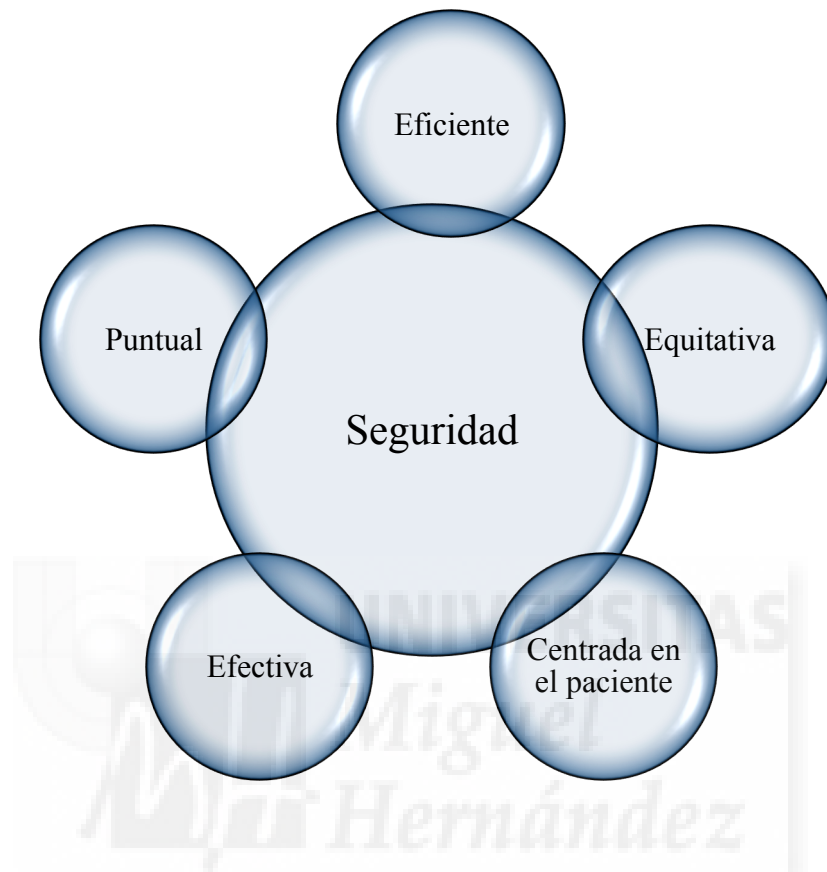


Figura 1. Dimensiones de la calidad asistencial.

Aunque es bien conocido el origen multifactorial de los mismos⁸², parece que las deficiencias en el diseño de los sistemas sanitarios junto con su organización, son los responsables en mayor medida de los daños ocasionados a los pacientes que los originados por los profesionales sanitarios⁸³⁻⁸⁵. El desarrollo de la SP sólo es posible cuando todos los elementos del sistema (instituciones, recursos disponibles, profesionales, etc.) interaccionan de una manera adecuada sin que se produzcan desequilibrios^{36,86,87}.

De esta manera se favorece una atención al paciente más segura. En esta línea, diversas organizaciones internacionales^{5,42,43,88,89} recomiendan lo que se conoce como prácticas seguras para mejorar la calidad asistencial (**Tabla I**)

Tabla I. Prácticas seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales.

OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)	NQF PSP for better healthcare (2010)	AHRQ Evidence for PSP (2013)	JC National PS goals (2014)
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos. • Conciliación de la medicación. • Medicamentos de Alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos) • Cirugía segura. • Identificación. • Transición asistencial. • Medicamentos con nombres parecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos. • Medicamentos de alto riesgo. • Cirugía segura. • BRC. • ITU por catéter. • Infección quirúrgica. • NVM. • <i>Cultura seguridad.</i> • Dispositivos médicos. • Consentimiento informado. • Transición asistencial. • RAM. • UPP. • Caídas. • Trombosis venosa. • Radiaciones ionizantes en pediatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos. • Conciliación de la medicación. • Medicamentos de alto riesgo. • Cirugía segura. • BRC. • ITU por catéter. • NVM. • <i>Cultura seguridad.</i> • Dispositivos médicos. • Transición asistencial. • UPP. • Caídas. • Implicación pacientes/cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos. • Conciliación de la medicación. • Cirugía segura. • BRC. • ITU por catéter. • Infección quirúrgica. • Identificación. • Comunicación.

Fuente de datos⁸⁸: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid. Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*⁸⁶; *National Quality Forum*^{43,44}; **JC**: *Joint Commission*⁹⁰; **OMS**: *Organización Mundial de la Salud*⁹¹. BRC: bacteriemia relacionada con cateter, ITU: infección de transito urinario; MAR: medicamentos de alto riesgo, NVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, RAM: resistencia a los antimicrobianos, UPP: úlceras por presión.

Estas prácticas seguras para mejorar la calidad asistencial, se definen como aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente^{5,6}. Otros organismos como la **OCDE**⁹² o la ya comentada **AHRQ**,⁸⁹ presentan en sus informes importantes indicadores sobre SP que nos permiten evaluar la eficacia de las medidas tomadas. Sus aplicaciones son variadas e incluyen desde intervenciones en el comportamiento (Cultura de seguridad), en la organización del sistema o en procedimientos clínicos tanto diagnósticos como terapéuticos⁹⁴.

En este sentido, merece la pena destacar medidas que tratan de reducir la complejidad de los procesos o actuaciones⁹⁵⁻⁹⁷ como son, por ejemplo, mediante la protocolización de actuaciones (**Check List**)⁹⁸⁻¹⁰¹, la identificación inequívoca de los

pacientes¹⁰², el impulso la historia clínica electrónica¹⁰³, la implantación de la prescripción electrónica asistida¹⁰³, la comunicación con los pacientes, la notificación de EA o la formación de profesionales³⁷ entre otras muchas.

Para su aplicación, **Pronovost** plantea una estrategia¹⁰⁴ que consiste, en primer lugar, en revisar la evidencia científica disponible; en segundo lugar, determinar cuáles son las barreras para su adaptación e implementación en el medio local; en tercer lugar, medir como funcionan y, por último, asegurarse de que se aplican a la práctica **(Figura 2)**



Figura 2. Estrategia para aplicar una práctica segura : de la teoría a la práctico.

Fuente¹⁰⁴ : Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation BMJ. 2008;337:a1714..

Los objetivos que se persiguen con su implantación son: identificar cuáles son los procedimientos más seguros y eficaces, que éstos se realicen de manera adecuada y sin errores y, finalmente, que sean aplicados a los pacientes que realmente lo necesiten¹⁰⁵.

1.1.4. Marco Internacional en la Seguridad del Paciente

La preocupación creciente que se ha producido en las últimas dos décadas como consecuencia de las publicaciones referidas a los errores ligados a la asistencia sanitaria han puesto de manifiesto la magnitud del problema^{2,21,22}.

La trascendencia que tiene es tan grande, que diversos organismos y agencias internacionales²³⁻³² han implantado estrategias para mejorar la SP, siendo un pilar fundamental de las políticas sanitarias en todo el mundo. Un ejemplo de ello queda patente en los informes publicados por el **National Health Service (NHS)** del Reino Unido: **“Building a safer NHS for patients”**¹⁰⁶, **“An organization with a memory”**³⁴ o **“Seven Steps to Patient Safety”**⁴⁵, en los que se pone de manifiesto la preocupación por los errores médicos junto con los EA y se promueve planes para mejorar la SP, o los publicados por la **AHRQ**: **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**² y **Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices**^{5,6}.

Por todo ello, diversas organizaciones internacionales han propuesto diseñar estrategias para mejorar la SP. Las que tienen mayor relevancia son:

➤ **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Publicó en el año 2001 un informe sobre la presencia de EA en la práctica clínica en el que se incluían las recomendaciones para su tratamiento y prevención¹⁰⁷. Posteriormente se creó la **AMSP**, actualmente denominada **Programa de Seguridad del Paciente (2004)**, en el que se promueven acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo a través de sus retos bi-anales: una atención limpia es una atención más segura, la cirugía segura salva vida o la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos²³.

Asimismo se han desarrollado otras acciones entre las que cabe mencionar: pacientes por la seguridad del paciente, gestión del conocimiento, prácticas clínicas seguras, taxonomía o sistemas de notificación y aprendizaje y otros trabajos realizados en colaboración con diversos organismos como la OPS (**Estudio IBEAS**⁷⁷ y **AMBEAS**⁷⁸) o la **JCAHO** (**“Nueve soluciones para la seguridad del paciente”** y **“Seguridad en Acción”**)²⁵

➤ **Consejo de Europa (CE)**

El CE presentó en el año 2005 la «**Declaración de Varsovia sobre la SP como un reto europeo**»¹⁰⁸ y recomienda como líneas estratégicas a desarrollar:

- **Promover una Cultura de la seguridad del paciente** con un enfoque sistémico.
- Establecer sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje y la toma de decisiones.
- Implicar a los pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad.

Como resultado de la conferencia de la **European Commission DG Health and Consumer Protection**, ese mismo año se publica la “**Declaración de Luxemburgo sobre Seguridad del Paciente**”⁴⁶ con el slogan: “**¡Patient Safety, Making it Happen!**” que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los Estados miembros.

Un año más tarde, el **CE** elabora informes sobre la seguridad de medicamentos y la prevención de los EA en la atención sanitaria e insta a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias¹⁰⁹. Además publica una edición especial del Eurobarómetro con los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de los errores médicos en diferentes países europeos¹¹⁰.

En el año 2009 lanzó las “**Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes**”, haciendo hincapié en la prevención y lucha contra las IAAS¹¹¹. Años más tarde (2014), el CE requirió a la **Comisión Europea** la organización de una plataforma permanente que diera sostenibilidad a la acción conjunta y el intercambio de buenas prácticas entre los Estados miembros a través del **Grupo de trabajo en Calidad y seguridad del paciente (Working Patient Safety Group)**¹¹² cuyo objetivo es establecer recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad.

➤ **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)**^{113,114}

Destaca el proyecto iniciado en el año 2007 sobre indicadores homogéneos en SP que permitieran la evaluación y comparación entre los distintos países.

➤ **Comisión Europea**

La **Comisión Europea** ha servido de respaldo y apoyo a los Estados miembros que han participado en temas relacionados con la SP mediante el desarrollado de actividades y proyectos.

En junio de 2014, dicha Comisión en colaboración con los Estados miembros, aprobó la publicación de las recomendaciones sugeridas por la **CE** y que se resumen en la **Tabla II**.

Tabla II. Áreas de trabajo en seguridad del paciente propuestas por la Comisión Europea.

ÁREAS DE TRABAJO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PROPUESTAS POR LA COMISIÓN EUROPEA

1. Colaborar para desarrollar una definición común sobre calidad asistencial y dar un mayor apoyo al desarrollo de terminología e indicadores comunes en seguridad del paciente.
2. Colaborar a nivel de la Unión Europea en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención, para el intercambio de buenas prácticas y soluciones efectivas. Esto podría basarse en la continuidad de la acción conjunta PaSQ, actualmente en desarrollo, y extenderse a otros temas identificados por los Estados Miembros y las partes interesadas.
3. Elaborar directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes sobre la calidad asistencial.
4. Desarrollar con los Estados Miembros un modelo sobre estándares de seguridad del paciente y calidad asistencial para lograr en la Unión Europea un entendimiento común de estos conceptos.
5. Promover con los Estados miembros la información transparente sobre sistemas de quejas y compensación, como requiere la Directiva sobre los derechos de los paciente en la atención sanitaria transfronteriza.
6. Fomentar el desarrollo de la formación para los pacientes, las familias y los cuidadores informales utilizando herramientas de la tecnología de la información y la actualización periódica y difusión de las recomendaciones sobre educación y formación en seguridad del paciente para profesionales sanitarios.
7. Fomentar la notificación como una herramienta para diseminar la cultura de seguridad del paciente; actualización periódica y difusión de las recomendaciones sobre puesta en marcha y funcionamiento de un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje.

Fuente¹¹⁵: European Commission. Report From The Commission To The Council The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels: European Commission. 2014. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf

Entre las acciones conjuntas de los Estados miembros cabe destacar su participación en dos proyectos:

- **The European Network for Patient Safety (EUNetPaS)**¹¹⁶

Se trata de una red europea en SP cuyo objetivo es promover el intercambio de conocimientos y experiencias a nivel nacional y de la **Unión Europea**.

- **European Union Network for Patient Safety and Quality of CARE: PaSQ**¹¹⁷

Acción conjunta entre la **Comisión Europea** y los países de la **Unión Europea**

cuya finalidad es la promoción de las recomendaciones del CE y facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias en el campo de la SP y calidad asistencial.

En este marco internacional, el **MSSSI** está presente en los grupos de trabajo de la **OCDE**, **Comisión Europea (EUNetPAS, Patient Safety and Quality of Care Working Group)** y **OMS (Estudio IBEAS, programa Bacteriemia Zero, campaña de higiene de manos, desarrollo de la taxonomía y sistema de clasificación de EA, o programa de pacientes por la seguridad**, entre otros)

Por último, hay que destacar otras organizaciones internacionales muy implicadas en la materia que nos ocupa junto con otras iniciativas que se han desarrollado en relacionadas con la SP como son:

- **The National Patient Safety Foundation (NPSF)**¹¹⁸, cuya principal aportación ha sido facilitar el diálogo y la colaboración sobre aspectos de la SP.
- **The Institute for Healthcare Improvement (IHI)**¹¹⁹, cuya guía **Plan-Do-Study-Act (PDSA)** establece las secuencias de los actos, paso a paso, para reducir los EA.
- **“Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes”**. Asamblea Médica Mundial, 1995.
- **“Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina”**. Consejo de Europa, 4 de abril de 1997.
- **“Calidad de la atención: seguridad del paciente”**. Informe de la Secretaria de la OMS, diciembre 2001.

1.1.5. Investigación en Seguridad del Paciente

“Investigar sobre seguridad es como cortar una cebolla, cuanto más miras más capas encuentras y más te hace llorar”. Esta frase enunciada por **Haig**¹²⁰ en el año 2003, es un fiel reflejo de los problemas que en esta materia se han ido encontrando a lo largo de los años y a los que, en la actualidad, nos seguimos enfrentando.

La investigación es necesaria para identificar y describir los problemas de seguridad, imprescindible para desarrollar y probar soluciones seguras así como para cuantificar el problema y comprender los factores que determinan su magnitud y gravedad. Su fin es conseguir unas prácticas clínicas más seguras mediante la producción del conocimiento para, posteriormente, utilizarlo y difundirlo. Todo ello nos proporcionará una atención más centrada en el paciente, una mejor comunicación con éste y su familia, nos permitirá minimizar los sobrecostes por una atención más segura, nos facilitará conocer las debilidades de la organización y establecer áreas de mejora, sensibilizar al personal sanitario, así como pasar de una cultura de culpabilización a una cultura de mejora y/o promoción de la cultura de seguridad, entre otras cosas.

La primera conferencia internacional sobre investigación en SP, se celebró en Porto (Portugal) en septiembre de 2007. Las conclusiones a las que llegaron fueron que era necesario:

1. Mejorar la calidad asistencial en la asistencia sanitaria.
2. Disponer de mayores recursos para investigación.
3. Ampliar el abanico formativo en SP.
4. Debía existir una mayor interacción entre los países desarrollados y no desarrollados.

De esta reunión surgieron nuevas iniciativas como la desarrollada por la **AMSP** en el año 2008¹²¹ en la cual se estableció qué áreas de investigación debían ser las principales tanto en países desarrollados como no desarrollados (**Tabla III**)

Tabla III. Áreas prioritarias para la investigación en seguridad del paciente.

PAÍSES DESARROLLADOS	PAÍSES EN DESARROLLO O CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN
1. Comunicación y coordinación.	1. Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas y asequibles.
2. Problemas institucionales latentes.	2. Análisis del coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos.
3. Cultura de la seguridad.	3. Medicamentos falsificados y de calidad inferior a la norma.
4. Análisis de coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos.	4. Formación y habilidad del personal sanitario.
5. Indicadores de seguridad del paciente.	5. Atención a la madre y al recién nacido.
6. Consideración de factores humanos en el diseño y el funcionamiento de procedimientos y dispositivos.	6. Infecciones asociadas a la atención sanitaria.
7. Tecnología de la información sanitaria/sistemas de información.	7. Magnitud y naturaleza de los problemas de la seguridad del paciente.
8. El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria.	8. Conocimientos apropiados y transferencia de conocimientos.
9. Eventos adversos relacionados con los medicamentos.	9. Prácticas inseguras en el manejo de las inyecciones.
10. Atención a las personas frágiles y de mayor edad.	10. Prácticas inseguras en el manejo de sangre y derivados.
11. Adhesión al tratamiento por parte del paciente.	11. Comunicación y coordinación.
12. Errores de diagnóstico.	12. Cultura de la seguridad.
13. Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas.	12. Problemas institucionales latentes.
14. Infecciones asociadas a la atención sanitaria.	14. Indicadores de seguridad del paciente.
	15. El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria.

Fuente¹²¹: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *La investigación en seguridad del paciente*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Así pues, el objetivo principal de la investigación en SP es la mejora de la atención sanitaria mediante la prevención de los EA. Este proceso se engloba dentro del denominado ciclo de investigación desarrollado por la **OMS**¹²² (**Figura 3**), que comprende las siguientes áreas:

1. Determinar la magnitud del daño, el número y tipos de EA que perjudican a los pacientes.

2. Comprender las causas fundamentales de los daños ocasionados a los pacientes.
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura.
4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.
5. Trasladarlo a la práctica.

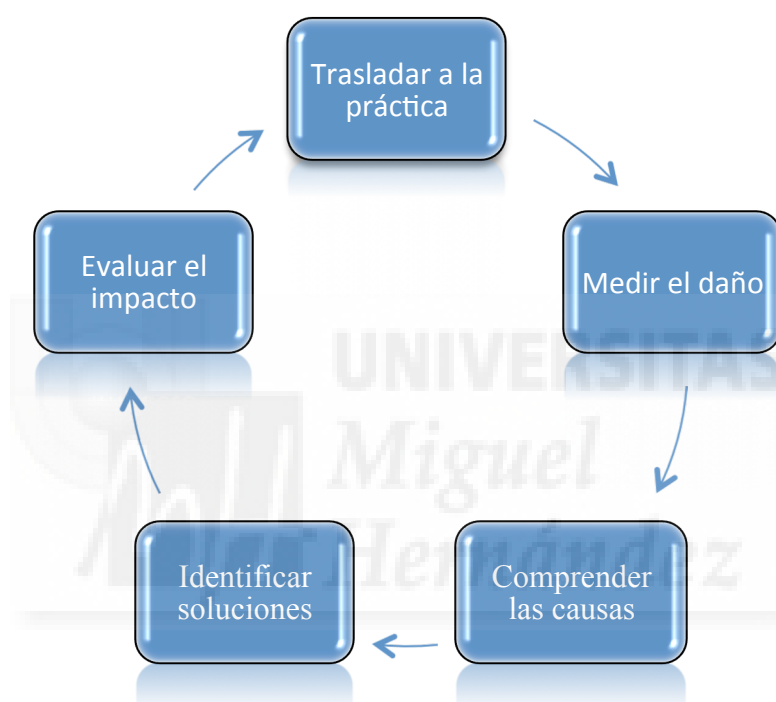


Figura 3. Ciclo de investigación en Seguridad del Paciente.

Fuente ¹²²: *The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. [internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en : <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>*

1.2. Riesgo asistencial

1.2.1. Definición

Entendemos por riesgo asistencial a cualquier situación no deseable o factor que pueda contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca un evento adverso que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes.

1.2.2. Factores de riesgo

Al igual que algunas industrias de riesgo como la industria aeronáutica y la nuclear¹²³, la asistencia sanitaria no es una excepción y comporta unos riesgos que se han de minimizar al máximo con el fin de prestar una atención más segura y de calidad. De hecho, hay trabajos que señalan que el riesgo de morir en un hospital por un error médico es 100.000 veces más alto que morir en un accidente de aviación o de tren y alrededor de 2 a 5 veces mayor que fallecer en accidente de tráfico¹²⁴.

Las causas que más frecuentemente producen errores en la asistencia sanitaria se describen en la **Tabla IV**.

Tabla IV. Causas de errores en la Atención Sanitaria.

Factores Humanos	Factores del Sistema
✓ Falta de formación y/o experiencia.	✓ Falta de Cultura de Seguridad en la organización.
✓ Falta de tiempo.	✓ Falta de entrenamiento de los profesionales.
✓ Problemas de salud, adicciones.	✓ Presión asistencial.
✓ Fatiga, estrés.	✓ Inadecuada tecnología.
✓ Escasa motivación.	✓ Sistemas de información deficientes.
✓ Personalidad.	✓ Factores ambientales y de diseño.
✓ Diversidad de pacientes y o lugares de atención.	✓ Tipo de procedimiento.
✓ Errores de los pacientes.	

Fuente¹²⁵: Reason JT. *Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. Quality and Safety in Health Care, 2004, 13 (suppl 2):28–33.*

El primer paso para dar solución a un problema es identificarlo. En este sentido, contamos con numerosas herramientas que permiten identificar los distintos tipos de incidentes que se producen en la asistencia sanitaria. Entre éstas, cabe destacar: la observación directa del paciente; realización de sesiones clínicas, rondas de seguridad y reuniones de evaluación pre y post intervención; utilizar sistemas de información específicos e indicadores de SP; realizar estudios epidemiológicos "ad hoc" y emplear sistemas de notificación e información proveniente del paciente (reclamaciones y sugerencias, encuestas, entrevista clínica o entrevistas "ad hoc")¹²⁶

Este riesgo está influenciado por una serie de factores¹²⁷ como son: el estado de salud previo del paciente, tipo de especialidad (médica vs quirúrgica), dificultades para la detección de los errores, falta de estandarización de los procesos que hace que las prácticas clínicas puedan ser muy variables, asistencia masificada, turnos largos de trabajo, tipos de procedimientos o la falta de recursos humanos y técnicos.

Se sabe que las actividades que desarrollan los Servicios quirúrgicos, las Unidades de Cuidados Intensivos o los Servicios de Urgencias son las que con mayor frecuencia pueden poner en riesgo la salud de nuestros pacientes. Es por eso que debemos concentrar todos nuestros esfuerzos en concienciar a los profesionales de que es necesario un cambio cultural en materia de seguridad para que entre todos hablemos sin temor de la existencia de fallos, tanto del sistema como los humanos, para así poder garantizar una asistencia más segura.

Como consecuencia del incremento de los EA, los pacientes se sienten cada vez más desprotegidos y con una mayor desconfianza y recelo a recibir una atención por parte de los profesionales sanitarios. Esto ha hecho que haya aumentado el número de reclamaciones y que se realice con mayor frecuencia una medicina más defensiva que, a su vez, hace que se genere un gasto sanitario mucho mayor y se exponga al paciente a riesgos innecesarios. El desenlace final es un deterioro en la relación médico-paciente.

Finalmente, todos estos hechos se manifiestan en lo que se conoce como **Paradoja de Barsky**¹²⁸ : *“A pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos”*.

1.2.3. Riesgo asistencial asociado a la Cirugía

Ya hemos mencionado que una de las especialidades con mayor riesgo de producir daño al paciente es el campo de la cirugía. Las cifras hablan por si solas:

- Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.

- El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
- La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%, en los países industrializados.
- Casi la mitad de los EA en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.

Los cirujanos somos conscientes de ello y, pese a disponer de protocolos para la prevención de infección del sitio quirúrgico y de herramientas como el **listado de verificación quirúrgica (Check List)**^{99-101,129}, los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, por lo que, lamentablemente, se siguen produciendo EA.

Según datos publicados por la **OMS**¹³⁰, el volumen de actividad quirúrgica en los próximos años irá en aumento. Se estima que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de Cirugía mayor definida ésta como todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido y que, generalmente, requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.

La mayor disponibilidad de medios en países desarrollados, hace que este tipo de cirugía solo sea posible cuando contamos con recursos humanos y técnicos. Se calcula que tan solo el 30 % de la población mundial tiene acceso a este tipo de procedimientos quedando en un segundo plano los países en vías de desarrollo.

Se estima que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos.

Cerca de siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, y cerca de un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

La morbilidad es también elevada ya que entre un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos presentarán complicaciones que van a requerir ingreso siendo la tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8%, ésta es aún mayor (5-10%) en países en vías de desarrollo.

Por todo lo anteriormente expuesto, las áreas de mejora que se han propuesto en este contexto son: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y la medición de los servicios quirúrgicos.

En definitiva, hay que diseñar estrategias que permitan reducir al máximo los riesgos asistenciales. A continuación se muestra en la **Tabla V** los aspectos más relevantes para la reducción de los mismos.

Tabla V. Aspectos clave para la reducción de los riesgos asistenciales.

ASPECTOS CLAVE PARA LA REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS ASISTENCIALES
<ul style="list-style-type: none">• <i>Mejora del conocimiento:</i><ul style="list-style-type: none">✓ Sistemas de notificación de errores y sucesos adversos.✓ Estudios epidemiológicos.✓ Divulgación de buenas prácticas.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Condiciones de trabajo:</i><ul style="list-style-type: none">✓ Organización del trabajo.✓ Definición de funciones.✓ Jornadas adecuadas de trabajo.✓ Supervisión de tareas.✓ Programas de mantenimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Entrenamiento (conocimiento, actitudes y habilidades):</i><ul style="list-style-type: none">✓ Formación inicial y continuada.✓ Práctica clínica fundamentada en la evidencia.✓ Guías clínicas y protocolos.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Cambio cultural orientado hacia:</i><ul style="list-style-type: none">✓ Evaluación y rendimiento de cuentas.✓ Calidad y seguridad.✓ Comunicación.✓ Implicación de los pacientes en la toma de decisiones.

Fuente⁸⁷: Aibar C, Aranz JM. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. *An. sis. sanit. Navar.* 2003;26(2):195-209.

1.2.4. Herramientas de evaluación

Para la evaluación de los riesgos, se emplean diversas herramientas: el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), el Análisis Causa- Raíz (ACR), la matriz de riesgos y el análisis de barreras entre otros.

El **AMFE** se ha ido extendiendo a la aeronáutica, energía nuclear y al resto de las industrias y empresas de servicios. Se trata de una técnica estructurada de análisis proactivo (antes de que suceda un EA) que identifica los posibles fallos de cada actividad de un proceso, evalúa los efectos que pueden ejercer los fallos sobre el cliente-paciente, identifica posibles causas y determina las medidas de control para la prevención¹²⁷.

El **ACR**^{131,132} es una técnica de análisis reactivo que sirve para analizar de forma sistemática las causas subyacentes que han ocasionado un EA. Su objetivo es aprender de los EA para que no vuelvan a repetirse. Se utiliza cuando ya se ha identificado una situación de partida para el análisis, esto es, un incidente. Se trata, por lo tanto, de una herramienta de prevención secundaria en la que, con una serie de preguntas estructuradas, se intenta descubrir errores raíces que originan el EA. Es una herramienta que, involucrando a profesionales y pacientes, mejora la CS⁴.

1.3. Eventos adversos

1.3.1. Definición

Existen varias definiciones aceptadas para definir que es un EA. **Cohen**¹³³ lo define como una lesión o complicación que resulta en incapacidad, muerte, prolongación de la estancia hospitalaria o que precisa de cuidados sanitarios adicionales, que es causada por la asistencia sanitaria más que por la enfermedad del paciente, que puede ocurrir durante la estancia hospitalaria o en una visita previa y que fue responsable, al menos en parte, del ingreso hospitalario.

Aranaz³ lo considera como todo accidente o incidente recogido en la historia clínica que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.

Otra definición se refiere al EA como el daño, no intencionado, provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí.

La **OMS** lo define como el incidente que causa daño al paciente.⁵⁶ Presenta además un amplio espectro de hechos como son los sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, negligencias y litigios⁵⁶. A continuación, definimos cada uno de ellos:

- ✓ **Suceso adverso:** Evento o acontecimiento relacionado con la atención recibida por un paciente que tienen, o pueden tener, consecuencias negativas para el mismo.
- ✓ **Error:** Hecho de no llevar a cabo una acción planeada o de aplicar un plan incorrecto.
- ✓ **Casi error (*near miss*):** Situación en la cual la intervención asistencial se ejecuta con error, acción u omisión pero que, por el azar, por una barrera de seguridad o una intervención oportuna, no produjo daño a un paciente.
- ✓ **Accidente:** Evento que sucede de forma imprevista y que produce algún tipo de consecuencia impidiendo los resultados deseados.
- ✓ **Incidente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- ✓ **Negligencia:** Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.
- ✓ **Litigio:** Disputa tramitada ante juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma.

1.3.2. Magnitud del problema

Ya hemos comentado la importancia de informes como: *To err is human: building a safer health system*²¹, *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*², *Making Health Care Safer II : An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*⁵ o *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the National Health Service*³⁴, para poner de manifiesto la gravedad de los errores ligados a la asistencia sanitaria, si bien autores como **Schimmel**⁶⁰ ya publicaban en el año 1964 que el 20% de los

pacientes que ingresaban en los hospitales sufría alguna iatrogenia y que una de cada cinco eran graves¹.

Los factores que más se han relacionado con los EA son la medicación^{134,135}, las infecciones^{136,137}, los procedimientos^{138,139}, la comunicación^{140,141} y los cuidados^{142,143}. Por lo que se refiere a los errores debidos a medicación, éstos ocasionan entre un 4,7% y un 5% de los ingresos hospitalarios generando unos costes adicionales de 1799 millones de euros¹⁴. La prevalencia de las IAAS varía entre un 5,7% a 19,1%, con una prevalencia global de 10,1% y con unos costes adicionales estimados en 953 millones de euros¹⁴. En Europa, la prevalencia se sitúa entre el 3,5% y el 14,8% lo que supone que unas 4 millones de personas al año se ven afectadas durante su ingreso hospitalario, ocasionando unas 37.000 muertes, 16 millones de días extra de estancias y aproximadamente 7 billones de euros en costes directos.

Zimlichman¹⁴⁴ publicó en 2013 un metaanálisis sobre los costes y el impacto financiero de las IAAS en el sistema sanitario de EEUU. Se estimó que, aproximadamente, se producían unas 440.000 IAAS con un coste anual de 9,8 billones de dólares (IC 95% = 8,3-11,5 billones de dólares), siendo las ISQ las que más contribuían a estos costes (33,7 % del total) seguidas de las Neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVVM) (31,7%), las Bacteriemias asociadas a catéter central (BACC) (18,9%), la Infección por Clostridium difficile (CDI) (15,4%) y las infecciones del tracto urinario asociada a catéter vesical (ITUAC) (<1%). La IAAS que más prolongó la estancia hospitalaria fue la ISQ durante 11,2 días.

En España, según datos del **Estudio EPINE-EPPS**¹⁴⁵ (*Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España - European Point Prevalence Survey*) del 2016, el porcentaje de pacientes con IAAS fue del 6,84% y la prevalencia de IAAS del 7,56%.

El otro gran caballo de batalla son los EA debidos a procedimientos, en especial a los quirúrgicos. Se ha estimado que el 25% de los pacientes intervenidos presentarán complicaciones postquirúrgicas (siendo entre el 3% y el 16% complicaciones mayores) y que, entre el 3% y el 22%, van a producir una incapacidad, con tasas de mortalidad entre un 0,4% y 0,8%. Todo ello se estima que produce unos costes adicionales de 702 millones de euros¹⁴.

El problema, como vemos, es de una importancia mayúscula. Una revisión sistemática del año 2008⁷ revela que la incidencia media de EA asociados a la hospitalización era del 9,2% de los cuales el 43,5% podrían haberse prevenido. Otros estudios como el **Proyecto IDEA**³ estima una incidencia entre el 4% y el 17% siendo prevenibles hasta un 50% de los mismos.

En la revisión que realiza **Umanzor Poblete**⁴ podemos encontrar las diferencias que hay entre servicios médicos y quirúrgicos en cuanto a la prevención de los EA (**Tabla VI**)

Tabla VI. Evitabilidad de EA en Servicios médicos y quirúrgicos.

	% Evitabilidad EA en pacientes médicos	% Evitabilidad EA en pacientes quirúrgicos
Estudio ENEAS. ^{68,69}	44,1	41,3
Aranaz et al. ¹⁴⁶	16,7	42,1
Brennan et al. ⁶²	30,9	28,0
Foster et al. ¹⁴⁷	48,5	25,0
Gaitán et al. ¹⁴⁸	58,0	58,0
Michel et al. ⁶⁷	43,3	32,0
Williams et al. ¹⁴⁹	70,0	27,7
Zegers et al. ¹⁵⁰	40,3	39,5

Fuente⁴ : Umanzor Poblete M. Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos Rev Calid Asist. 2011;26(6):359-366.

Las cifras en la **UE** son parecidas a las ya mencionadas, con una frecuencia de EA en los pacientes ingresados oscila entre el 8% y el 12%, produciéndose 1 muerte por cada 100.000 habitantes, lo que supone alrededor de 5.000 muertes al año. Estas cifras podrían estar infraestimadas porque se basan en datos registrados por los profesionales y porque no se incluyen los EA tras el alta¹⁵¹.

Las consecuencias de los EA, en ocasiones, son devastadoras ya que se ha visto que pueden producir una incapacidad para el paciente que varía entre un 2,6 % a un

13,7% y la muerte entre un 4,9 y un 13,6% de los casos. Estos resultados van a producir una serie de repercusiones negativas.

- ✓ En primer lugar, la repercusión sobre el propio paciente y sus familiares que, en ocasiones, puede derivar en una demanda judicial. Además, puede acompañarse de la pérdida de confianza por parte del usuario en los profesionales sanitarios y las instituciones tal y como muestran los resultados de la encuesta del Eurobarómetro publicada en abril de 2010 bajo el título de **“Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare”**.
- ✓ Otra de las cuestiones relevantes es el aumento considerable de los sobrecostes¹⁴⁻¹⁶ (3.443 millones de euros según el estudio de **Antoñanzas**¹⁴ y 1.308.791.871 euros según el estudio de **Allué**¹⁶) que se producen como consecuencia del incremento de las estancias hospitalarias (media de 6,7-8,4 días) así como del uso de nuevas pruebas diagnósticas, entre otros.
- ✓ También se ven afectados los profesionales (**segunda víctima**) e instituciones (**tercera víctima**) En los años 90, **Whu**⁸ definió el término de segunda víctima para referirse al profesional que se ve involucrado en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia. Más recientemente se ha extendido esta definición para referirse a los profesionales sanitarios que no se ven a sí mismos capaces de afrontar emocionalmente las consecuencias de verse involucrado en un EA con consecuencias más graves para un paciente o un conjunto de pacientes. El término de tercera víctima se refiere a la pérdida de prestigio y reputación de esa institución como consecuencia de los EA.
- ✓ Por último, podemos extrapolar los datos existentes y comparar EA con otros problemas de salud de la sociedad como son los accidentes de tráfico (en la Comunidad Valenciana alrededor de 460 personas mueren cada año por este motivo). Según lo publicado en la literatura, el porcentaje de fallecimientos por EA es de aproximadamente un 1,6%. Así pues, teniendo en cuenta que el número de ingresos anuales en la Comunidad Valenciana es de 450.000, el número de muertes relacionadas con EA sería teóricamente de 7.200¹⁵².

1.3.3. Estudios Epidemiológicos

El punto de partida para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial han sido los estudios sobre la epidemiología de los EA. Los primeros estudios datan de los años 60 y no es hasta la década de los 90 cuando se comenzó a disponer de evidencia científica. A continuación, se muestra un resumen de los estudios epidemiológicos más importantes tanto en el ámbito nacional (**Tabla VII**) como en el ámbito internacional (**Tabla VIII**)

Tabla VII. Estudios Epidemiológicos Nacionales.

	ENEAS ^{68,69} 2006	APEAS ⁷⁶ 2008	SYREC ⁷⁷ 2009	EVADUR ⁷⁸ 2009	EARCAS ⁷⁹ 2011
TIPO DE ESTUDIO	Cohortes Históricas	Prevalencia	Cohortes Prospectivo	Prospectivo	Cualitativo
ÁMBITO	- Hospitales n= 24, - Pacientes n=5.624	- Centros de Atención Primaria n= 48, - Consultas n= 96.047	- Unidad de Cuidados Intensivos n=79	- Servicios de Urgencias n=21	- Hospitales de media y larga estancia n=124 - Residencias n=5091
EA TOTAL (% pacientes)	9,3%	10,11 ‰	33,1%	7,2 %	No determinable
FACTORES ASOCIADOS	- Medicación (37,4%), - IAAS (25,3%) - Procedimientos (25%).	- Medicación (47,8%) - Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) - Procedimientos (10,6%).	Cuidados (26%) IAAS (24%) Medicación (12%)	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) Procedimientos (11,7%).	Cuidados Medicamentos IAAS
EA PREVENIBLES	50 %	70 %	60 %	70 %	No determinable

ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización. **APEAS:** Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria. **EARCAS:** Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio-sanitarios. **SYREC:** Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico. **EVADUR:** Eventos Adversos en Urgencias. **EA:** Evento adverso. **IAAS:** Infecciones asociadas con atención sanitaria.

Tabla VIII. Estudios Epidemiológicos Internacionales.

	AUTOR Y AÑO	Nº HOSPITALES	Nº PACIENTES	INCIDENCIA EA	% EA EVITABLES
EE.UU ^{61,62,63} Estudio Harvard	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU ⁶⁴ Estudio UTCOS	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4-32,6
Australia ⁶⁵ Estudio QAHCS	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
Nueva Zelanda ⁶⁶	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
Francia ⁶⁷	Michel 2005	71	8.754	5,1	-
España ^{68,69}	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6
Canadá ⁷⁰	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
Dinamarca ⁷¹	Schioler 2002	17	1.097	9	40,4
Reino Unido ⁷²	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48
Irlanda ⁷³	Rafter 2009	8	1574	12,2	70
Portugal ⁷⁴	Sousa 2009	3	1669	11,1	53,2
Italia ⁷⁵	Tartaglia 2008	5	7573	5,5	56,7

Dado que no es objeto del presente trabajo, a continuación, solo se realizará una breve mención al estudio de referencia en nuestro país : **(ENEAS)**^{68,69} dirigido por **Aranaz** y al estudio de referencia en esta materia : **Estudio Harvard** dirigido por **Brennan**^{62,63}.

- **Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS**

Hablamos del quinto estudio en cuanto a importancia en el mundo y el tercero de su género que se realiza en Europa. Se trata de un estudio retrospectivo de una cohorte de 5.624 pacientes ingresados en 24 hospitales públicos españoles, durante más de 24 horas.

La incidencia real de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos aquellos con origen en la Atención Primaria, Consultas externas y ocasionados en otro hospital) es del 8,4% (473/5.624), (IC95%: 7,7% - 9,1%). La mayoría de ellos está relacionado con la medicación (37,4%), seguido

de las infecciones nosocomiales (25,3%) y problemas técnicos durante un procedimiento (25%). El 45% (n=295) se considera leves, el 38,9% (n=255) moderados y el 16% (n=105) graves. El 42,8% de los EA se considera evitables.

- **Harvard Medical Practice Study**

Se trata del estudio de referencia para determinar la importancia de los EA en los hospitales. Estimó la incidencia de daños iatrogénicos en hospitales de Nueva York en 1984 e identificó como EA más frecuente el ligado al uso de medicamentos (19%), seguido de la infección de herida quirúrgica (14%) y de complicaciones técnicas (13%). El 48% de los EA se asoció a intervención quirúrgica.

1.4. Cultura de Seguridad del paciente

1.4.1. Concepto. Cultura de seguridad versus clima de seguridad

El término **Cultura de seguridad** fue introducido por la **IAEA (International Atomic Energy Agency)** tras el accidente nuclear de Chernóbil en el año 1986. La CS es un concepto complejo que, a día de hoy, acepta más de una definición. La **European Society for Quality in Healthcare**¹⁵³ la define como el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria.

Por su parte, la **AMSP**¹⁵⁴ se refiere a la CSP como el resultado de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización. La CSP representa los aspectos más estables y duraderos de una organización, definen como es y explica porqué ocurren las cosas. El clima de seguridad define lo que sucede en un momento dado y es el componente medible de esa CS^{55,155}.

1.4.2. Cultura de seguridad en otros sectores

Tradicionalmente, la CS ha sido una prioridad para las organizaciones de alta fiabilidad como el sector nuclear, aeronáutico o petroquímico, entre otros¹⁵⁶. La falta de percepción en el mundo sanitario sobre el hecho de que nos movemos en un sector de alto riesgo, ha hecho que la implementación de esta CS en nuestro ámbito no se

haya producido hasta hace poco. Todavía hoy, cuesta implementar la CS a pesar de sus reconocidos beneficios^{23-32,37,42-44,88}. Gracias a estas organizaciones, hemos aprendido y exportado sus conocimientos para aplicarlos en nuestro medio.

1.4.3. Cultura organizacional

Cada organización posee una cultura que es lo que la diferencia de las demás y ésta se define como el conjunto de normas y valores de aquellos que la integran. **Schein** la define como *“el patrón de supuestos básicos que un determinado grupo ha inventado, descubierto o desarrollado en el proceso de aprender a resolver sus problemas de adaptación externa y de integración interna y que funcionaron suficientemente bien a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas”*.

Una organización con una CS positiva se caracteriza por tener:

- Entorno no punitivo ante la notificación de EA.
- Cooperación cordial entre Unidades/Servicios.
- Comunicación basada en la confianza mutua.
- Es capaz de promover la formación en SP entre los profesionales.
- Creencia en las medidas preventivas.
- Impulso por parte de la Dirección/Gerencia de actividades relacionadas con la SP.
- Liderazgo de los Jefes de Servicio/Supervisores en SP.
- Capaz de reconocer trabajamos en un sector de riesgo con consecuencias tanto para el usuario como para el profesional.

Estas serían las condiciones ideales para la promoción de medidas que evitasen los EA. Por desgracia, nos encontramos muchas veces con dificultades de origen multifactorial que hacen que estas condiciones no se lleven a cabo.

Para mejorar la CS se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomentar la formación en cuidados efectivos, entrenar a los

equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas.

Guldenmund¹⁵⁷ propone tres tipos de aproximación dentro de la CS de una organización: la académica, la analítica y la pragmática.

- La primera de ellas refleja la historia de la organización y ésta es un elemento que influye en el presente de la cultura organizativa. Tiene como objetivo describir y entender la CS.
- La aproximación analítica, considera la cultura como inherente a la organización. Ésta se define como un constructo multidimensional que se mide para obtener información relativa a los diferentes ítems y dimensiones. De algún modo, lo que pretende es transformar la cultura organizativa. Uno de los instrumentos más utilizados para analizar la cultura bajo este enfoque son los cuestionarios como método cuantitativo.
- Por último, el enfoque pragmático se centra en el desempeño de la organización. Se piensa que aquellas que posean un buen rendimiento, tendrán una buena CS. Dicha cultura organizativa, es interpretada como un estadio de madurez en el que el objetivo es avanzar hacia el siguiente estadio. Este tipo de enfoque es el que se asume cuando se pretende hacer algún cambio o desarrollo organizativo.

A continuación, se muestra el modelo propuesto por **Morello**¹⁵⁵ sobre las distintas fases de la CS (**Figura 4**)

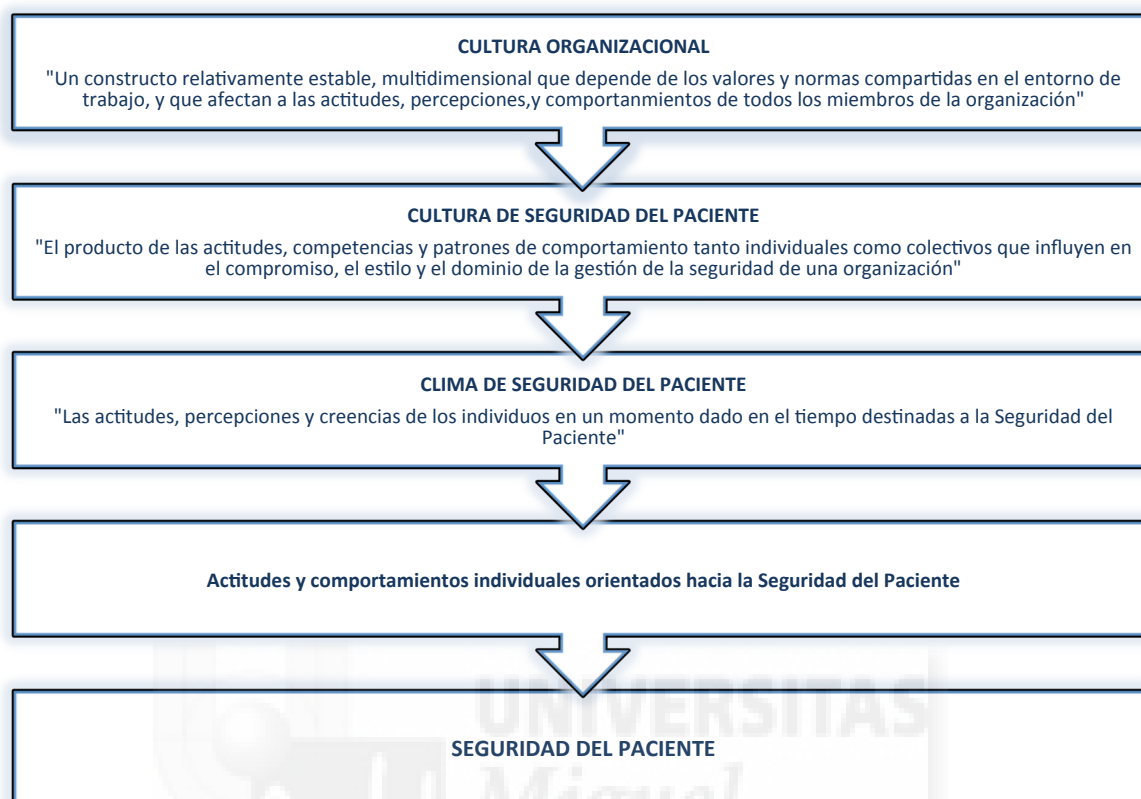


Figura 4. Modelo de Cultura de Seguridad propuesto por Morello.

Fuente¹⁵⁵ Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. *Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):11-8.

Finalmente, la **IAEA** recomienda la aplicación combinada (*'triangulated approach'*) de cuatro técnicas para asegurar la adecuada comprensión de la CS de una organización: las entrevistas, los cuestionarios, las observaciones, y la revisión documental¹⁵⁸.

1.4.4. Teorías de la Cultura de seguridad

Desarrolladas por **Halligan**¹⁵⁹ en 2011, consta de cinco teorías que explican la Cultura de seguridad:

- **Modelo de madurez cultural**

Este modelo define las distintas etapas por las que atraviesa el estado de la CS, desde su nivel menos maduro (patológico) al más maduro (generador) (**Figura 5**)

Gracias a él, podemos diagnosticar el estado de nuestra organización y ello nos va a permitir adoptar las medias correctoras necesarias para pasar al siguiente nivel.

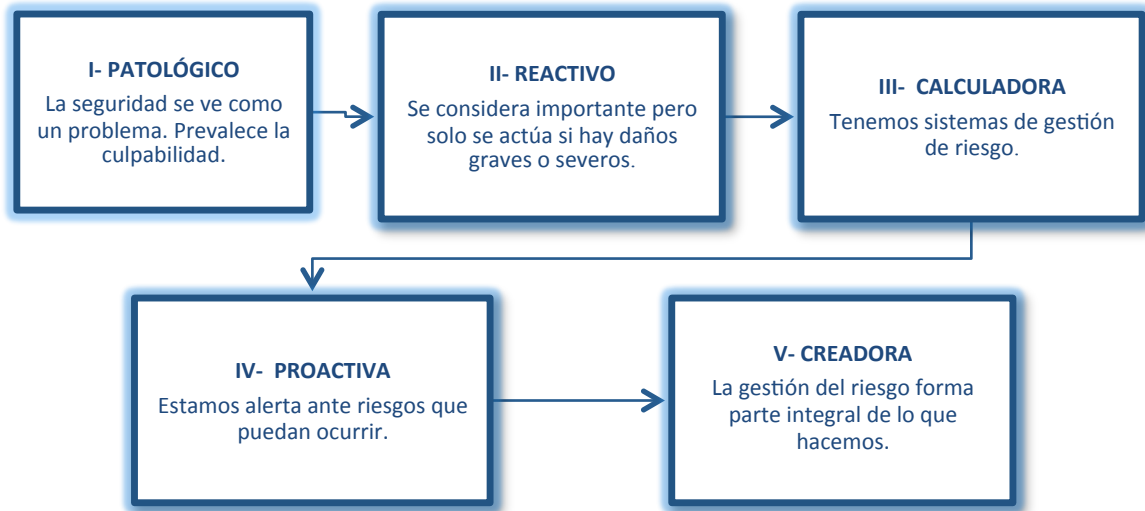


Figura 5. Niveles de Madurez Cultural.

Fuente¹⁶⁰: Parker DM, Hudson P. A Framework for Understanding the development of organizational safety culture. *Safety Science*, 2006.44(6):551-62.

- **Modelo de Donabedian**

Aquí se describen las organizaciones sanitarias en términos de estructura, proceso y resultado. El primero de ellos, hace referencia a las condiciones en las que se administran los cuidados, desde recursos humanos hasta materiales. Cuando explica el proceso, describe el tipo de actividades que hay que desarrollar para que se puedan aplicar los cuidados dentro de la organización. Por último, el resultado muestra los cambios que se han producido en relación a los cuidados suministrados.

- **Teoría de la alta Confiabilidad en la Organización**

Define los sistemas de atención y de gestión como complejos y que los riesgos derivados de los mismos se pueden prevenir mediante la correcta organización de los recursos de esa organización.

- **Teoría Organizacional**

Entiende la cultura corporativa con una serie de rasgos que la definen como son el ambiente de trabajo, lenguaje cotidiano, el entendimiento común y las actitudes de los empleados hacia la organización.

- **Teoría de Sistemas**

Las vías para alcanzar los éxitos en materia de SP pueden lograrse desde organizaciones con distintas propiedades culturales.

1.4.5. Evaluación de la Cultura de seguridad: Instrumentos de medición

El cuestionario ha demostrado ser un método eficaz para obtener información sobre las percepciones y creencias generales de los miembros de una organización¹⁵⁵. Dicha información puede ser utilizada para comprender cómo las personas perciben los aspectos de la cultura de su organización.

Los ocho instrumentos más frecuentemente utilizados para evaluar la CSP son:

- Los tres recomendados por la **EUNetPaS** para uso en la UE:
 - **Hospital Survey on Patient Safety Culture de la AHRQ (HSOPS)** de los EEUU,
 - **Manchester Patient Safety Assessment Framework** de la Universidad de Manchester en el Reino Unido (**MaPSaF**) y
 - **Safety Attitudes Questionnaire** de las Universidades de Texas y Johns Hopkins de los EEUU.
- Los otros cinco cuestionarios son:
 - **Safety Climate Survey (SCS)**,
 - **Culture of Safety Survey (CSS)**,
 - **Patient Safety Culture in Healthcare Organizations (PSCHO)**,
 - **Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ)**,
 - **Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS)**

Las revisiones que más han trascendido para la evaluación de las herramientas de medición de la CS han sido: **Halligan 2011, Flin 2006 y Colla 2005**.

El estudio de **Halligan**¹⁵⁹ incluía 139 estudios y la mayoría utiliza cuestionarios cuantitativos para medir la CSP que estructura en dimensiones tras el análisis de las cargas factoriales. Las más frecuentes son: trabajo en equipo, importancia de la seguridad, compromiso de la dirección con la seguridad, comunicación franca,

aprendizaje organizacional, enfoque no punitivo hacia la notificación y el análisis de EA.

Flin¹⁶¹, por su parte, revisa el resultado de 12 estudios relacionados con el clima y la CSP. En ellos identifica tres dimensiones como las más relevantes para la seguridad dentro de las instituciones sanitarias: la responsabilidad de los gestores, los sistemas de seguridad y la carga de trabajo. Además llama la atención sobre las limitaciones referentes a las propiedades métricas de algunos estudios

Colla⁵⁵ analiza nueve cuestionarios para medir CSP en las organizaciones sanitarias, cada uno de ellos con distintas dimensiones y características psicométricas. Las dimensiones que miden siete de los nueve cuestionarios son: liderazgo, política y procedimientos, personal, comunicación y notificación de incidentes.

Las revisiones¹⁶² coinciden en que los mejores cuestionarios para medir la CSP son el **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)**¹⁶³ y el **Safety Attitudes Questionary (SAQ)**¹⁶⁴

Existe además un catálogo de treinta instrumentos de CSP desarrollado por la **European Network for Patient Safety (EUNetPaS)** en el año 2010 que, en base a una serie de características, definen los instrumentos de medición¹⁶⁵.

Desarrollaremos solo los cuestionarios mejor valorados : **HSOPS** y **SAQ**, junto con el tercero recomendado por la **EUNetPaS**, el **MaPSaF**.

- **Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)**

Desarrollado en el año 2004 por la **AHRQ** de los EE.UU. El instrumento forma parte de un kit que incluye formulario de encuesta, guía del usuario, plantilla de presentación de resultados y una base de datos con el objetivo de facilitar su uso de manera que se puedan comparar los resultados entre diferentes organizaciones y países. Se complementa con otros tres cuestionarios cuyos ámbitos de aplicación son: Residencias de ancianos (**Nursing Home Survey on Patient Safety Culture**), Atención Primaria (**Medical Office Survey on Patient Safety Culture**) y Oficinas de farmacia (**Pharmacy Survey on Patient Safety Culture**)

Como aspectos a resaltar, destacamos que además de evaluar la CSP, permite poder identificar los cambios que se producen a través del tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones sobre SP, asignar la CSP en diversos niveles (organizacional,

unidad o individual) y mejorar el grado de conciencia del personal sobre la seguridad del paciente. Consta de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones (**Ver TABLA IX**)

Su exhaustivo desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación, ha hecho que el ámbito de aplicación haya sido extenso tanto en hospitales americanos como en numerosos países europeos mediante las correspondientes adaptaciones. Todas las dimensiones, excepto la relacionada con el personal, parecen tener una buena fiabilidad^{166,167}.

En España, la **Agencia de Calidad del MSSSI** financió en el año 2008 la aplicación del HSOPS en el ámbito hospitalario mediante la traducción, adaptación y validación del cuestionario de la **AHRQ** que fue realizada por el grupo de **Saturno** de la **Universidad de Murcia**¹⁶⁸. El estudio permite conocer el estado actual sobre la CSP en España, identificar áreas de mejora/debilidades para poder así aplicar medidas de mejora y observar la evolución de las mismas a lo largo del tiempo. Este es el punto de partida para la difusión de los primeros estudios sobre CSP en nuestro país en diversos ámbitos: Unidad de Cuidados Intensivos¹⁶⁹, Atención Primaria¹⁷⁰, Áreas sanitarias¹⁷¹, Urgencias¹⁷², directivos y gestores del ámbito sanitario¹⁶⁵.

Posteriormente, en el año 2010 el **MSSSI** colaboró junto con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (**SEMFYC**) en la traducción, adaptación y validación del **Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)** en el ámbito de la Atención Primaria¹⁷⁰ con el objetivo de facilitar a los Centros de Salud una herramienta que les permitiera medir la CSP además de facilitar el trabajo en equipo, la discusión abierta sobre los errores y crear un clima de aprendizaje y mejora continuos. Ambos cuestionarios (**HSOPS y MOSPS**) permiten su evaluación, monitorización y la comparación tanto interna como externa.

- **Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)**

Es uno de los cuestionarios con más difusión y de mayor uso debido a que tiene unas buenas propiedades psicométricas y presenta una buena correlación con los resultados^{162,164}. Se trata de un cuestionario elaborado en la Universidad de Texas / Universidad Johns Hopkins en el año 2003 que se creó a partir de una adaptación de un cuestionario utilizado en la aviación. A diferencia del HSOPS, contiene menos dimensiones (6) y posee un mayor número de ítems (60), aunque es variable según la

versión que se use en función de la actividad clínica (Farmacia, Quirófano, parto y nacimiento, Unidad de Cuidados Intensivos y Atención ambulatoria) En nuestro país hay una adaptación de dicho cuestionario en el ámbito de la UCI ¹⁶⁹.

Las dimensiones que mide son trabajo en equipo/relaciones entre los compañeros de trabajo, clima de seguridad, reconocimiento del nivel de estrés, satisfacción en el trabajo, organización y valoración del servicio y del hospital, condiciones de trabajo¹⁷³.

- **Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)**

Se trata de un cuestionario desarrollado por la **Universidad de Manchester** en el año 2007 y, a diferencia de los anteriores, su uso no ha sido muy extendido (salvo en el Reino Unido). Esto se debe a que no se ha realizado una validación de los resultados en otros países a excepción de algún estudio americano. En nuestro país, tiene utilidad dentro del contexto de la Atención Primaria por las similitudes con el **NHS** británico. Otra diferencia que encontramos es que la evaluación es de tipo cualitativo, se realiza mediante talleres moderados por un facilitador en los que, en primer lugar, se realiza una valoración individual y, posteriormente, se discute en grupo hasta alcanzar un consenso posteriormente grupal. De este modo se consigue así la identificación de áreas de mejora en los distintos grupos mediante la presencia o no de fortalezas y debilidades además de determinar cuál es la percepción dentro del mismo.

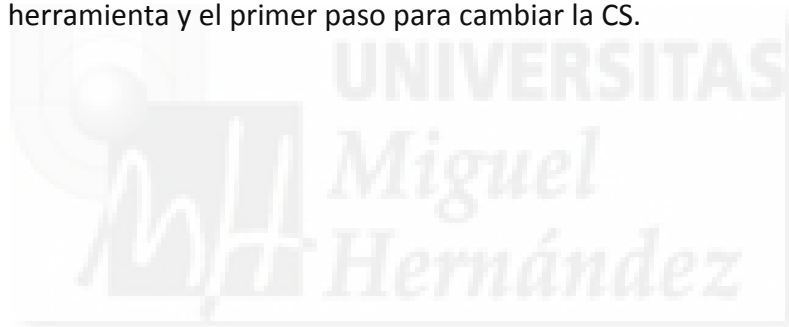
Consta de 10 dimensiones y dentro de estas se evalúa el grado de madurez de la organización siguiendo la **Teoría de Westrum**¹⁷⁴. Las dimensiones que miden son la mejora continua, prioridad de la SP, errores del sistema y la responsabilidad individual, notificación de incidentes, evaluación de incidentes, aprendizaje para lograr un cambio, comunicación, gestión de personal, formación del personal, trabajo en equipo.

1.4.6. Beneficios de la Cultura de seguridad

Se ha demostrado que aquellas organizaciones con una CS positiva, mejoran la implementación de prácticas seguras y sus resultados clínicos. Los potenciales beneficios que ha demostrado una CS positiva son^{43,44,88,89} :

- Reducción de la ocurrencia y severidad de los EA gracias al aprendizaje.
- Reducción de los costes sociales y económicos.
- Personal con mayor concienciación de los problemas y menor estrés.
- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Favorece un mayor compromiso con la SP.
- Promoción de acciones de mejora en SP una vez identificadas las debilidades.
- Mayor clima de transparencia y confianza.

Para concluir, la medición de la CS nos va a dar una perspectiva sobre la implicación que los profesionales puedan tener sobre la implementación de prácticas seguras así como el grado de percepción sobre la SP en nuestro medio. Ello nos permitirá diseñar estrategias orientadas a construir unas organizaciones con mayor implicación en la seguridad de nuestros pacientes. La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la CS.





2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Entendemos por Cultura de seguridad el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad. Una de las estrategias recomendadas que se ha mostrado útil para disminuir la aparición de los eventos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar que se vuelvan a repetir consiste en tener una buena CSP.

Diversos organismos internacionales y nacionales como el **National Quality Forum (NQF)**, la **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMPS)** de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, **Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)** y la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud**, entre otros, recogen como una prioridad el establecimiento de una adecuada Cultura de seguridad para garantizar una calidad asistencial correcta.

Disponemos de una serie de instrumentos que nos permiten evaluar la CS. En ocasiones, la cumplimentación de los mismos puede resultar compleja y tediosa tanto por la estructura de algunas de sus preguntas como por la extensión del cuestionario.



3. HIPÓTESIS y OBJETIVOS

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

1. La aplicación de un cuestionario sobre Cultura de seguridad más sencillo, ágil y breve que los existentes produce un aumento de la respuesta que facilita los estudios sobre seguridad de los pacientes.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo Principal

1. Crear y validar un cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente.

3.2.2 Objetivos secundarios

1. Determinar la percepción que tienen los profesionales sanitarios y no sanitarios en un Hospital Universitario sobre las actividades que se desarrollan en relación a la seguridad del paciente.

2. Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.

3. Evaluar los resultados sobre la Cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del cuestionario AHRQ validado al castellano y uno de elaboración propia.

4. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras en las mismas.

5. Favorecer la utilización rutinaria del cuestionario de elaboración propia para mejorar el clima de seguridad.



4. MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño.

Estudio transversal y descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de CS en los profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital universitario utilizando como instrumento de medición la *encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano* y una nueva escala sintética de elaboración propia que hemos denominado **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**.

4.2. Instrumentos de evaluación utilizados para medir Cultura de Seguridad.

4.2.1. Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ (Anexo 10.2)

Se trata de un cuestionario de tipo auto-administrado que incluye 42 ítems relativos a la CSP agrupados en doce dimensiones; una pregunta sobre la calificación global del grado de seguridad percibido; otra sobre la notificación de EA en el último año así como preguntas sobre características socio-laborales de los profesionales. Los 42 ítems relativos a las percepciones de los profesionales sobre la seguridad tienen cinco opciones de respuesta construidas según una escala tipo **Likert** de 5 puntos [de muy en desacuerdo (1) a muy de acuerdo (5) ó de nunca (1) a siempre (5)]

Las preguntas 43 a 51 de la versión adaptada al castellano, no formaron parte del cuestionario original y fueron añadidas por el grupo de **Saturno** al constituir indicadores sobre seguridad del paciente según las recomendaciones del **National Quality Forum (NQF)**^{43,44} Estas preguntas sí fueron incluidas en el análisis del presente estudio.

La versión en castellano presenta una serie de diferencias con respecto al cuestionario original como son: su adaptación lingüística y la calificación del grado de seguridad del cuestionario original que sigue el esquema utilizado en el medio escolar y académico de EE.UU (Grados A, B, C, D y E), y que se ha sustituido por la calificación de 0 a 10 ya que es la utilizada en nuestro medio.

Por último, **Saturno** realizó una reorganización de la secuencia de preguntas para facilitar estudios comparativos ulteriores.

4.2.1.1. Ítems y dimensiones de la Cultura de seguridad que se calculan.

En la **Tabla IX** se muestran las dimensiones sobre CSP así como los aspectos que exploran dichos ítems. La estructura e ítems en cada uno de los apartados se muestran en el **Anexo 10.2. Estructura y contenido de la versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ.**

Tabla IX. Dimensiones de la Cultura de seguridad y aspectos que exploran los ítems.

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.	4 preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal, para trabajar en situación normal y de sobredemanda.
2. Expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión/Servicios para favorecer la seguridad.	4 preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente.
3. Aprendizaje organizacional/Mejora continua.	3 preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.
4. Apoyo de la Gerencia del hospital a la seguridad del paciente.	3 preguntas. Interés de la Dirección para crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.
5. Percepción de seguridad.	4 preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y efectividad de los procedimientos.
6. Franqueza en la comunicación.	3 preguntas. Informe de la Dirección sobre los errores ocurridos , cambios efectuados y forma de prevenirlos.
7. <i>Feed back</i> y comunicación sobre los errores.	3 preguntas. Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien.
8. Frecuencia de eventos notificados.	3 preguntas. Reporte de errores con o sin potencial para dañar al paciente.
9. Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios.	4 preguntas. Cooperación y agrado para trabajar, y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado de los pacientes.
10. Dotación de Personal.	4 preguntas. Disponibilidad de personal y forma de como se organiza para cuidar a los pacientes.
11. Problemas en cambio de turnos y transición entre Servicios/Unidades.	4 preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o trasferencia de pacientes entre Servicios o Unidades.
12. Respuesta no punitiva a los errores.	3 preguntas. Utilización negativa sobre de la información sobre errores y temor a represalias laborales.

4.2.1.2. Validación y fiabilidad de la escala sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*.

Se efectuó de nuevo un análisis factorial exploratorio con el mismo método y criterios establecidos para el análisis de validez y fiabilidad del cuestionario de elaboración propia pero, en este caso, poniendo a prueba el cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*, con las respuestas obtenidas en la segunda selección de participantes. Estos resultados fueron sometidos al criterio de los investigadores. Comprobados los supuestos y validada la estructura del cuestionario, se analizó la fiabilidad del instrumento de medida, siguiendo los mismos criterios que en el cuestionario de elaboración propia.

Una vez verificada la validez y fiabilidad del cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española del *Hospital Survey on Patient Safety (Anexo 10.5)*, se analizaron en términos comparativos las propiedades psicométricas de ambos modelos de medida. Para ello, se cotejaron los resultados obtenidos en los indicadores para ambos modelos de medida.

4.2.2. Método y validación del cuestionario de elaboración propia.

A raíz de la experiencia del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety* desarrollado por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* y su adaptación al Español como Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*, se desarrolló un cuestionario auto-administrado reducido capaz de medir de una forma ágil la seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.

El método utilizado fue fruto de una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación. Se aplicaron métodos de investigación cualitativa en la delimitación de la estructura y elementos clave a incluir en el cuestionario de elaboración propia, el cual pretendió medir la seguridad de los pacientes desde el punto de vista de los profesionales. Se aplicaron métodos cuantitativos para validar la escala de medida de desarrollo propio y comprobar su fiabilidad.

Del mismo modo, para realizar el análisis comparativo entre ambos instrumentos de medida, se utilizaron técnicas cuantitativas.

4.2.2.1. Desarrollo del instrumento de medida de elaboración propia. Diseño y construcción del cuestionario.

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando los términos “*Safety Climate*”, “*Safety Culture Surveys*” y “*Organization Culture*” con el fin de poder identificar los aspectos claves que sirvieran de base para la elaboración del **Cuestionario 1.0 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.**

Posteriormente, mediante grupos nominales con profesionales de servicios de Salud Pública y con amplia experiencia en seguridad del paciente, se valoró la estructura y contenido del cuestionario 1.0 y se generó una segunda versión del mismo: **Versión 1.1 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales (Anexo 10.3)**

La versión 1.1, sin tener en cuenta cuestiones iniciales sobre el perfil profesional y Servicio dónde el profesional desarrollaba su actividad, contó con diez ítems agrupados en tres factores *a priori*: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, Percepción de Seguridad y Expectativas y acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad. Los diez ítems se estructuraron mediante una escala tipo **Likert** de 5 puntos (Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo)

Adicionalmente, esta versión 1.1 del cuestionario incluyó un ítem de valoración general de la seguridad del paciente en el centro, así como cinco preguntas abiertas para identificar acciones en materia de seguridad del paciente emprendidas por el Centro. Estas acciones identificadas también debían valorarse en función de la implicación de la estructura directiva en la gestión de la iniciativa, el grado de cumplimiento alcanzado y la relevancia de la acción en la salud del paciente.

Por último, se incluyó la posibilidad de hacer observaciones en un apartado de texto libre. La estructura e ítems en cada uno de los apartados se muestran en el **Anexo 10.3. Estructura y contenido de la versión 1.1 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.**

4.2.2.2. Análisis de comprensión del instrumento de medida de elaboración propia.

Prueba piloto.

El cuestionario fue sometido a criterio de profesionales sanitarios para comprobar la correcta comprensión de los ítems. Para realizar la prueba piloto, se seleccionaron por conveniencia profesionales sanitarios de acuerdo a su experiencia en seguridad del paciente.

El cuestionario, junto con una carta de presentación del estudio (**Anexo 10.1**), fue entregado a los profesionales previamente seleccionados por interés. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas mediante el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 22* para identificar problemas muestrales, *outliers* o desviaciones excesivas en las respuestas.

4.2.2.3. Análisis comparativo del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante y del Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety.

Una vez realizada la prueba piloto se invitó a participar en el estudio, contestando a ambos cuestionarios, a 1200 profesionales sanitarios (86,2%) y 192 profesionales no sanitarios (13,8%). La distribución de los cuestionarios puede consultarse en el **apartado 4.6**. En total respondieron 395 profesionales correspondientes a la versión adaptada al castellano del cuestionario HSOSPS de la **AHRQ** con una tasa respuesta que se situó en el 35,36% (89,4% profesionales sanitarios, 10,6% profesionales no sanitarios), frente a 357 profesionales en el **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante** con una tasa de respuesta del 31,96% (91% profesionales sanitarios, 9% profesionales no sanitarios)

4.2.2.4. Análisis de validez y fiabilidad del instrumento de medida de elaboración propia.

Para analizar la validez de la versión **1.1 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales** se planteó un análisis factorial exploratorio, a través del paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 22*. Previamente, se comprobaron

los supuestos que condicionan este tipo de técnica. Para verificar que los ítems de cada una de las dimensiones guardaban relación, se utilizó el índice de correlación de **Pearson** y de **Spearman**, este último, a modo complementario para detectar posibles relaciones no lineales y aplicar las transformaciones oportunas.

Se constató que los índices fueran positivos, mayores que 0,6, y que el test resultara significativo. La normalidad de la muestra se examinó mediante el test propuesto por **Kolmogorov-Smirnov**. Por último, se analizó la adecuación muestral para realizar el análisis mediante la prueba de esfericidad de **Bartlett** y el **índice de KMO**. En todos los casos, las decisiones tomadas se discutieron con un nivel de confianza del 95%.

Una vez cotejados los supuestos, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio. Se seleccionó el método de componentes principales para la extracción de factores con criterio de autovalores mayores a uno. Se descartaron aquellos ítems con coeficientes menores que 0,5 y se consideró una pérdida aceptable de información el conseguir un porcentaje de variancia explicada del 50%. En este caso, también se situó el nivel de confianza de las decisiones tomadas en el 95%. Todos estos resultados fueron sometidos al criterio de los investigadores.

Para analizar la fiabilidad del instrumento de medida se halló el índice **Alpha de Cronbach**, considerando una buena consistencia interna valores superiores a 0,7.

Finalmente, se examinó el efecto suelo y techo de la escala y para cada una de las dimensiones.

El cuestionario producto de esta fase de análisis se denominó **versión 1.2 Cuestionario sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales**. Esta versión definitiva del cuestionario la hemos denominado "**Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**". Además de preguntas generales y adicionales relacionadas la seguridad del paciente en el centro, contó con 9 ítems agrupados en 3 dimensiones: Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente; Percepción de Seguridad; y Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad. La estructura y forma del cuestionario definitivo puede consultarse en el **Anexo 10.4**.

Estructura y contenido del “Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante”.

En la **Tabla X**, se muestran las dimensiones de la Cultura de seguridad y aspectos que exploran los ítems.

Tabla X. Dimensiones de la Cultura de seguridad y aspectos que exploran los ítems del cuestionario de elaboración propia.

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
1. Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente	3 preguntas. Interés de la Dirección para crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva.
2. Percepción de seguridad	3 preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y efectividad de los procedimientos
3. Expectativas y Acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad	3 preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente

4.3. Resultados.

4.3.1. Análisis de comprensión, validación y fiabilidad del instrumento de medida 1.1 Cuestionario sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.

El análisis de comprensión no recomendó, en ningún caso, la revisión de la redacción o modificación de los ítems. Los índices de **Spearman** y **Pearson** resultaron similares, lo cual permitió asumir la linealidad en las relaciones planteadas. El test de **Kolmogorov-Smirnov** resultó satisfactorio en todos los casos, lo que garantizó la normalidad en la distribución de las variables.

La muestra resultó adecuada para realizar el análisis factorial. Tanto la prueba de esfericidad de **Bartlett** como el **índice de KMO**, mostraron calidad de la muestra para realizar el análisis. Se siguió la recomendación del análisis factorial exploratorio que aconsejaba eliminar 1 ítem. En concreto, **se eliminó el ítem 9 : “Es sólo cuestión de suerte que en mi Centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes”**. La carga factorial de este ítem no alcanzó el criterio establecido de 0,5 lo que indicaba

que el ítem no tenía capacidad explicativa suficiente en el factor o dimensión. Una vez llevada a cabo la reducción, se comprobó de nuevo la validez del instrumento de medida.

La **Tabla XI** recoge el resultado de la validación y fiabilidad del cuestionario en su versión definitiva y en la **Tabla XII**, se muestra el resultado del análisis del efecto suelo y techo para cada uno de los ítems en la escala y en total para las dimensiones o factores identificados.

Tabla XI. Validez y fiabilidad del cuestionario 1.2. sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.

Dimensiones	Ítems	Cargas factoriales
Dimensión 1 Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente	El director Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P.1)	0,891
	Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario de la agenda del director (P.2)	0,884
	Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas (P.10)	0,576
Dimensión 2 Percepción de Seguridad	Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso (P.3)	0,694
	Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso (P.4)	0,804
	Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia (P.5)	0,662
Dimensión 3 Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad	Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa al hablar de ello (P.6)	0,660
	Los jefes de Servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)	0,725
	Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico e mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)	0,670
% Varianza Explicada (cuestionario) = 62,225		
Alpha de Cronbach (cuestionario) = 0,704		

Tabla XI. Efecto suelo y techo del cuestionario 1.2. sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.

DIMENSIÓN 1 Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
El Director/Gestor de mi centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P.1)	36,6 %	46,5 %	16,9 %
Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director (P.2)	37,4 %	39,3 %	23,3 %
Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas (P.10)	26 %	42 %	33 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 24,3 ± 21,7- 26,9 % respuestas neutras: 42,3 ± 39,3- 45,3 % respuestas negativas: 33,4 ± 30,6- 36,3			

DIMENSIÓN 2 Percepción de Seguridad	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso (P.3)	51,2 %	22,2 %	26,6 %
Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso (P.4)	81,8 %	7,8 %	10,5 %
Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia (P.5)	40,2 %	30,3 %	29,6 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 22,2 ± 18,9-24,7 % respuestas neutras: 20,0 ± 17,5-22,4 % respuestas negativas: 57,9 ± 54,9-60,9			

DIMENSIÓN 3 Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad»	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello (P.6)	59,6 %	20,7 %	19,7 %
Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)	32,3 %	27,7 %	40 %
Si se hiciera un sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en como mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)	22,9 %	34,5%	42,6 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 34,0 ± 31,1- 36,9 % respuestas neutras: 27,5 ± 24,8 -30,2 % respuestas negativas: 38,5 ± 35,5- 45,5			

4.3.2. Análisis comparativo del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante y el cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*.

4.3.2.1. Validación y fiabilidad de la escala sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*.

El análisis de relación aconsejó eliminar el ítem ***“En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal”*** por ausencia de relación con el resto de ítems. El test de **Kolmogorov-Smirnov** resultó satisfactorio en todos los casos garantizando, por tanto, la normalidad en la distribución de los datos en cada una de las variables. La prueba de esfericidad de **Bartlett** y el **índice de KMO** avalaron la idoneidad de muestra para realizar el análisis factorial.

El resultado del análisis factorial mostró una estructura similar a la obtenida por los autores de la adaptación de la escala original al español. La estructura de la escala resultado del análisis factorial realizado difiere en la capacidad explicativa de

algunos de los ítems en la dimensión. Además, no se consiguió encontrar una estructura que incluyera la dimensión relacionada con la comunicación franca.

Se siguieron las recomendaciones que el análisis factorial sugería y no se tuvieron en cuenta las respuestas de los ítems que carecían de capacidad explicativa en este estudio. La estructura final del cuestionario e indicadores de validez y fiabilidad del instrumento de medida pueden consultarse en el **Anexo 10.5. Validez y fiabilidad del cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety***.

Todas las cargas factoriales resultaron mayores que 0,5 lo que indicó buena capacidad explicativa de los ítems tenidos en cuenta en la escala para explicar las dimensiones. La capacidad explicativa de la escala en su conjunto resultó ser aproximadamente del 64%, con una variabilidad explicada que se consideró aceptable. La escala validada también puede considerarse fiable.

4.4. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el **Hospital Universitario San Juan de Alicante (Figura 6)** perteneciente al **Departamento de salud Alicante-San Juan de Alicante**, el cual forma parte de la red sanitaria de la **Comunidad Valenciana**, adscrito a la **Agencia Valenciana de Salud**.

Se encuentra ubicado el área conocida como Paraje de Don Sancho correspondiente al término municipal de San Juan de Alicante, limítrofe con el Hospital General Universitario de Alicante. Ocupa una superficie de 115.000 m² y está dotado con 352 camas funcionantes (Hospital mediano, 200-499 camas) Se trata de un hospital de tercer nivel que atiende a una población de 224.100 habitantes. Su área de cobertura incluye los municipios de: Mutxamel, San Juan de Alicante, Tibi, Xixona, Bussot, Aigues, El Campello, La Torre de les Maçanes y la mitad de la ciudad de Alicante. En su proximidad, se encuentra la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández (UMH) y el Centro de Transfusiones de la Conselleria de Sanitat.



Figura 6. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

4.4.1. Recursos humanos del Hospital de San Juan de Alicante

El personal que forma parte de la plantilla del Hospital Universitario San Juan de Alicante durante el año 2014 se describe en la **Tabla XII**. El número total de trabajadores ascendió a 1392 (**Figura 7**) de los cuales 1200 (86,20%) correspondían a personal sanitario (**Figura 8**) y 192 a personal no sanitario (**Figura 9**) El número de cuestionarios entregados fue de 1231 (88,44 %), lo que supuso una pérdida de 161 cuestionarios (11,56%). No se describió todo el personal que forma parte del Departamento de Salud Alicante-San Juan de Alicante ya que no era objeto del presente estudio.

Tabla XII. Personal del centro. Año 2014.

PERSONAL NO SANITARIO	TOTAL: 192 (13,80%)
• AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	102
• GERENCIA	10
• TÉCNICOS	77
• RADIOFÍSICOS	3

PERSONAL SANITARIO	TOTAL: 1200 (86,20%)
• MÉDICOS	401
• ENFERMEROS/AS	370
• AUXILIARES DE ENFERMERÍA	301
• CELADORES	112
• FARMACÉUTICOS	5
• FISIOTERAPEUTAS	11
TOTAL	1392

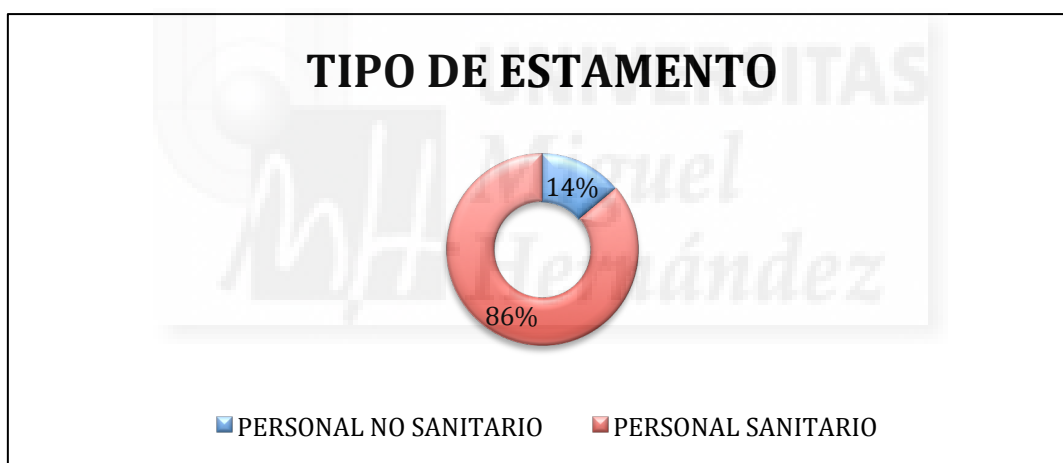


Figura 7. Personal del centro según Tipo de Estamento.

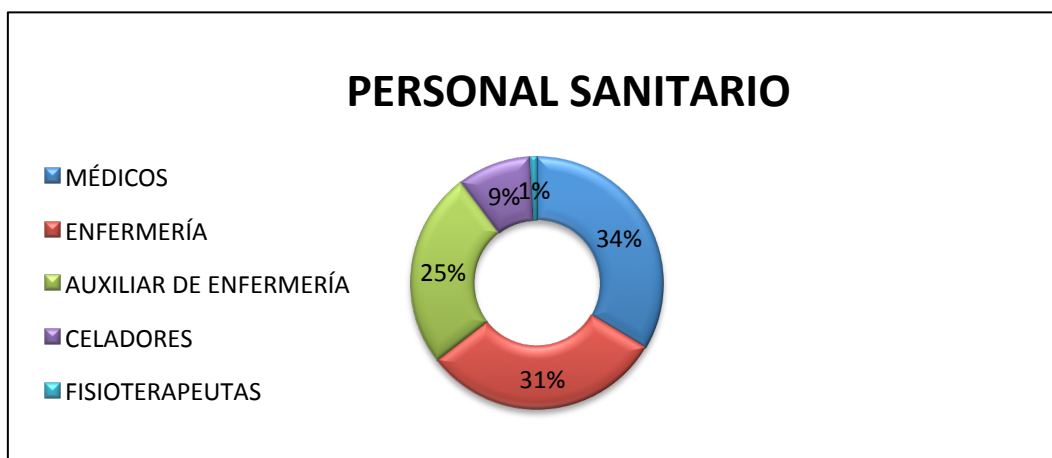


Figura 8. Personal Sanitario

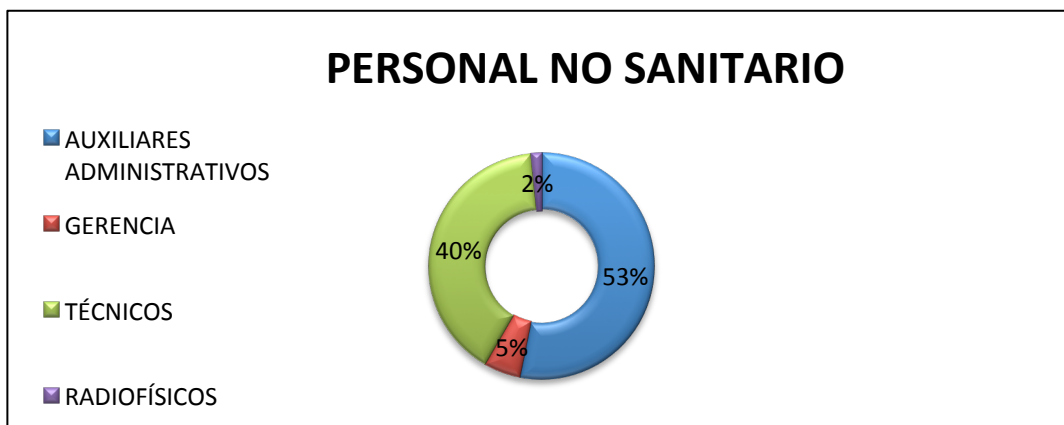


Figura 9. Personal No Sanitario.

4.5. Población de estudio

El estudio se realizó entre los profesionales sanitarios y no sanitarios del Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Se consideró como **profesional sanitario** a las siguientes categorías: médicos, enfermeras, personal en formación (médicos, enfermeras, matronas y residentes de farmacia), auxiliares de enfermería, farmacéuticos, celadores y fisioterapeutas.

Con respecto a los **profesionales no sanitarios** en el estudio se incluyeron: auxiliares administrativos, técnicos (Laboratorio, Anatomía Patológica, Radiología y Radioterapia), Gerencia/Dirección y radiofísicos.

4.5.1. Criterios de Inclusión

El estudio contó con todo el personal sanitario y no sanitario con contrato de larga duración (definido como aquel con una duración mayor a 6 meses) con la finalidad de que se tuviera una visión más certera sobre la realidad sanitaria y para evitar posibles pérdidas a la hora de entregar los cuestionarios.

4.5.2. Criterios de Exclusión

Quedaron excluidos del estudio aquellos con contrato de corta duración (inferior a 6 meses), personal con contratos de guardias médicas y pacientes.

4.5.3. Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Juan de Alicante con fecha 26 de Marzo de 2014.

4.5.4. Muestra de sujetos para el estudio

Para obtener estimaciones a un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5% y una proporción de 0,5 en el peor de los casos, fue necesario obtener 100 cuestionarios cumplimentados para una población de estudio de 1231 personas. Teniendo en cuenta una tasa de respuesta esperada entre el 30 y el 50% dados los criterios de selección, entendemos que queda garantizada con la estrategia prevista.

4.6. Distribución de los cuestionarios

Con anterioridad a la puesta en marcha del estudio, éste fue aprobado por el Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario San Juan de Alicante, la Gerencia / Dirección Médica así como por el Comité de Ética del Hospital.

Se entregó una carta informativa al equipo Directivo, Jefes de Servicio, Supervisores y demás puestos de responsabilidad en el que se explicaban los objetivos del estudio. Una vez transcurridas dos semanas, se habló de manera personal con cada uno de los responsables de las distintas Unidades para explicarles el proyecto de manera personal y pedir su colaboración.

De acuerdo con los datos facilitados por la Dirección de Recursos Humanos con fecha 10 de Abril de 2014 y, garantizando la confidencialidad de los datos y el secreto estadístico según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, se procedió a la entrega de los dos formularios para su cumplimentación de manera voluntaria y anónima junto con una carta de presentación (**Anexo 10.1**) en la que se explicaba los objetivos del presente proyecto a los distintos responsables de las Unidades para la entrega en sus respectivos servicios. Los cuestionarios se entregaron en un sobre cerrado con una tarjeta identificativa del trabajador. Una vez contestados, la recogida se realizó de dos maneras: bien mediante su envío al Servicio de Cirugía o bien a través de su recogida en mano en los distintos Servicios; siempre sin la tarjeta identificativa y en un sobre cerrado para garantizar el anonimato. La entrega de dichos formularios se prolongó

desde Octubre de 2014 hasta Enero de 2015, realizando recordatorios cada 15 días con la finalidad de conseguir la máxima representatividad de los distintos colectivos y, en consecuencia, aumentar la tasa de respuestas.





5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS



5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio sobre el clima de seguridad en un Hospital mediano de tercer nivel junto con un análisis de los factores socio-laborales. Asimismo, se analizaron las fortalezas y oportunidades de mejora siguiendo los criterios propuestos por la **AHRQ** con el fin de establecer estrategias de progreso que contribuyan a la reducción en el número de EA sobre los pacientes.

Para asegurar la validez de la información proporcionada, se excluyeron de la valoración aquellos cuestionarios que presentaban una cumplimentación parcial del número de preguntas (50%) o una eventual respuesta invariable a las cuestiones para evitar el sesgo de información por falta de atención al proporcionar la respuesta, lo que supone un total de 1117 cuestionarios enviados.

Se examinaron 395 encuestas correspondientes al cuestionario HSOSP de la AHRQ en su versión en castellano, con una tasa de respuesta del 35,36 %, frente a un 31,96 % de respuestas correspondientes a las 357 encuestas del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante con la metodología que se describe a continuación.

5.1. Análisis estadístico descriptivo

En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se conservaron las opciones de respuesta originales. No obstante, para el análisis global por dimensiones se modificó la escala de las preguntas ya que se formularon en sentido negativo para facilitar el análisis. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías: 1) **Negativo**: Muy en desacuerdo/ Nunca y En desacuerdo/ Raramente; 2) **Neutra**: Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ A veces; 3) **Positivo**: De acuerdo/ Casi siempre y Muy de acuerdo/ Siempre (**Tabla XIII**). 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. Estas estimaciones puntuales se acompañan del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

Tabla XIII. Recodificación de respuestas en 3 categorías.

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

El estudio descriptivo de los resultados se presentó de forma global según el **tipo de estamento** (sanitario y no sanitario), **tipo de profesión:** Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Celadores, Farmacéuticos y Otros (Fisioterapeutas y Personal No Sanitario: (Administrativos, Técnicos, Radiofísicos y Gerencia) y **tipo de servicio** (Médicos, Quirúrgicos, UCI, Farmacia y Otros Servicios)

Se consideró como **Servicios de tipo Médico** los servicios de Medicina Interna, Urgencias, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Cardiología, Neumología, Neurología, Reumatología, Anestesiología y Reanimación, Digestivo/Endoscopias, Psiquiatría/Salud mental, Pediatría, Hematología, Oncología, Oncología radioterápica.

Dentro de la categoría de **Servicios Quirúrgicos** se incluyó a los Servicios de Cirugía General y Digestiva, Traumatología, Urología, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Obstetricia y Ginecología.

Otros Servicios: Fisioterapia y Rehabilitación, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Laboratorio, Neurofisiología, Unidad de Admisión y Documentación (UDCA), Quirófano, Docencia, Diversas Unidades y personal no sanitario : (Administrativos, Técnicos, Radiofísicos y Gerencia)

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

Σ Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión / Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ 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 **oportunidad de mejora** se emplearon 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.

Las oportunidades de mejora se analizaron de manera detallada mediante la realización de un diagrama de **Pareto**, tomando como base las preguntas negativas y teniendo en cuenta la recodificación junto con el sentido positivo o negativo de las mismas.

5.2. Pruebas de significación estadística

Se realizó un análisis descriptivo presentando las variables cualitativas mediante porcentajes mientras que las cuantitativas se presentaron a través de medidas de centralización y dispersión según proceda. Para el análisis bi-variable se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas y la t-Student o la ANOVA/Kruskal-Wallis para las cuantitativas (según se cumplan o no criterios de normalidad). Se empleó la F de Snédecor si las varianzas eran homogéneas y las pruebas robustas de Welch y Brown-Forsythe, en caso contrario.

Con el fin de estimar de forma no sesgada los resultados globales se ponderaron las respuestas de los profesionales siguiendo la distribución de los mismos en la población a estudio (Hospital Universitario San Juan de Alicante)

El análisis de los datos fue realizado con el **programa estadístico SPSS 15.0**, considerando como hipótesis nula la inexistencia de diferencias, que se rechazó cuando el nivel de significación fue de $p \leq 0,05$.



6. RESULTADOS



6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se describieron mediante el empleo de dos instrumentos de medición de CSP: Versión en castellano del cuestionario de la **AHRQ** y el cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante. Aunque la validación de nuestro cuestionario podría formar parte en sí misma de los resultados, ésta se ha desarrollado en el apartado de material y método.

6.1. Versión en castellano del cuestionario HSOSPS de la AHRQ

6.1.1. Tasas de respuesta y datos socio-profesionales de los que responden.

Tasa de respuesta

De un total de 1231 encuestas enviadas, se desestimaron 114 (9,26%) al no cumplir los criterios propuestos por la AHRQ quedando para su análisis 1117 cuestionarios. El número de cuestionarios contestados fue de 395, lo que supone una tasa de respuesta del 35,36% (**Tabla XIV**). El grupo más numeroso fue el personal sanitario (89,4%) (**Tabla XV**), siendo el estamento que más contestó el médico con un 38,7% seguido de enfermería con un 30,6%. (**Tabla XVI**)

Tabla XIV. Tasa de respuesta global.

Número de encuestas contestadas	395
Tasa de respuesta	35,36 %

Tabla XV. Tasa de respuesta por estamento.

TIPO DE ESTAMENTO	Recursos humanos Hospital Universitario San Juan de Alicante		Cuestionario AHRQ Versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	
	N	%	N	%
SANITARIOS	1200	86,2	353	89,4
NO SANITARIOS	192	13,8	42	10,6
TOTAL	1392	100	395	100

Tipo de estamento

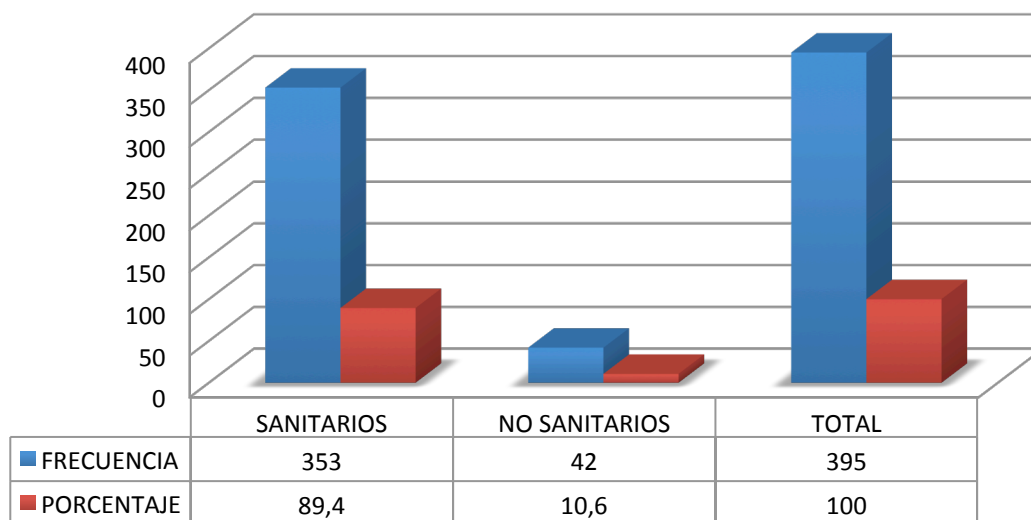


Figura 10. Tasa de respuesta por estamento.

Tabla XVI. Tasas de respuesta según posición laboral.

TIPO DE PROFESIÓN	Recursos humanos Hospital Universitario San Juan de Alicante		Cuestionario AHRQ Versión española del <i>Hospital Survey on Patient Safety</i>	
	N	%	N	%
MÉDICOS	401	28,8	153	38,7
ENFERMERÍA	370	26,6	121	30,6
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	301	21,6	52	13,2
CELADORES	112	8	17	4,3
FARMACÉUTICOS	5	0,3	5	1,3
OTROS (Fisioterapia / No sanitarios)	203	14,6	47	11,9
TOTAL	1392	100	395	100

Tipo de profesión

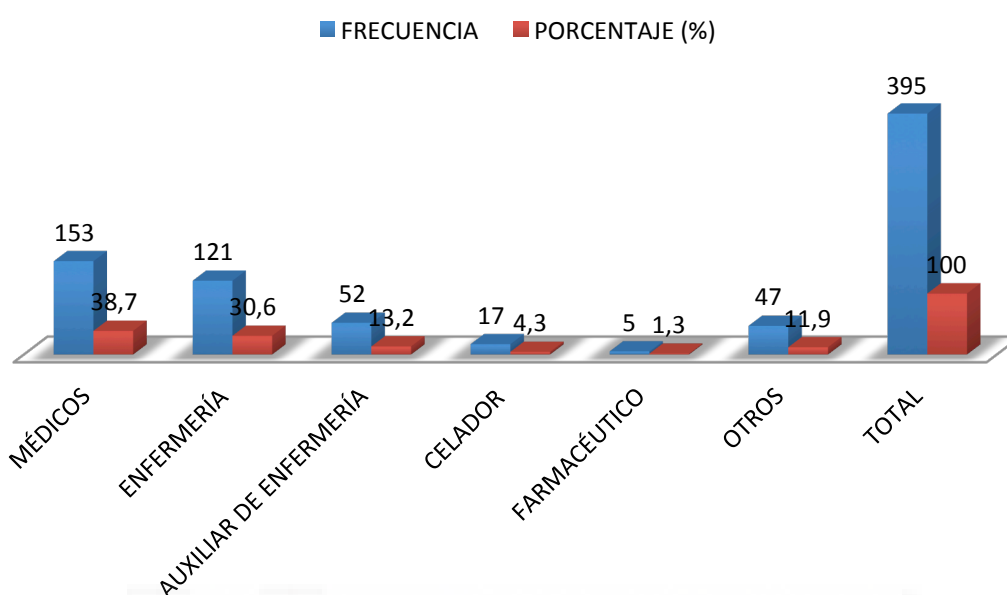


Figura 11. Tasa de respuesta según tipo de profesión (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ)

Tabla XVII. Tasas de respuesta según posición en su Servicio/Unidad (versión española del cuestionario HSOPS de la AHRQ)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicos	159	40.2
Quirúrgicos	108	27.2
UCI	16	4
Farmacia	10	2.5
Otros	103	26,1
TOTAL	395	100%

Principal Servicio/ Unidad de trabajo

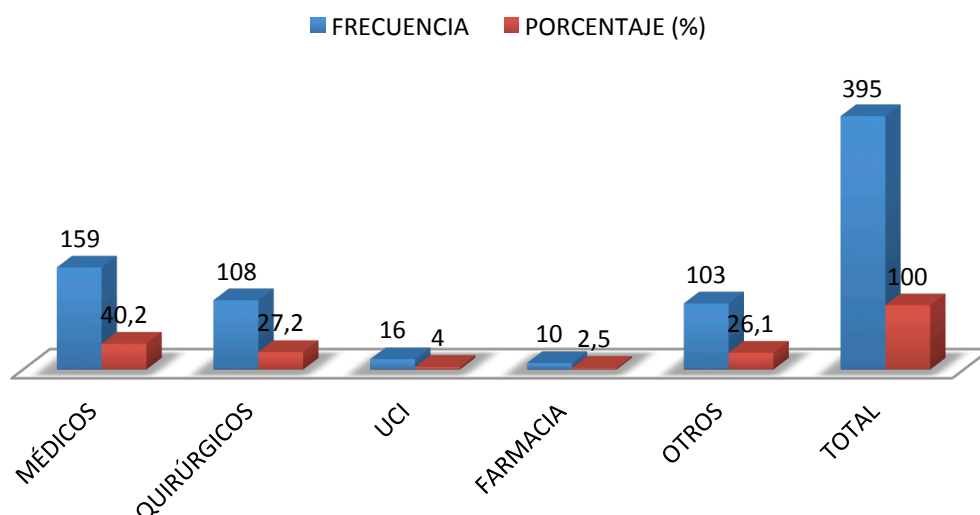


Figura 12. Representación gráfica según Principal Servicio/Unidad de trabajo (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ)

- **Datos socio-profesionales de los que responden**

Atendiendo al tipo de Servicio que más participación tuvo, destacaron los médicos (40.2%) frente a los quirúrgicos (27.2%), otros (26,1%) y UCI (4%) (**Tabla XVII**) Las Unidades con mayores tasas de participación fueron : Urgencias (9%), Cirugía general (7,7%), Radiología (6,4%), Pediatría (5,7%), Obstetricia y Ginecología (4,9%), quirófano (4,9%) y Oncología (4,7%) (**Tabla XVIII**). Atendiendo al tipo de profesional, el colectivo médico (No Mir) representó el grupo más numeroso con un 32,3%, seguido de enfermería (28,1%), auxiliares de enfermería (13,2%), administrativos (7,8%), médicos residentes (MIR) (5,6%) y celadores (4,3%) (**Tabla XIX**). La mayor parte del personal (58 %) trabajó entre 20 y 39 horas semanales (**Tabla XX**), el 26,5 % trabajó desde hace más de 21 años en el Hospital (**Tabla XXI**), el 28,3% entre 6-10 años en su Servicio (**Tabla XXII**) y el 45,6%, se dedicó desde hace más de 21 años a la misma profesión (**Tabla XXIII**). El 86,4 % de los que respondieron tuvieron contacto con pacientes.

DATOS SOCIO-PROFESIONALES

Tabla XVIII. Principal Servicio o Unidad de trabajo en el Hospital (Versión española del cuestionario HSOSPS de la AHRQ)

Global	Frecuencia	Porcentaje (%)
Admisión	9	2,3
Anatomía Patológica	2	0,5
Anestesiología/Reanimación	15	3,9
Cardiología	6	1,5
Farmacia	10	2,6
Cirugía	30	7,7
Cirugía Maxilofacial	3	0,8
Dermatología	4	1
Dirección	1	0,3
Diversas Unidades	39	8,5
Docencia	1	0,3
Endocrinología	2	0,5
Endoscopia	5	0,8
Obstetricia y Ginecología	19	4,9
Hematología	2	0,5
Laboratorio	6	1,5
Reumatología	3	0,8
Medicina Interna	12	3,1
Medicina Nuclear	7	1,8
Medicina Preventiva	7	1,8
Microbiología	2	0,5
Neumología	6	1,5
Neurología	9	2,3
Oftalmología	14	3,6
Oncología	17	4,4
Oncología RT	2	0,5
ORL	2	0,5
Pediatría	22	5,7
Quirófano	19	4,9
Radiofísica	3	0,8
Radiología	25	6,4
Rehabilitación	7	1,8
Salud Mental/Psiquitría	4	1
Traumatología	13	3,3
Servicio de Urgencias	35	9
UCI (cualquier tipo)	16	4,1
UEI	3	0,8
UHD	9	2,3
Urología	4	1
TOTAL	395	100

Tabla XIX. Puesto de trabajo actual.

GLOBAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Administración	31	7,8
Auxiliar de Enfermería	52	13,2
Celador	17	4,3
Enfermera/o	111	28,1
Farmacéutico Residente	1	0,3
Farmacéutico	4	1
Fisioterapeuta	5	1,3
Gerencia/ Dirección	1	0,3
Matrona	8	2
Médico	131	33,2
Médico Residente	22	5,6
Radiofísico	2	0,5
Residente de matrona	2	0,5
Técnico (Laboratorio, Radiología, AP ...)	8	2
TOTAL	395	100

Tabla XX. Número de horas trabajadas.

Menos de 20 horas: 1,3 %	20-39 horas: 58 %	40 horas o más: 40,6 %
--------------------------	-------------------	------------------------

Tabla XXI. Años trabajados en el hospital.

< 1 año: 2 %	1-2 años: 4,3 %	3-5 años: 13,5 %	6-10 años: 23 %
11-15 años: 17,5 %	16-20 años: 13,3 %	≥ 21 años : 26,5 %	

Tabla XXII. Años trabajados en su Unidad/Servicio.

< 1 año: 4,3 %	1-2 años: 4,8 %	3-5 años: 18 %	6-10 años: 28,3 %
11-15 años: 15,5 %	16-20 años: 9,3 %	≥ 21 años: 19,8 %	

Tabla XXIII. Años en la profesión.

< 1 año: 0,2 %	1-2 años: 2,7 %	3-5 años: 7,5 %	6-10 años: 12,2 %
11-15 años: 17,2 %	16-20 años: 14,5 %	≥21 años: 45,6 %	

6.1.2. Clima de Seguridad

6.1.2.1. Calificación global del clima de seguridad

El 50% calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos (**Preg 1**) y solo el 15,8 % la calificó superior al 8 (**Tabla XXV**)

Tabla XXIV. Frecuencia de calificaciones globales al clima de seguridad.

NOTA	PORCENTAJE %
Suspense (< 5)	8,6
Aprobado (5-6)	19,5
Notable (7-8)	56
Sobresaliente (> 8)	15,8

Preg. 1. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su Servicio/Unidad.

Media	7,01
Mediana	7,0
Percentil 25	6,0
Percentil 75	8,0

6.1.2.2. Medidas de resultado del clima de seguridad

Además de la calificación del grado de seguridad y el número de eventos notificados, las dimensiones «Frecuencia de eventos notificados» y «Percepción global del clima de seguridad», fueron consideradas medidas de resultado del clima de seguridad. Con relación a los eventos notificados (**Tabla XXV**), el 82,8%, no notificó ningún EA.

El análisis de la **Dimensión 1 “Frecuencia de eventos notificados”** (**Tabla XXVI**), no mostró fortalezas ni debilidades tanto por ítem como por dimensión. Sin embargo, el **ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” correspondiente a la **Dimensión 2 “Percepción de seguridad”** (**Tabla XXVII**), se mostró como una oportunidad de mejora con un 52,5% de respuestas negativas. Aunque

no se comportó como una debilidad, destacó el **ítem 10** “No se producen más fallos por casualidad” dentro de la Dimensión 2 con un 44.5% de respuestas negativas.

Tabla XXV. Número de eventos notificados.

<i>NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS</i>	
<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE (%)</i>
0	82,8
1-2	8,9
3-5	5
6-10	2.1
>10	1,3

Tabla XXVI. Medidas de resultado del clima de seguridad. Dimensión Frecuencia de eventos notificados.

DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados	NUNCA/ CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE/ SIEMPRE
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P.40)	15,1 %	32,2 %	52,7 %
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P.41)	22,3 %	32,4 %	45,3 %
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P.42)	20,1 %	33,1 %	46,8 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 48,2 ± 45,3-51,1 % respuestas neutras: 32,6 ± 29,9-35,3 % respuestas negativas: 19,3 ± 16,9-21,5			

Tabla XXVII. Medidas de resultado del clima de seguridad. Dimensión Percepción de seguridad.

DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
No se producen más fallos por casualidad (P.10)	34,0%	21,5 %	44,5 %
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P.15)	52,5 %	16,7 %	30,8 %
En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente"(P.17)	55,3 %	19,2 %	25,5 %
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P.18)	23,6 %	20,5 %	55,9 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 44,0 ±41,6-46,5 % respuestas neutras: 19,5 ± 17,5-21,5 % respuestas negativas: 36,5 ± 34,1-38,9			

6.1.3. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio

En este apartado se incluyeron ocho dimensiones que resumen un total de 27 ítems del cuestionario considerados como una entidad en sí. A continuación se describen los resultados obtenidos.

Aunque las dimensiones 3 (Tabla XXVIII), 4 (Tabla XXIX), 5 (Tabla XXX), 6 (Tabla XXXI), 7 (Tabla XXXII) y 8 (Tabla XXXIII), no mostraron fortalezas ni debilidades tanto por ítem como por dimensión, hay que destacar una serie de ítems que casi se comportaron como una fortaleza : **Dimensión 3.** Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad : **ítem 22** : "Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente" (71,4%), **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** : **ítem 9** : "Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo" (71,1%) y, por último, la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades** : **ítem 1** : "El personal se apoya mutuamente" (72%) e **ítem 4** "En esta unidad nos tratamos todos con respeto " (67,7%)

La **Dimensión 9. Dotación de personal** (Tabla XXXIV) no mostró ninguna fortaleza y presentó dos ítems como debilidades: **ítem 2** : "Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo" (67,2%) y el **ítem 14** : "Trabajamos bajo presión para realizar

demasiadas cosas demasiado deprisa” (68,8%). De manera global, la dimensión presentó un 60,1 % de respuestas negativas (IC 95 %,57,7-62,5)

La **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** (Tabla XXXV) no mostró ninguna fortaleza y presenta 3 ítems como debilidades : **ítem 23** : “La Gerencia o la Dirección del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente”(55,3%), **ítem 30** : “La Gerencia o Dirección del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (56,6%) y el **ítem 31** : “La Gerencia/Dirección del Hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (62,8%) De manera global, la dimensión presentó un 58,3 % de respuestas negativas (IC 95%, 55,4-61,1)

Tabla XXVIII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad.

DIMENSIÓN 3 Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P.19)	16,1%	22,5 %	61 %
Mi superior/jefe tienen cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P.20)	14,2 %	21,3 %	64,4 %
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (P.21)	62,4 %	17,4 %	20,2 %
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P.22)	71,4 %	15,2 %	13,4 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 67 ± 64,6-69,4 % respuestas neutras: 19,9 ± 17,5-21,9 % respuestas negativas: 13,1 ± 11,4-14,8			

Tabla XXIX. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Aprendizaje organizacional/Mejora continua.

DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/Mejora continua	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P.6)	38,4 %	20,8 %	40,8 %
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P.9)	15,4 %	13,4%	71,1%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P.13)	37,8 %	26,9 %	35,4 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 49,1 ± 46,3-52,0 % respuestas neutras: 20,3 ± 18,0-22,6 % respuestas negativas: 30,5 ± 27,9-33,2			

Tabla XXX. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio.

DIMENSIÓN 5 Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
El personal se apoya mutuamente (P.1)	12,5 %	15,6 %	72 %
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P.3)	27,6 %	13,6 %	58,8 %
En esta unidad nos tratamos todos con respeto (P.4)	17,2 %	15,1 %	67,7 %
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P.11)	18,6 %	21,1 %	60,3 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 64,6 ± 62,3-67 % respuestas neutras: 16,4 ± 14,5-18,2 % respuestas negativas: 19,0 ± 17,0-20,9			

Tabla XXXI. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Franqueza en la comunicación.

DIMENSIÓN 6 Franqueza en la comunicación	NUNCA/ CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE/ SIEMPRE
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. (P.35)	10,1 %	31,3 %	58,6 %
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. (P.37)	49,1 %	39,3 %	11,6 %
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta. (P.39)	46,6 %	37,6 %	15,8 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 51,6 ± 48,6-54,6 % respuestas neutras: 35,8 ± 33,0-38,7 % respuestas negativas: 12,6 ± 10,6-14,5			

Tabla XXXII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Feed-back y comunicación sobre errores.

DIMENSIÓN 7 Feed-back y comunicación sobre errores	NUNCA/ CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE/ SIEMPRE
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P.34)	43,7 %	43,6 %	12,7 %
Se nos informa de los errores que ocurren en este Servicio/Unidad (P.36)	22,7 %	32 %	45,3 %
En mi Servicio/Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P.38)	14,2 %	28,1 %	57,8 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 40,9 ± 38,0-43,8 % respuestas neutras: 33,8 ± 30,9-36,6 % respuestas negativas: 25,3 ± 22,8-27,9			

Tabla XXXIII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Respuesta no punitiva a los errores.

DIMENSIÓN 8 Respuesta no punitiva a los errores	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P.8)	28,9 %	21,6 %	19,6 %
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable” (P.12)	43,3 %	16,7 %	40 %
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P.16)	32,8 %	24,6 %	42,6 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 45,0 ± 42,2-47,9 % respuestas neutras: 21,0 ± 18,6-23,3 % respuestas negativas: 34,0 ± 31,3-36,7			

Tabla XXXIV. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Dotación de personal.

DIMENSIÓN 9 Dotación de personal	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P.2)	67,2 %	6,1 %	26,7 %
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P.5)	27,3 %	9,5 %	36,8 %
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P.7)	39,4 %	19,4 %	41,2 %
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P.14)	18,7 %	12,5 %	68,8%
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 28,0 ± 25,8-30,3 % respuestas neutras: 11,9 ± 10,3-13,5 % respuestas negativas: 60,1 ± 57,7-62,5			

Tabla XXXV. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.

DIMENSIÓN 10 Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
La Gerencia/Dirección del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P.23)	55,3 %	29,9 %	14,8 %
La Gerencia/Dirección del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. (P.30)	56,6 %	28,2 %	15,2 %
La Gerencia/Dirección del Hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P.31)	16,7 %	20,5 %	62,8 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 15,5 ± 13,4-17,6 % respuestas neutras: 26,6 ± 23,7-28,8 % respuestas negativas: 58,3 ± 55,4-61,1			

6.1.4. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital

Este apartado lo componen dos dimensiones con cuatro ítems cada una. **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios.** Ésta no mostró ninguna fortaleza y presentó como debilidad el **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (58,9%) (Tabla XXXVI) La **Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transición entre servicios** tampoco mostró ninguna fortaleza tanto por ítem como por dimensión. No se identificó ninguna debilidad por ítems aunque de manera global, la dimensión presentó un 48,6% de respuestas negativas (IC 95%, 55,4-61,1) (Tabla XXXVII)

Tabla XXXVI. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios.

DIMENSIÓN 11 Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24)	19,5 %	21,5%	58,9 %
Hay una buena cooperación entre las Unidades/Servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26)	32,1 %	25,5 %	42,4 %
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/Unidades (P.28)	53,2 %	24,3 %	22,1 %
Los Servicios/Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible. (P.32)	29 %	28,6 %	42,3 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 39,6 ± 36,4-42,7 % respuestas neutras: 24,8 ± 22,3-27,3 % respuestas negativas: 35,7 ± 32,7-38,6			

Tabla XXXVII. Dimensiones de la Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital. Dimensión Problemas en cambios de turno y transición entre servicios.

DIMENSIÓN 12 Problemas en cambios de turno y transición entre Servicios	MUY EN DESAC./ EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO/ MUY DE ACUERDO
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una Unidad/Servicio a otra (P.25)	28,8 %	22,0 %	39,2 %
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P.27)	55,2 %	24,2 %	20,6 %
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P.29)	47,4 %	24,6 %	28,0 %
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P.33)	52,2 %	27,9 %	20,0 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 26,7 ± 24,5-28,9 % respuestas neutras: 24,7 ± 22,5-26,9 % respuestas negativas: 48,6 ± 46,1-51,1			

6.1.5. Resumen y análisis global de las dimensiones y oportunidades de mejora en el clima de seguridad

6.1.5.1. Fortalezas y debilidades identificadas

Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la **AHRQ** (fortalezas si tienen carácter positivo > 75% de las respuestas y debilidades u oportunidades de mejora si tienen carácter negativo > 50% de las respuestas), no apareció globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones que midieron la encuesta si bien destacaron por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo dos de ellas: **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** (67%) (IC 95%, 64,6-69,4) y la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio** (64,6%) (IC 95%, 62,3-67)

Por el contrario, se identificaron dos dimensiones que, de manera global, se comportaron como una debilidad : **Dimensión 9. Dotación de personal** (60,1%) (IC 95%, 57,7-62,5) y la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente** (58,3%) (IC 95%, 55,4-61,1)

Hubo una tercera dimensión que casi se comportó como una debilidad : **Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transición entre servicios** (48,6%) (IC 95%, 46,1-51,1)

Para poder identificar y priorizar las oportunidades de mejora, se procedió al análisis de las frecuencias relativas de las respuestas con carácter negativo mediante un diagrama de **Pareto (Figura 13)** Observamos que el 52% de las percepciones negativas identificadas estuvieron representadas por cuatro dimensiones: **Dimensión 9. Dotación de personal**, **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente**, **Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transición entre servicios** y **Dimensión 2. Percepción de seguridad**.

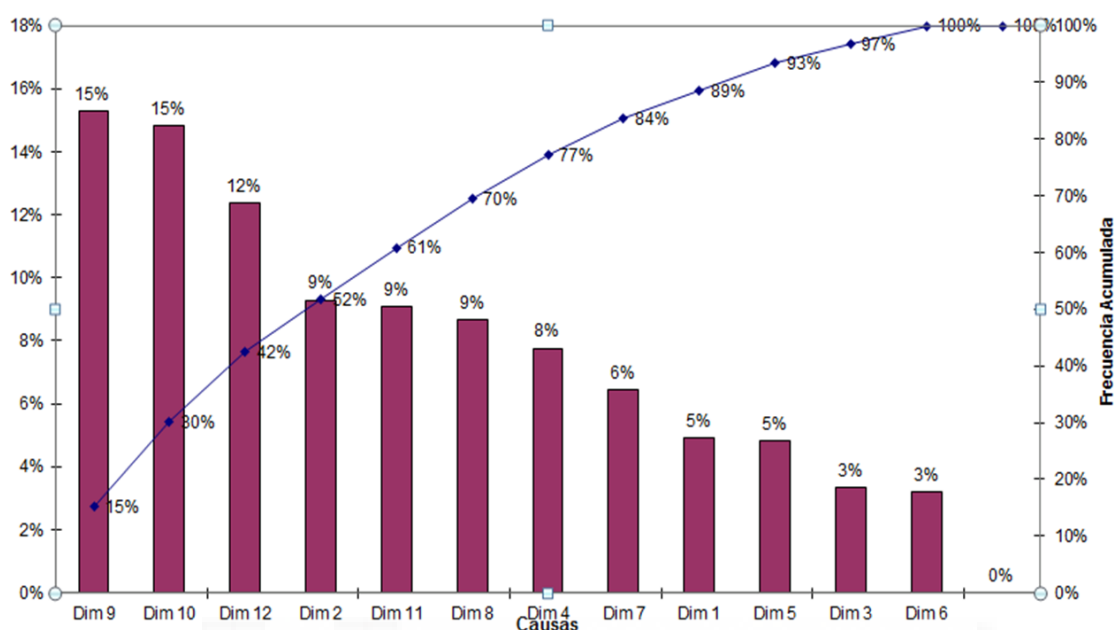


Figura 13. Diagrama de Pareto. Percepciones negativas.

6.1.6. Resultados por ítems de la versión española del cuestionario AHRQ según tipo de estamento, profesión y tipo de servicio

6.1.6.1. Fortalezas y debilidades según el tipo de estamento

Los dos tipos de estamentos definidos fueron el personal sanitario y el no sanitario. Los resultados obtenidos se muestran en las **Tablas XXXVIII a XLIX**.

Con relación al **personal sanitario**, no se identificó ninguna fortaleza y, aunque no llegaron a constituir la, destacaron los siguientes ítems : **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (71,2%) correspondiente a la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad**; **ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (70,8%) perteneciente a la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** y los ítems : **ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (71,3%) e **ítem 4** : “En esta unidad nos tratamos todos con respeto” (67%) de la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades**.

Por el contrario, sí se reconocieron oportunidades de mejora en las siguientes dimensiones :

- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (66,1%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (67,9%) ; el **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (66,4%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (58,9%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (58,5%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (64,2%)
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (58,8%)
- Aunque no llegó a constituir una debilidad, destacó el **ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (48,9%) correspondiente a la **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación.**

Con respecto al **personal no sanitario**, se describió como fortaleza el **ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (76,5%) perteneciente a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades.**

Aunque no constituyó una fortaleza, sobresalió el **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (73,3%) correspondiente a la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad; ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (74,5%) dentro de la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** y el **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (72,5%) correspondiente a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las unidades.** El número de debilidades señaladas fue ligeramente mayor en relación al personal sanitario con cuatro dimensiones : franqueza en la comunicación,

dotación de personal, apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente y trabajo en equipo entre Unidades.

Los ítems que se comportaron como una debilidad dentro de cada dimensión fueron :

- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación : Ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (51,1%)
- **Dimensión 9. Dotación de Personal : ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (73,1%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (74,5%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (52,4%)
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (59,1%)

DIFERENCIAS SEGÚN ESTAMENTO

1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Tabla XXXVIII. Dimensión frecuencia de eventos notificados según tipo de estamento.

Dimensión 1 Frecuencia de eventos notificados	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P.40) - Nunca/Casi nunca. - A veces. - Casi siempre/Siempre.	16,1 31,1 52,8	8,5 38,3 53,2	15,2 32,0 52,8	0,325
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P.41) - Nunca/ Casi nunca. - A veces. - Casi siempre/Siempre.	22,2 31,8 46,1	23,9 37,0 39,1	22,4 32,4 45,2	0,663
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P.42) - Nunca/ Casi nunca. - A veces. - Casi siempre/Siempre.	19,5 32,4 48,1	23,9 39,1 37	20,1 33,2 46,8	0,363

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla XXXIX. Dimensión Percepción de seguridad según tipo de estamento.

Dimensión 2 Percepción de seguridad	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
No se producen más fallos por casualidad (P.10) -Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	35,4 19,4 44,9	24,0 34,0 42,0	33,9 21,5 44,6	0,052
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P.15) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	53,9 15,7 30,3	39,5 25,6 34,9	52,3 16,8 30,8	0,137
En esta Unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (P.17) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	54,5 19,4 26,1	59,6 19,1 21,3	55,2 19,3 25,5	0,753
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P.18) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	24,0 21,9 54,1	20,8 10,4 68,8	23,6 20,5 55,9	0,105

3. ACCIONES DE LA DIRECCION/ SUPERVISIÓN QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD

Tabla XL. Dimensión Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad según tipo de estamento.

Dimensión 3 Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P.19) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	17,5 21,9 60,9	7,7 30,8 61,5	16,2 23,0 60,8	0,120
Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P.20) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	14,7 21,5 63,8	10,6 21,3 68,1	14,2 21,4 64,3	0,742
Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente (P.21) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	63,2 16,5 20,3	55,6 24,4 20,0	62,3 17,4 20,3	0,401
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P.22) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	71,2 14,4 14,4	73,3 22,2 4,4	71,4 15,3 13,2	0,101

4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Tabla XLI. Dimensión Aprendizaje organizacional según tipo de estamento.

Dimensión 4 Aprendizaje organizacional	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P.6) -Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	39,2 20,4 40,4	33,3 23,5 43,1	38,5 20,8 40,8	0,706
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P.9) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	15,5 13,7 70,8	13,7 11,8 74,5	15,3 13,5 71,2	0,857
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P.13) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	41,2 25,7 33	14 34 52	37,8 26,8 35,5	0,001

5. TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES

Tabla XLII. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según tipo de estamento.

Dimensión 5 Trabajo en equipo dentro de las Unidades	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
El personal se apoya mutuamente (P.1) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	12,6 16,1 71,3	11,8 11,8 76,5	12,5 15,6 71,9	0,692
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P.3) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	27,8 13,2 51,1	25,5 17,6 56,9	27,5 13,7 58,8	0,680
En esta Unidad todos nos tratamos con respeto (P.4) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	17,1 15,9 67,0	17,6 9,8 72,5	17,2 15,1 67,7	0,519
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P. 11) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	17,5 21,3 61,1	25,5 19,6 54,9	18,6 21,1 60,3	0,395

6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

Tabla XLIII. Dimensión Franqueza en la comunicación según tipo de estamento.

Dimensión 6 Franqueza en la Comunicación	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P.37) -Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	48,9 38,2 13,0	51,1 46,7 2,2	49,2 39,4 11,4	0,098
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P.35) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	9,4 30,8 59,8	14,0 34,0 52,0	10,0 31,2 58,8	0,466
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P.39) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	48,1 36,1 15,8	34,6 48,1 17,3	46,3 37,7 16	0,169

7. RETROALIMENTACIÓN/ COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

Tabla XLIV. Dimensión Retroalimentación/Comunicación sobre errores según tipo de estamento.

Dimensión 7 Retroalimentación/Comunicación sobre errores	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P.34) - Nunca / Casi nunca. 44,3 - A veces. 43,1 - Casi siempre/ Siempre. 12,6				0,912
En mi Servicio /Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P.38) - Nunca / Casi nunca. 15,2 - A veces. 27,5 - Casi siempre/ Siempre. 57,3				0,364
Se nos informa de los errores que ocurren en este Servicio/ Unidad (P.36) - Nunca / Casi nunca. 23,4 - A veces. 31,6 - Casi siempre/ Siempre. 45,0				0,742

8. RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES

Tabla XLV. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según tipo de estamento.

Dimensión 8 Respuesta no punitiva a errores	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable (P.12) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	43,6 16,4 40,1	40,4 19,2 40,4	43,1 16,8 40,1	0,849
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P.16) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	32,1 23,5 44,4	39,1 32,6 28,3	32,9 24,6 42,5	0,107
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra (P.8) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	59,1 21,2 19,7	56,9 23,5 19,6	58,8 21,5 19,7	0,926

9. DOTACIÓN DE PERSONAL

Tabla XLVI. Dimensión Dotación personal según tipo de estamento.

Dimensión 9 Dotación de Personal	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P.5) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	25,4 8,6 66,1	42,0 14,0 44,0	27,5 9,3 63,2	0,010
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P.7) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	38,9 19,0 42,1	42,9 22,4 34,7	39,4 19,4 41,2	0,605
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P.2) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	66,4 5,8 27,8	73,1 7,7 19,2	67,3 6,1 26,6	0,408
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P.14) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	18,8 13,2 67,9	17,6 7,8 74,5	18,7 12,5 68,8	0,512

10. APOYO DE LA GERENCIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla XLVII. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente según tipo de estamento.

Dimensión 10 Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P.23) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	58,9 27,6 13,5	28,3 47,8 23,9	55,3 30,0 14,7	0,000
La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P.30) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	58,5 26,8 14,7	40,9 38,6 20,5	56,5 28,1 15,4	0,085
La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P.31) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	16,7 19,1 64,2	16,7 31 52,4	16,7 20,4 62,9	0,180

11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Tabla XLVIII. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según tipo de estamento.

Dimensión 11 Trabajo en equipo entre Unidades	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	19,6 21,6 58,8	20,5 20,5 59,1	19,7 21,5 58,8	0,980
Los Servicios/Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P.32) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	29,9 28,7 41,3	22,0 26,8 51,2	29,1 28,5 42,4	0,430
Hay una buena cooperación entre las Unidades/ Servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	33,2 24,7 42,1	23,3 30,2 46,5	32,1 25,3 42,6	0,402
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/ Unidades (P.28) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	52,0 24,6 23,4	64,4 22,2 13,3	53,5 24,3 22,2	0,218

12. CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIÓN ENTRE SERVICIOS

Tabla XLIX. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según tipo de estamento.

Dimensión 12 Cambios de turno y transición entre Servicios	SANITARIO (%)	NO SANITARIO (%)	TOTAL (%)	P
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otro (P.25) - Muy en desacuerdo/En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/Muy de acuerdo.	37,9 22,1 40,0	47,6 21,4 31,0	39,0 22,0 39,0	0,430
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P.27) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	57,1 21,6 21,3	40,0 45,0 15,0	55,3 24,1 20,6	0,005
El intercambio de información entre los diversos Servicios es habitualmente problemático (P.29) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	47,1 24,4 28,5	50,0 26,2 23,8	47,4 24,3 28,0	0,813
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P.33) - Muy en desacuerdo/ En desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	53,6 26,2 20,2	40,0 42,5 17,5	52,1 27,9 19,9	0,091

6.1.6.2. Fortalezas y debilidades según el tipo de profesión

Las profesiones incluidas en el estudio fueron las siguientes : médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, farmacéuticos y otros. (Tablas L a LXI) A continuación, se muestran las distintas fortalezas y debilidades según el tipo de profesional :

✓ **Médicos**

Destacaron como fortalezas en dos dimensiones : **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (70,5%) y

Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1 : “El personal se apoya mutuamente” (77,9%) Aunque no constituyeron una fortaleza, destacaron los siguientes ítems : **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente”(73,2%); **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (72,3%); **ítem 38** : “En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir” (64,6%)

En cuanto a las oportunidades de mejora, se identificaron cinco dimensiones como puntos débiles destacando sobretodo dos ellas al presentar una mayor número de ítems como debilidad :

- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (72,6%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (56,6%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (72,3%) y la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente”(50%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (58,6%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (66,1%)
- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (54,9 %)
- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (50,9%)
- Por último, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (55,8%)

Aunque no llegó a ser una debilidad, resaltó el **ítem 25** : “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/Servicio a otra” (47,3%) correspondiente a la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre servicios.**

✓ **Enfermeros**

Despuntaron como fortalezas en dos dimensiones : **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** : **ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (79%) y la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades** : **ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (75%).

Aunque no se establecieron como una fortaleza, se distinguieron los siguientes ítems: **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (72,1%) perteneciente a la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad** y el **ítem 11** : “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” (69,2%) correspondiente a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades**.

En cuanto a las oportunidades de mejora, se identificaron cinco dimensiones como puntos débiles. Al igual que el colectivo médico, resaltaron sobretudo dos de ellas al presentar un mayor número de ítems como debilidad :

- **Dimensión 9. Dotación de personal** : **ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (65,7%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”(66,3%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (70,2%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** : **ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (67,6%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (61,9%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (74,3%)

El resto de dimensiones identificadas como debilidades fueron :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad** : **ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (57,5%)

- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación: ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (55,3%),
- Por último, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas” (61%)

Aunque no constituyeron una debilidad, destacaron los siguientes ítems : **ítem 34** : “Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” (48,1%), **ítem 7** : “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal”(48,6%), **ítem 27** : “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” (68,3%), **ítem 33** : “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” (67,6%)

✓ **Auxiliares de Enfermería**

Destacaron tres dimensiones como fortalezas, resaltando por encima del resto las siguientes:

- **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la Seguridad : ítem 19** : “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” (76,7%); **ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (76,2%); **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (78,6%)
- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (82,6%)
- **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (78,8%)

Aunque no llegaron a constituir una fortaleza, despuntaron los siguientes ítems correspondientes a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 3** : “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” (71,8%); **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (68,7%) y,

finalmente, el **ítem 11** : “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” (71,8%)

Los otros ítems destacados fueron : **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad** : **ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente” (71,1%) y el **ítem 38** : “En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir” (67,1%), perteneciente a la **Dimensión 7. Retroalimentación/comunicación sobre errores**.

En cuanto a las oportunidades de mejora, se identificaron cinco dimensiones como puntos débiles destacando las mismas dimensiones que en los colectivos de médicos y enfermeros, es decir:

- **Dimensión 9. Dotación de personal** : **ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (65,9%), **ítem 7** : “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” (51,8%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (76,7%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa”(62,8%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** : **ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (57,1%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (57,1%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (53,5%)
- Las otras áreas de mejoras identificadas fueron :
 - **Dimensión 2. Percepción de seguridad** : **ítem 10** : “No se producen más fallos por casualidad” (59,8%)
 - **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación**: **ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (51,5%)
 - Por último, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (57,6%)

Aunque no lograron constituir una debilidad, sobresalieron los siguientes ítems: **ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (48,2%) correspondiente a la **Dimensión 2. Percepción de seguridad** y los ítems: **ítem 27**: “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (63,5%) e **ítem 33** : “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” (62,4%), correspondientes a la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre servicios**.

✓ **Celadores**

No se consiguió identificar ninguna fortaleza.

Este colectivo fue el que presenta un mayor número de oportunidades de mejora con ocho dimensiones susceptibles de mejorar:

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad** : **ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (59,4%); **ítem 17** : “En esta Unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente” (59,4%)
- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** : **ítem 6** : “Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” (68,8%)
- **Dimensión 5 : Trabajo en equipo dentro de las Unidades** : **ítem 3** : “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo”(63,6%)
- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación**: **ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (62,5%)
- **Dimensión 7. Retroalimentación/Comunicación sobre errores** : **ítem 34** : “Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” (50%)
- **Dimensión 9. Dotación de personal** : **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (65,6%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (54,8%)

- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** : **ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (63,6%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (54,8%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (51,7%)
- En último lugar, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (63,6%); **ítem 26** : “Hay una buena cooperación entre las Unidades/ Servicios que tienen que trabajar conjuntamente” (54,8%)

Aunque no constituyó una debilidad, destacaron los siguientes ítems: **ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (48,4%) perteneciente a la **Dimensión 9. Dotación de personal** e **ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (46,9%), correspondiente a la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**.

✓ **Farmacéuticos**

Se describieron siete dimensiones cuyos ítems que se comportaron como una fortaleza destacando, sobretodo :

- **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados** : **ítem 40** : “Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente”(100%); **ítem 41** : “Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente” (100%) e **ítem 42** : “Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente” (100%),
- **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la seguridad del paciente** : **ítem 19** : “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente”(100%); **ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (100%); **ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda

poner en peligro la seguridad del paciente” (100%); **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (100%)

- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (100%); **ítem 6** : “Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” (100%); **ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (100%)

El resto de fortalezas identificadas fueron :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 18** : “Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia” (100%)
- **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (100%), **ítem 3** : “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” (100%); **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (100%); **ítem 11** : “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” (100%)
- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación: ítem 35** : “Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla con ello con total libertad” (100%); **ítem 39** : “El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta” (100%) y por último, la
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 28** : “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/ Unidades” (100%)

Las oportunidades de mejora en este colectivo son las siguientes :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 10** : “No se producen más fallos por casualidad” (50%); **ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (100%); **ítem 17** : “En esta Unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente” (100%),
- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora”(100%); **ítem**

- 7** : “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” (100%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (100%); **ítem 14** : Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (100%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** : **ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (50%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (50%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (100%)
 - **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (100%); **ítem 32** : “Los Servicios/ Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible” (50%); **ítem 26** : “Hay una buena cooperación entre las Unidades/Servicios que tienen que trabajar conjuntamente” (50%)
 - Finalmente, los ítems correspondientes a la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios** : **ítem 25** : “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra” (100%); **ítem 27** : “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” (100%); **ítem 29** : “El intercambio de información entre los diversos Servicios es habitualmente problemático” (50%); **ítem 33** : “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” (50%)
 - **Otros**

Este colectivo, estuvo representado por fisioterapeutas y personal no sanitario (Administrativos, Técnicos, Radiofísicos y Gerencia)

No se evidenció ninguna fortaleza y, aunque no llegaron a constituirlos, destacaron los siguientes ítems : **ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (70,2%) perteneciente a la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional** y los ítems, **ítem 1** : “El personal se apoya

mutuamente” (70,2%) e **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (71,4%) correspondientes a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades**.

Las oportunidades de mejora identificadas fueron : **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación: ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (52%), **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (75,9%), **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (75,4%), **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (52%) y la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (57,1%)

DIFERENCIAS SEGÚN PROFESIÓN

1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Tabla L. Dimensión Frecuencia de eventos notificados según el tipo de profesión.

Dimensión 1	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFERM. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P.40)								
- Nunca/Casi nunca.	17,5	15,4	11,6	30,0	0	7,5	15,2	
- A veces.	34,2	28,8	23,3	50,0	0	39,6	32,2	
- Casi siempre/Siempre.	48,2	55,8	65,1	20,0	100	52,8	52,6	0,007
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P.41)								
- Nunca/ Casi nunca.	17,7	25,0	18,8	40,6	0	20,8	22,2	
- A veces.	41,6	24,0	23,5	40,6	0	39,6	32,5	
- Casi siempre/Siempre.	40,7	51,0	57,6	18,8	100	39,6	45,4	0,003
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P.42)								
- Nunca/ Casi nunca.	19,3	21,9	12,9	35,5	0	20,8	20,1	
- A veces.	42,1	27,6	21,2	41,9	0	39,6	33,2	
- Casi siempre/Siempre.	38,6	50,5	65,9	22,6	100	39,6	46,8	0,001

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla LI. Dimensión Percepción de seguridad según el tipo de profesión.

Dimensión 2 Percepción de seguridad	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
No se producen más fallos por casualidad (P.10)								
- Muy en desacuerdo/en desacuerdo.	34,8	40,2	36,6	22,6	0	26,8	34,3	
- Indiferente.	27,7	17,6	3,7	35,5	50,0	32,1	21,3	
-De acuerdo/Muy de acuerdo.	37,5	42,2	59,8	41,9	50,0	41,1	44,4	0,000
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P.15)								
- Muy en desacuerdo/en desacuerdo.	54,9	57,5	48,2	59,4	100	37,5	52,5	
- Indiferente.	16,8	14,2	12,9	21,9	0	25,0	16,6	
-De acuerdo/Muy de acuerdo.	28,3	28,3	38,8	18,8	0	37,5	30,9	0,270
En esta Unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (P.17)								
- Muy en desacuerdo/en desacuerdo.	57,5	49,5	68,7	21,9	0	60,4	55,0	
- Indiferente.	23,9	18,1	15,7	18,8	0	18,9	19,4	
-De acuerdo/Muy de acuerdo.	18,6	32,4	15,7	59,4	100	20,8	25,6	0,000
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P.18)								
- Muy en desacuerdo/en desacuerdo.	18,8	24,8	23,5	41,9	0	22,2	23,7	
- Indiferente.	29,5	22,9	9,4	22,6	0	11,1	20,1	
-De acuerdo/Muy de acuerdo.	51,8	52,4	67,1	35,5	100	66,7	56,2	0,006

3. ACCIONES DE LA DIRECCION/ SUPERVISIÓN QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD

Tabla III. Dimensión Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad según el tipo de profesión.

Dimensión 3 Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P.19) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	13,2 24,6 62,3	19,0 27,6 53,3	15,1 8,1 76,7	29,0 29,0 41,9	0 0 100	10,5 31,6 57,9	16,0 23,0 60,9	0,007
Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P.20) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	9,8 26,8 63,4	16,2 21,9 61,9	11,9 11,9 76,2	29,0 29,0 41,9	0 0 100	13,5 21,2 65,4	14,0 21,6 64,4	0,058
Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente (P.21) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	61,9 18,6 19,5	64,4 17,3 18,3	71,1 13,3 15,7	53,1 12,5 34,4	100 0 0	52,0 24,0 24,0	62,7 17,2 20,1	0,421
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P.22) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	73,2 14,3 12,5	72,1 13,5 14,4	78,6 8,3 13,1	48,4 29 22,6	100 0 0	69,2 23,1 7,7	71,6 15,1 13,3	0,107

4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Tabla LIII. Dimensión Aprendizaje organizacional según el tipo de profesión.

Dimensión 4 Aprendizaje organizacional	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P.6)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	35,1	34,6	37,3	68,8	0	36,8	38,4	
- Indiferente.	29,7	18,3	13,3	12,5	0	22,8	20,6	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	35,1	47,1	49,4	18,8	100	40,4	41	0,005
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P.9)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	11,6	12,4	11,6	53,1	0	12,3	15,3	
- Indiferente.	17,9	8,6	5,8	28,1	0	17,5	13,5	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	70,5	79,0	82,6	18,8	100	70,2	71,2	0,000
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P.13)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	50,9	40,0	27,1	46,9	0	19,6	37,9	
- Indiferente.	19,6	31,4	18,8	46,9	0	32,1	26,6	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	29,5	28,6	54,1	6,3	100	48,2	35,5	0,000

5. TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES

Tabla LIV. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según el tipo de profesión.

Dimensión 5 Trabajo en equipo dentro de las Unidades	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El personal se apoya mutuamente (P.1)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	8	13,5	15,3	18,8	0	12,3	12,5	
- Indiferente.	14,2	11,5	5,9	59,4	0	17,5	15,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	77,9	75,0	78,8	21,9	100	70,2	71,7	0,000
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P.3)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	22,1	23,1	24,7	63,6	0	29,3	27,4	
- Indiferente.	19,5	12,5	3,5	18,2	0	17,2	13,7	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	58,4	64,4	71,8	18,2	100	53,9	58,9	0,000
En esta Unidad todos nos tratamos con respeto (P.4)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	12,5	20,2	18,1	22,6	0	17,9	17,3	
- Indiferente.	15,2	12,5	13,3	35,5	0	10,7	15,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	72,3	67,3	68,7	41,9	100	71,4	67,7	0,086
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P.11)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	17,0	15,4	15,3	29,0	0	25,9	18,4	
- Indiferente.	25,0	15,4	12,9	48,4	0	20,7	21,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	58,0	69,2	71,8	22,6	100	53,4	60,6	0,000

6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

Tabla LV. Dimensión Franqueza en la comunicación según el tipo de profesión.

Dimensión 6 Franqueza en la comunicación	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P.37)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	35,8	55,3	51,5	62,5	0	52,0	49,3	0,019
- Indiferente.	40,7	36,5	37,9	37,5	0	44,0	39,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	23,5	8,2	10,6	0	100	4	11,4	
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla con ello con total libertad (P.35)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	8,8	6,7	12,9	12,5	0	12,5	9,9	0,805
- Indiferente.	31,0	28,6	30,6	40,6	0	32,1	31,1	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	60,2	64,8	56,5	46,9	100	55,4	58,9	
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P.39)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	50,0	47,1	45,9	46,9	100	37,9	46,4	0,318
- Indiferente.	35,7	41,3	29,4	40,6	0	46,6	37,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	14,3	11,5	24,7	12,5	0	15,5	15,8	

7. RETROALIMENTACIÓN/ COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

Tabla LVI. Dimensión Retroalimentación/comunicación sobre errores según el tipo de profesión.

Dimensión 7 Retroalimentación/ comunicación sobre errores	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P.34)								
- Nunca/ Casi nunca.	45,7	48,1	38,5	50,0	100	34,9	43,8	
- A veces.	44,4	40,5	38,5	50,0	0	51,2	43,5	
- Casi siempre/Siempre.	9,9	11,4	23,1	0	0	14,0	12,7	0,149
En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P.38)								
- Nunca/ Casi nunca.	10,6	18,9	9,4	29,0	0	10,7	14	
- A veces.	24,8	28,3	23,5	48,4	0	32,1	28,3	
- Casi siempre/Siempre.	64,6	52,8	67,1	22,6	100	57,1	57,7	0,005
Se nos informa de los errores que ocurren en este Servicio/ Unidad (P.36)								
- Nunca/ Casi nunca.	16,8	27,4	15,5	46,9	0	22,6	22,6	
- A veces.	38,1	27,4	23,8	46,9	0	34,0	32,1	
- Casi siempre/Siempre.	45,1	45,3	60,7	6,3	100	43,4	45,2	0,000

8. RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES

Tabla LVII. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según el tipo de profesión.

Dimensión 8 Respuesta no punitiva a errores	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable (P.12)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	52,7	42,3	41,9	18,8	100	39,7	43,0	
- Indiferente.	22,3	14,4	8,1	28,1	0	17,2	16,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	25,0	43,3	50,0	53,1	0	47,1	40,2	0,002
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P.16)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	31,9	25,0	45,2	12,5	50,0	41,5	32,7	
- Indiferente.	24,8	17,3	17,9	59,4	0	30,2	24,7	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	43,4	57,7	36,4	28,1	50,0	28,3	42,5	0,000
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra (P.8)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	70,8	62,5	54,8	29,0	100	50,9	59,0	
- Indiferente.	19,5	17,3	15,5	48,4	0	28,1	21,5	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	9,7	20,2	29,8	22,6	0	21,1	19,5	0,000

9. DOTACIÓN DE PERSONAL

Tabla LVIII. Dimensión Dotación personal según el tipo de profesión.

Dimensión 9 Dotación personal	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P.5)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	21,2	23,8	30,5	29,0	0	41,1	27,3	
- Indiferente.	6,2	10,5	3,7	22,6	0	12,5	9,0	
- De acuerdo/ Muy de acuerdo.	72,6	65,7	65,9	48,4	100	46,4	63,7	0,011
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P.7)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	45,5	40,0	29,4	40,6	0	42,6	39,6	
- Indiferente.	18,8	11,4	18,8	40,6	0	24,1	19,3	
- De acuerdo/ Muy de acuerdo.	35,7	48,6	51,8	18,8	100	33,3	41,1	0,004
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P.2)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	56,6	66,3	76,7	65,6	100	75,9	67,3	
- Indiferente.	8,8	3,8	2,3	12,5	0	6,9	6,1	
- De acuerdo/ Muy de acuerdo.	34,5	29,8	20,9	21,9	0	17,2	26,6	0,075
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P.14)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	12,5	17,3	29,1	22,6	0	15,8	18,7	
- Indiferente.	15,2	12,5	8,1	22,6	0	8,8	12,5	
- De acuerdo/ Muy de acuerdo.	72,3	70,2	62,8	54,8	100	75,4	68,8	0,120

10. APOYO DE LA GERENCIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla LIX. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la Seguridad del paciente según el tipo de profesión.

Dimensión 10 Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
La gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.(P.23) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	50,0 37,5 12,5	67,6 23,8 8,6	57,1 23,8 19	63,6 18,2 18,2	50,0 50,0 0	34,6 42,3 23,1	55,4 29,9 14,7	0,007
La gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.(P.30) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	58,6 29,7 11,7	61,9 28,6 9,5	57,1 21,4 21,4	54,8 22,6 22,6	50,0 50,0 0	44,0 36,0 20,0	56,9 27,9 15,1	0,240
La gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.(P31)- - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/ Muy de acuerdo.	14,3 19,6 66,1	7,6 18,1 74,3	29,1 17,4 53,5	24,1 24,1 51,7	0 0 100	18 30 52	17 20,4 62,7	0,011

11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Tabla LX. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según el tipo de profesión.

Dimensión 11 Trabajo en equipo entre Unidades	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	22,1	13,3	24,7	18,2	0	11,4	19,7	
- Indiferente.	22,1	25,7	17,6	18,2	0	22,4	21,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	55,8	61,0	57,6	63,6	100	57,1	58,5	0,781
Los Servicios/ Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P.32)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	27,7	34,6	23,5	41,9	50,0	21,3	29,1	
- Indiferente.	34,8	28,8	18,8	29,0	50,0	31,9	28,9	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	37,5	36,5	57,6	29,0	0	46,8	42,0	0,047
Hay una buena cooperación entre las Unidades/ Servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	29,5	33,3	29,1	54,8	50,0	26,5	32,2	
- Indiferente.	31,3	28,6	11,6	22,6	50,0	30,6	25,5	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	39,3	38,1	59,3	22,6	0	42,9	42,3	0,004
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/ Unidades (P.28)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	58,0	49,5	55,8	29,0	100	62,7	53,6	
- Indiferente.	20,5	28,6	20,9	35,5	0	23,5	24,4	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	21,4	21,9	23,3	35,5	0	13,7	22,0	0,191

12. CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIÓN ENTRE SERVICIOS

Tabla LXI. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según el tipo de profesión.

Dimensión 12 Cambios de turno y transición entre Servicios	MÉDICOS (%)	ENFERM. (%)	AUX. ENFER. (%)	CELADOR (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra (P.25)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	30,4	40,0	49,4	29,0	0	45,8	38,9	
- Indiferente.	22,3	22,9	13,3	41,9	0	20,8	21,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	47,3	37,1	37,3	29,0	100	33,3	39,2	0,036
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P.27)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	47,3	68,3	63,5	41,9	0	40,0	55,3	
- Indiferente.	32,7	15,4	12,9	22,6	0	40,7	24,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	20,0	16,3	23,5	35,5	100	13,3	20,5	0,000
El intercambio de información entre los diversos Servicios es habitualmente problemático (P.29)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	50,0	44,2	57,6	24,1	0	46,8	47,5	
- Indiferente.	23,2	26,9	18,8	31,0	50,0	27,7	24,5	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	26,8	28,8	23,5	44,8	50,0	25,5	28,0	0,210
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P.33)								
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	40,9	67,6	62,4	41,9	0	35,6	52,3	
- Indiferente.	40,0	14,7	18,8	22,6	0	48,9	27,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	18,1	17,6	18,8	35,5	100	15,6	19,8	0,000

6.1.6.3. Fortalezas y debilidades según el tipo de Servicio

Los tipos de Servicios incluidos en el estudio se agruparon del siguiente modo: médicos, quirúrgicos, UCI, farmacia y otros (Fisioterapia y Rehabilitación, Radiología, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica, Laboratorio, Neurofisiología, Unidad de admisión y documentación (UDCA), Quirófano, Docencia, Diversas Unidades y personal no sanitario) (Tablas LXII a LXXIV)

✓ **Servicios médicos**

Las dimensiones mejor valoradas y que, por tanto, representan una fortaleza fueron: **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la seguridad: ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (75%) y la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (77,1%)

Aunque no se calificaron como una fortaleza, destacaron los siguientes ítems : **ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (65,7%); **ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente” (66,9%); **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (72,9%); **ítem 38** : “En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir”(63,7%); **ítem 8** : “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra” (63,2%)

Las dimensiones peor valoradas y que representan una debilidad fueron :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (53,1%)
- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (67,6%), **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (65,3%), **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (69,9%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (57,6%), **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (63,9%), **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (64,1%)

- Por último, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (61,4%)

Aunque no se consideraron como una debilidad, sobresalieron los siguientes ítems: **ítem 34** : “Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” (48,2%) en la **Dimensión 7. Retroalimentación. Comunicación sobre errores, ítem 16** : “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente” (46,9%) perteneciente a la **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores** y el **ítem 25** : “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra” (44,4%), correspondiente a la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios.**

✓ **Servicios quirúrgicos**

No se describió ninguna fortaleza.

Aunque no se calificó como una fortaleza, destacaron los siguientes ítems : **ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (67,3%); **ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente” (65%); **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (73,3%), todos ellos dentro de la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueve la seguridad, ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (71,6%) Dentro de la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**, el **ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (69,6%); **ítem 4** : “En esta unidad todos nos tratamos con respeto” (65,3%) correspondiente a la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades** y, finalmente, el **ítem 8** : “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra” (63%) perteneciente a la **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores.**

En relación a las oportunidades de mejora, predominaron las siguientes :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 15** : “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (61,8%)

- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación : ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (51,3%),
- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (64%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (65,7%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (64,4%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (60,6%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (59,6%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (66,3%)
- Para finalizar, la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (57%)

Aunque no se estableció como una debilidad, resaltaron los siguientes ítems : **ítem 10** : “No se producen más fallos por casualidad” (47%) de la **Dimensión 2. Percepción de seguridad**, **ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (47,1%) correspondiente a la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**, **ítem 34** : “Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” (47,5%) dentro de la **Dimensión 7. Retroalimentación/Comunicación sobre errores** y por último, el **ítem 16** : “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente” (45,6%) perteneciente a la **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores**.

✓ **UCI**

Destacaron como fortaleza las siguientes dimensiones :

- **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la Seguridad : ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que

trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente” (80%)

- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (80%)
- **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (80%), **ítem 3** : “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” (80%), **ítem 11** : “Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros” (86,7%)
- **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios : ítem 27** : “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” (86,7%); **ítem 33** : “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” (78,6%)

Aunque no llegaron a constituir una fortaleza, destacaron los siguientes ítems : **ítem 42** : “Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente” (73,3%) correspondiente a la **Dimensión 1 : Frecuencia de eventos notificados** y los ítems referidos a la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/Supervisión que promueve la seguridad : ítem 19** : “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” (73,3%); **ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (71,4%) e **ítem 22** : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (73,3%)

Las debilidades identificadas en ente colectivo fueron :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 10** : “No se producen más fallos por casualidad” (50%)
- **Dimensión 7. Retroalimentación/Comunicación sobre errores : ítem 34** : “Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo” (50%)

- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 7** : “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” (65,3%)
- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente : ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (57,1%); **ítem 30** : “La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades” (68,8%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (68,8%)
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades : ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (66,7%)
- **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios : ítem 25** : “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra” (50%)

Aunque no constituyeron una debilidad, sobresalieron los siguientes ítems : **ítem 13** : “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (46,7%) incluido en la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**.

✓ **Farmacia**

Destacaron como fortalezas siete dimensiones :

- **Dimensión 1. Frecuencias de eventos notificados : ítem 40** : “Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente” (75%) e **ítem 42** : “Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente” (75%)
- **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad : ítem 20** : “Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (87,5%); **ítem 21** : “Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente” (100%); **ítem**

22 : “Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (88,9%)

- **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional : ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (87,5%)
- **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades : ítem 1** : “El personal se apoya mutuamente” (100%); **ítem 3** : “Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo” (77,8%); **ítem 4** : “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (100%)
- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación : ítem 39** : “El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta” (77,8%)
- **Dimensión 7. Retroalimentación/Comunicación sobre errores : ítem 38** : “En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir” (100%); **ítem 36** : “Se nos informa de los errores que ocurren en este Servicio/ Unidad” (75%)
- **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores : ítem 8** : “Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra” (75%)

Aunque no se estableció como una fortaleza, resaltó el **ítem 19** : “Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente” (66,7%) perteneciente a la **Dimensión 3. Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la seguridad.**

Las debilidades encontradas fueron :

- **Dimensión 2. Percepción de seguridad : ítem 10** : “No se producen más fallos por casualidad” (66,7%)
- **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (55,6%), **ítem 7** : “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” (66,7%); **ítem 2** : “Hay suficiente

personal para afrontar la carga de trabajo” (88,9%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (77,8%)

- **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** : **ítem 23** : “La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente” (54%); **ítem 31** : “La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (58%)
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (77,8%)

✓ **Otros**

No se identificó ninguna fortaleza.

Aunque no constituyó una fortaleza, destacó el **ítem 9** : “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” (73,5%), de la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**.

Entre las áreas de mejora se encontraron las siguientes dimensiones :

- **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación** : **ítem 37** : “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (56%),
- **Dimensión 9. Dotación de personal** : **ítem 5** : “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (66,3%); **ítem 2** : “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (75,5%); **ítem 14** : “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (76,2%)
- **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” (53%)

DIFERENCIAS POR TIPO DE SERVICIO/ UNIDAD

1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Tabla LXII. Dimensión Frecuencia de eventos notificados según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 1 Frecuencia de eventos notificados	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. (P.40)							
- Nunca/Casi nunca.	22,6	12,7	14,3	0	9,2	15,5	0,166
- A veces.	27,4	31,4	28,6	25,0	35,7	30,7	
- Casi siempre/Siempre.	50	55,9	57,1	75,0	55,1	53,8	
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P.41)							
- Nunca/ Casi nunca.	25,3	19,4	14,3	11,1	20,0	21,5	0,597
- A veces.	28,8	31,1	28,6	22,2	39,0	32,0	
- Casi siempre/Siempre.	45,9	49,5	57,1	66,7	41,0	46,5	
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P.42)							
- Nunca/ Casi nunca.	21,9	18,6	13,3	0	17,8	19,1	0,425
- A veces.	31,5	34,3	13,3	25,0	35,6	32,5	
- Casi siempre/Siempre.	46,6	47,1	73,3	75,0	46,5	48,4	

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla LXIII. Dimensión Percepción de seguridad según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 2 Percepción de seguridad	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
No se producen más fallos por casualidad (P.10) - Muy en desacuerdo/en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/Muy de acuerdo	32,6 25,7 41,7	38,0 15,0 47,0	35,7 14,3 50,0	22,2 11,1 66,7	32,7 20,4 46,9	34,0 20,5 45,5	0,591
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (P.15) - Muy en desacuerdo/en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/Muy de acuerdo	53,1 15,9 31	61,8 14,7 23,5	26,7 6,7 66,7	33,3 11,1 55,6	48 17,3 34,7	52,6 15,4 32	0,050
En esta Unidad hay problemas relacionados con a seguridad del paciente (P.17) - Muy en desacuerdo/en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/Muy de acuerdo	54,5 18,9 26,6	58,8 17,6 23,5	60 33,3 6,7	50 25 25	52,5 21,8 25,7	55,3 20,1 24,7	0,786
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P.18) - Muy en desacuerdo/en desacuerdo. - Indiferente. -De acuerdo/Muy de acuerdo	26,2 22,8 51	25,7 17,8 56,4	13,3 20 66,7	11,1 22,2 66,7	22,3 19,4 58,3	24,1 20,4 55,5	0,869

3. ACCIONES DE LA DIRECCION/ SUPERVISIÓN QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD

Tabla LXIV. Dimensión Acciones de la Dirección/Supervisión que promueven la Seguridad según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 3 Acciones de la Dirección/ Supervisión que promueven la Seguridad	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P.19) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	19,2 19,9 61,0	12,7 25,5 61,8	20,0 6,7 73,3	22,2 11,1 66,7	13,7 26,5 59,8	16,0 22,5 61,5	0,592
Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (P.20) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	13,3 21,0 65,7	14,9 17,8 67,3	21,4 7,1 71,4	0 12,5 87,5	15,0 26,0 59,0	14,2 20,8 65,0	0,599
Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente (P.21) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	66,9 17,2 15,9	65,0 14,0 21,0	80,0 0 20,0	100 0 0	51,5 21,2 27,3	63,5 16,3 20,2	0,044
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P.22) - Muy en desacuerdo/ en desacuerdo. - Indiferente. - De acuerdo/ Muy de acuerdo.	75,0 13,9 11,1	73,3 8,9 17,8	73,3 6,7 20,0	88,9 0 11,1	67,0 20,0 13,0	72,6 13,6 13,8	0,282

4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Tabla LXV. Dimensión Aprendizaje organizacional según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 4 Aprendizaje organizacional	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P.6)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	39,2	43,6	43,8	0	36,6	39	
- Indiferente.	18,2	25,7	6,3	37,5	16,8	19,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	42,7	30,7	50,0	62,5	46,5	41,2	0,089
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (P.9)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	15,9	20,6	13,3	0	10,8	15,3	
- Indiferente.	15,2	7,8	6,7	12,5	15,7	12,9	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	69,0	71,6	80,0	87,5	73,5	71,8	0,360
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P.13)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	42,8	47,1	46,7	0	25,7	38,6	
- Indiferente.	26,2	23,5	6,7	57,1	26,7	25,4	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	31,0	29,5	46,7	42,9	47,5	35,9	0,006

5. TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES

Tabla LXVI. Dimensión Trabajo en equipo dentro de las Unidades según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 5 Trabajo en equipo dentro de las Unidades	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El personal se apoya mutuamente (P.1)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	11,1	12,7	13,3	0	16,7	12,9	
- Indiferente.	11,8	17,6	6,7	0	20,6	15,3	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	77,1	69,6	80,0	100	62,7	71,8	0,199
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. (P.3)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	24,1	29,7	13,3	11,1	33,3	27,4	
- Indiferente.	12,4	14,9	6,7	11,1	12,7	12,9	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	63,4	55,4	80,0	77,8	53,9	59,7	0,477
En esta Unidad todos nos tratamos con respeto. (P.4)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	12,5	23,8	50,0	0	12,9	16,8	
- Indiferente.	14,6	10,9	14,3	0	21,8	15,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	72,9	65,3	35,7	100	65,3	68,0	0,001
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P.11)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	19,3	18,6	6,7	22,2	18,6	18,5	
- Indiferente.	19,3	21,6	6,7	55,6	18,6	20,1	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	61,4	59,8	86,7	22,2	62,7	61,4	0,135

6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

Tabla LXVII. Dimensión Franqueza en la comunicación según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 6 Franqueza en la comunicación	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P.37)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	46,8	51,3	23,1	40,0	56,0	49,5	
- Indiferente.	38,7	30,8	76,9	40,0	40,5	38,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	14,4	17,9	0	20,0	3,6	11,7	0,015
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P.35)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	11,1	8,9	6,7	0	11,8	10,2	
- Indiferente.	28,5	28,7	53,3	33,3	32,4	30,7	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	60,4	62,4	40,0	66,7	55,9	59,0	0,646
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (P.39)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	51,0	47,6	26,7	77,8	44,6	48,0	
- Indiferente.	34,5	35,0	46,7	22,2	39,6	36,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	14,5	17,5	26,7	0	15,8	15,8	0,441

7. RETROALIMENTACIÓN/ COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

Tabla LXVIII. Dimensión Retroalimentación/comunicación sobre errores según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 7 Retroalimentación/comunicación	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P.34)							
- Nunca/ Casi nunca.	48,2	47,5	50,0	25,0	32,1	43,2	0,363
- A veces.	42,9	38,8	30,0	50,0	53,1	44,3	
- Casi siempre/Siempre.	8,9	13,8	20,0	25,0	14,8	12,5	
En mi Servicio/ Unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P.38)							
- Nunca/ Casi nunca.	17,8	10,8	6,7	0	16,7	14,7	0,005
- A veces.	18,5	32,4	46,7	0	35,3	27,5	
- Casi siempre/Siempre.	63,7	56,9	46,7	100	48,0	57,8	
Se nos informa de los errores que ocurren en este Servicio/ Unidad (P.36)							
- Nunca/ Casi nunca.	23,6	23,3	13,3	0	25,5	23,1	0,726
- A veces.	30,6	32,0	26,7	25,0	31,4	30,9	
- Casi siempre/Siempre.	45,8	44,7	60,0	75,0	43,1	46,0	

8. RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES

Tabla LXIX. Dimensión Respuesta no punitiva a errores según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 8 Respuesta no punitiva a errores	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable (P.12)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	46,9	42,6	60,0	44,4	39,6	44,2	0,880
- Indiferente.	15,2	17,8	6,7	11,1	15,8	15,6	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	37,9	39,6	33,3	44,4	44,6	40,2	
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (P.16)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	28,0	32,0	46,7	50,0	39,0	33,3	0,559
- Indiferente.	25,2	22,3	20,0	25,0	25,0	24,1	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	46,9	45,6	33,3	25,0	36,0	42,5	
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido un error, lo utilizan en tu contra (P.8)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	63,2	63,0	57,1	75,0	49,0	59,2	0,011
- Indiferente.	14,6	17,0	28,6	0	35,3	21,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	22,2	20,0	14,3	25,0	15,7	19,6	

9. DOTACIÓN DE PERSONAL

Tabla LXX. Dimensión Dotación personal según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 9 Dotación personal	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P.5)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	24,1	25,0	46,7	22,2	25,7	25,7	
- Indiferente.	8,3	11,0	20,0	22,2	7,9	9,7	
- De acuerdo/ Muy de acuerdo.	67,6	64,0	33,3	55,6	66,3	64,6	0,318
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P.7)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	39,0	43,1	21,4	22,2	43,9	40,4	
- Indiferente.	16,4	18,6	14,3	11,1	24,5	19,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	44,5	38,2	64,3	66,7	31,6	40,7	0,194
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P.2)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	65,3	65,7	40,7	88,9	75,5	68,0	
- Indiferente.	5,6	3,9	6,7	11,1	7,8	5,9	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	29,2	30,4	46,7	0	16,7	26,1	0,083
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (P.14)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	17,1	20,8	50,0	11,1	13,9	18,5	
- Indiferente.	13,0	14,9	6,3	11,1	9,9	12,3	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	69,9	64,4	43,8	77,8	76,2	69,2	0,066

10. APOYO DE LA GERENCIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla LXXI. Dimensión Apoyo de la Gerencia a la Seguridad del paciente según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 10 Apoyo de la Gerencia a la Seguridad del paciente	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
La Gerencia del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P.23)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	57,6	60,6	57,1	44,4	54,0	57,1	
- Indiferente.	31,3	27,3	14,3	33,3	30,0	29,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	11,1	12,1	28,6	22,2	16,0	13,7	0,632
La Gerencia del Hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P.30)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	63,9	59,6	68,8	44,4	47,5	58,0	
- Indiferente.	23,6	30,3	18,8	22,2	31,3	27,2	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	12,5	10,1	12,5	33,3	21,2	14,7	0,131
La Gerencia del Hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (P.31)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	20,4	13,9	12,5	22,2	18,0	17,7	
- Indiferente.	15,5	19,8	18,8	11,1	24,0	19,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	64,1	66,3	68,8	66,7	58,0	63,3	0,752

11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Tabla LXXII. Dimensión Trabajo en equipo entre Unidades según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 11 Trabajo en equipo entre Unidades	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	22,1	21,0	0	22,2	21,0	20,6	
- Indiferente.	16,6	22,0	33,3	0	26,0	20,9	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	61,4	57,0	66,7	77,8	53,0	58,5	0,239
Los Servicios/ Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P.32)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	37,2	23,0	26,7	12,5	24,4	28,9	
- Indiferente.	20,7	38,0	40,0	25,0	28,3	28,3	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	42,1	39,0	33,3	62,5	47,5	42,8	0,056
Hay una buena cooperación entre las Unidades/ Servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	35,2	31,0	40,0	12,5	31,3	32,7	
- Indiferente.	20,7	28,0	33,3	37,5	25,3	24,8	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	44,1	41,0	26,7	50,0	43,4	42,5	0,738
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/ Unidades (P.28)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	53,8	51,5	66,7	50,0	53,0	53,4	
- Indiferente.	18,6	25,7	20,0	25,0	33,0	24,7	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	27,6	22,8	13,3	25,0	14,0	22,0	0,186

12. CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIÓN ENTRE SERVICIOS

Tabla LXXIII. Dimensión Cambios de turno y transición entre Servicios según tipo de Servicio/Unidad.

Dimensión 12 Cambios de turno y transición entre Servicios	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra (P.25)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	39,6	33,0	35,7	33,3	46,4	39,3	
- Indiferente.	16,0	28,0	14,3	22,2	25,8	22,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	44,4	39,0	50,0	44,4	27,8	38,7	0,145
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P.27)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	59,0	57,6	86,7	25,0	47,9	56,1	
- Indiferente.	20,8	21,2	0	50,0	34,4	24,3	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	20,1	21,2	13,3	25,0	17,7	19,6	0,031
El intercambio de información entre los diversos Servicios es habitualmente problemático (P.29)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	49,0	48,0	50,0	22,2	49,0	48,1	
- Indiferente.	24,5	20,0	35,7	44,4	24,0	24,0	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	26,6	32,0	14,3	33,3	27,0	27,9	0,637
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno. (P.33)							
- Muy en desacuerdo/ en desacuerdo.	55,2	57,6	78,6	33,3	44,8	53,3	
- Indiferente.	23,8	21,2	14,3	44,4	39,6	27,4	
-De acuerdo/ Muy de acuerdo.	21,0	21,2	7,1	22,2	15,6	19,1	0,052

Tabla LXXIV. Nivel de significación global de las dimensiones del cuestionario HSOSP de la AHRQ (versión española) según tipo de estamento, tipo de especialidad y tipo de profesión.

	Tipo de Estamento	Tipo de Especialidad	Tipo de Profesión
Dimensión 1	P=0,473	P=0,000	P=0,314
Dimensión 2	P=0,356	P=0,004	P=0,456
Dimensión 3	P=0,254	P=0,002	P=0,002
Dimensión 4	P=0,055	P=0,000	P=0,147
Dimensión 5	P=0,331	P=0,000	P=0,975
Dimensión 6	P=0,043	P=0,199	P=0,167
Dimensión 7	P=0,747	P=0,000	P=0,840
Dimensión 8	P=0,640	P=0,001	P=0,989
Dimensión 9	P=0,085	P=0,907	P=0,728
Dimensión 10	P=0,365	P=0,009	P=0,580
Dimensión 11	P=0,884	P=0,004	P=0,438
Dimensión 12	P=0,191	P=0,001	P=0,499

6.2. Resultados del “Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante”.

6.2.1. Tasa de Respuesta

De un total de 1231 encuestas enviadas, se desestimaron 114 (9,26%) al no cumplir los criterios propuestos por la **AHRQ** quedando para su análisis 1117 cuestionarios. El número de cuestionarios contestados fue de 357, lo cual supone una tasa de respuesta del 31,96% (**Tabla LXXV**). El grupo más numeroso fue el personal sanitario (91%) (**Tabla LXXVI**), siendo el estamento que más contestó el médico con un 41,2%, seguido de enfermería con un 30,8% (**Tabla LXXVII**). Si desglosamos los resultados por tipo de Servicios, destacan los de tipo médico sobre los quirúrgicos (39,5% vs 30%) (**Tabla LXXVIII**)

Tabla LXXV. Tasa de respuesta global. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

Número de encuestas contestadas	357
Tasa de respuesta	31,96%

Tabla LXXVI. Recursos humanos del Hospital Universitario y diferencias según estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

TIPO DE ESTAMENTO	Recursos humanos Hospital Universitario San Juan de Alicante		Cuestionario de elaboración propia	
	N	%	N	%
SANITARIOS	1200	86,2	325	91
NO SANITARIOS	192	13,8	32	9
TOTAL	1392	100	357	100

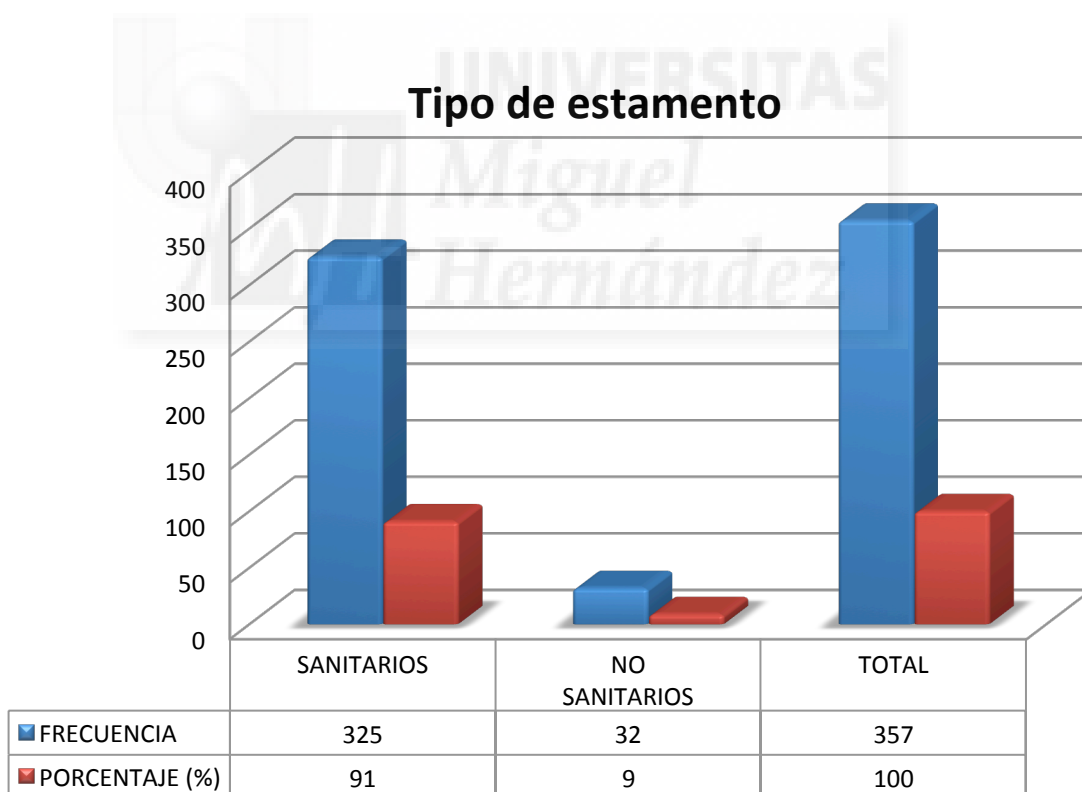


Figura 14. Tasas de respuesta por estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

Tabla LXXVII. Recursos humanos del Hospital Universitario y diferencias según posición laboral. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

TIPO DE PROFESIÓN	Recursos humanos Hospital Universitario San Juan de Alicante		Cuestionario de elaboración propia	
	N	%	N	%
MÉDICOS	401	28,8	147	41,2
ENFERMERÍA	370	26,6	110	30,8
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	301	21,6	44	12,3
CELADORES	112	8	14	3,9
FARMACÉUTICOS	5	0,3	5	1,4
OTROS (Fisioterapia / No sanitarios)	203	14,6	37	10,4
TOTAL	1392	100	357	100

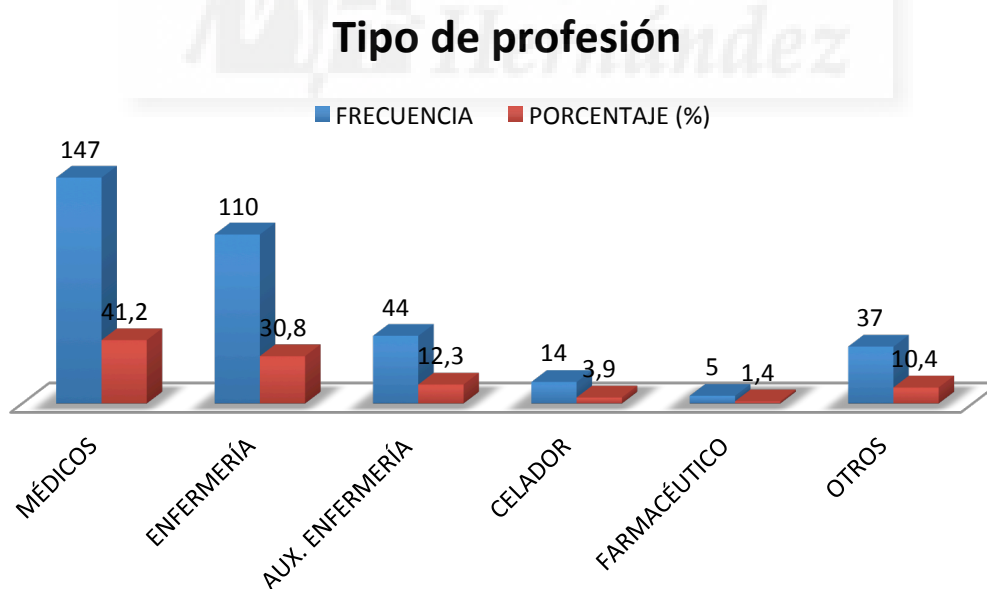


Figura 15. Tasas de respuesta según tipo de profesión.

Tabla LXXVIII. Tasa de respuesta según Principal Servicio/Unidad de trabajo. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Médicos	133	39.5
Quirúrgicos	101	30
UCI	14	4.2
Farmacia	8	2.4
Otros	101	24
TOTAL	357	100

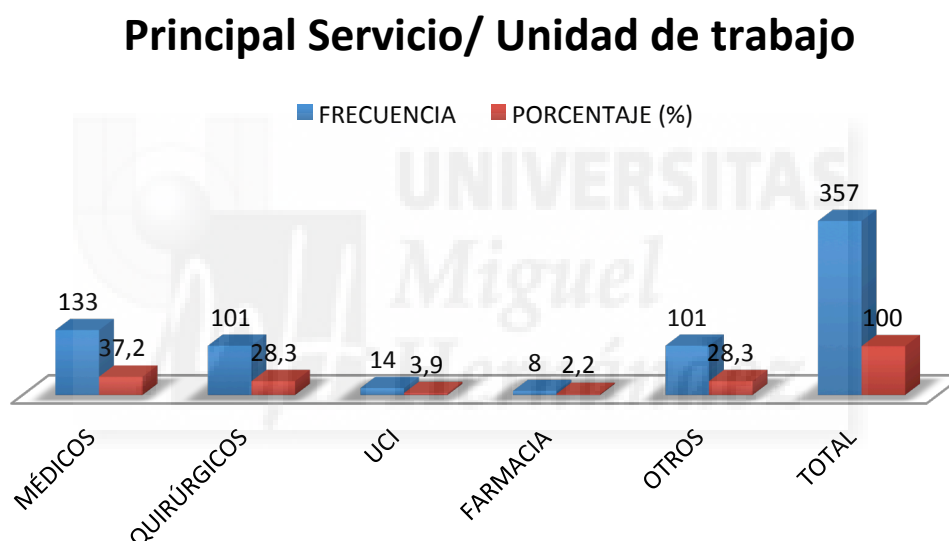


Figura 16. Representación gráfica según Principal Servicio/Unidad de trabajo. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

6.2.2. Datos sociodemográficos

Los Servicios con mayores tasas de participación fueron : Urgencias (10%), Cirugía general (7,8%), Radiología (5,6%), Pediatría (5,6%), Obstetricia y Ginecología (4,7%) y Oncología (4,7%) (**Tabla LXXIX**)

Atendiendo al tipo de profesional, el colectivo médico (No Mir) representó el grupo más numeroso con un 34,5 %, seguido de enfermería (28,3%), auxiliares de enfermería (12,3%), médicos residentes (MIR) (6,7%), administrativos (6,2%) y celadores (3,9%) (**Tabla LXXX**)

DATOS SOCIO-PROFESIONALES

Tabla LXXIX. Principal Servicio o Unidad de trabajo en el Hospital. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

Global	Frecuencia	Porcentaje (%)
Admisión	10	2,8
Anatomía Patológica	2	0,6
Anestesiología/Reanimación	14	3,9
Cardiología	4	1,1
Farmacia	8	2,2
Cirugía	28	7,8
Cirugía Maxilofacial	5	1,4
Dermatología	4	1,1
Dirección	1	0,3
Diversas Unidades	23	6,4
Docencia	1	0,3
Endocrinología	2	0,6
Endoscopia	3	0,9
Obstetricia y Ginecología	17	4,7
Hematología	2	0,6
Laboratorio	6	1,7
Reumatología	3	0,9
Medicina Interna	12	3,3
Medicina Nuclear	7	2
Medicina Preventiva	7	2
Microbiología	2	0,6
Neumología	6	1,7
Neurología	9	2,5
Oftalmología	13	3,6
Oncología	17	4,7
Oncología RT	2	0,6
ORL	2	0,6
Pediatría	20	5,6
Quirófano	16	4,5
Radiofísica	3	0,9
Radiología	20	5,6
Rehabilitación	7	1,9
Salud Mental/Psiquitría	4	1,1
Traumatología	12	3,3
Servicio de Urgencias	36	10
UCI (cualquier tipo)	14	4
UEI	3	0,9
UHD	8	2,2
Urología	4	1,1
TOTAL	357	100

Tabla LXXX. Puesto de trabajo actual. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

GLOBAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Administración	22	6,2
Auxiliar de Enfermería	44	12,3
Celador	14	3,9
Enfermera/o	101	28,3
Farmacéutico Residente	1	0,3
Farmacéutico	4	1,1
Fisioterapeuta	5	1,4
Gerencia/ Dirección	1	0,3
Matrona	8	2,2
Médico	123	34,5
Médico Residente	24	6,7
Radiofísico	1	0,3
Residente de matrona	1	0,3
Técnico (Laboratorio, Radiología, AP ...)	8	2,2
TOTAL	357	100

6.2.3. Diferencias según tipo de estamento

El análisis de la **Dimensión 1. “Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente”** no identificó fortalezas ni debilidades (Tabla LXXXI) La **Dimensión 2. Percepción de seguridad** reconoció como debilidad el **ítem 4** : “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” (**Sanitarios: 82,2% vs No Sanitarios: 78,7%**) (**P=0,834**) (Tabla LXXXII) La **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** identificó como fortaleza el **ítem 6** : “Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello” (**Sanitarios: 59,9% vs No Sanitarios: 57,1%**) (**P=0,928**) (Tabla LXXXIII)

Ninguna de las tres dimensiones por estamentos analizadas globalmente presentó diferencias estadísticamente significativas (Tabla LXXXIV)

1. APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla LXXXI. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	SANITARIOS (%)	NO SANITARIOS (%)	TOTAL (%)	P
El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P.1)				
- En desacuerdo.	37,3	31,9	36,6	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	47,9	38,3	46,6	
- De acuerdo.	14,9	29,8	16,9	0,039
Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director (P.2)				
- En desacuerdo.	38,7	29,2	37,4	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	38,0	47,9	39,4	
- De acuerdo	23,3	22,9	23,3	0,361
Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas (P.10)				
- En desacuerdo.	27,2	18,6	26,1	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	40,3	46,5	41,1	
- De acuerdo	32,6	34,9	32,8	0,478

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla LXXXII. Percepción de Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	SANITARIOS (%)	NO SANITARIOS (%)	TOTAL (%)	P
Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso. (P.3)				
- En desacuerdo.	50,7	54,3	51,1	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	21,1	30,4	22,3	
- De acuerdo.	28,3	15,2	26,6	0,119
Me preocupa de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso. (P.4)				
- En desacuerdo.	82,2	78,7	81,8	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	7,6	8,5	7,7	
- De acuerdo	10,2	12,8	10,5	0,834
Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia. (P.5)				
- En desacuerdo.	40,1	42,5	40,4	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	29,1	37,5	30,1	
- De acuerdo	30,8	20,0	29,5	0,322

3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD

Tabla LXXXIII. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	SANITARIOS (%)	NO SANITARIOS (%)	TOTAL (%)	P
<p>Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello (P.6)</p> <p>- En desacuerdo. 59,9</p> <p>- Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 20,4</p> <p>- De acuerdo. 19,7</p>				0,928
<p>Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)</p> <p>- En desacuerdo. 31,9</p> <p>- Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 27,6</p> <p>- De acuerdo 40,5</p>				0,943
<p>Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en como mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)</p> <p>- En desacuerdo. 23,6</p> <p>- Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 32,8</p> <p>- De acuerdo 43,6</p>				0,129

Tabla LXXXIV. Nivel de significación global de las dimensiones del cuestionario de elaboración propia según tipo de estamento. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	Tipo de Estamento
Dimensión 1	P=0,311
Dimensión 2	P=0,147
Dimensión 3	P=0,180

6.2.4. Diferencias según tipo de profesión

El análisis de la **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente** no mostró ninguna fortaleza. En cambio, sí se objetivó alguna debilidad dentro de esta dimensión : **ítem 2** : “Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director” en el colectivo de farmacéuticos (50%) y, casi en los enfermeros (49%) (**P=0,003**) (**Tabla LXXXV**) Este mismo colectivo, presentó también otro ítem: **ítem 1** : “El Director/Gestor de mi centro, propia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” (49,5%), que casi se comportó como una debilidad.

Dentro de la **Dimensión 2. Percepción de seguridad** se identificó como debilidad: **ítem 4** : “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” en los siguientes colectivos: médicos (81,4%), enfermeros (89,5%), auxiliares de enfermería (86,7%), celadores (57,1%), farmacia (100%) y otros (75,5%), siendo las diferencias estadísticamente significativas (**P=0.003**) (**Tabla LXXXVI**) Asimismo, **ítem 5** : “Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de la eficiencia de la asistencia”, en el colectivo de farmacéuticos (100%) siendo estas diferencias estadísticamente significativas (**P=0.037**) (**Tabla LXXXVI**)

El análisis de la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** reveló el **ítem 6** : “Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa a hablar de ello” como una fortaleza en los colectivos médicos (61,8%), enfermeras (60%), auxiliar de enfermería (68,8%), farmacéuticos (100%) y otros (54,9%) si bien las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (**P=0,124**) (**Tabla LXXXVII**). El **ítem 7** : “Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores” se identificó como una debilidad en el colectivo de los celadores (53,8%) aunque las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (**P=0,197**) (**Tabla LXXXVII**) Por el contrario, este mismo ítem fue identificado como una fortaleza en los farmacéuticos (100%) (**P=0,197**), además del **ítem 8** (100%) (**P=0,204**) (**Tabla. LXXXVII**)

El análisis global de las dimensiones según el tipo de profesión, mostró diferencias estadísticamente significativas en la **Dimensión 1 (P=0,007)** (**Tabla LXXXVIII**)

1. APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla LXXXV. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	ENFERMERÍA (%)	AUX. ENFERM. (%)	CELADORES (%)	FARMAC. (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P1)								
- En desacuerdo.	37,6	49,5	23,7	35,7	0	30,6	36,6	0,015
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	47,5	40,0	52,9	57,1	100	40,8	46,6	
- De acuerdo.	14,9	10,5	23,7	7,1	0	28,6	16,9	
Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director (P2)								
- En desacuerdo.	42,6	49,0	21,6	38,5	50,0	28,0	37,5	0,003
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	40,6	29,2	40,5	53,8	50,0	46,0	39,3	
- De acuerdo	16,8	21,9	37,8	7,7	0	26,0	23,2	
Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas.(P.10)								
- En desacuerdo.	22,8	37,2	16,4	30,8	0	22,2	25,9	0,049
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	42,6	36,2	38,4	53,8	100	44,4	41,2	
- De acuerdo	34,7	26,6	45,2	15,4	0	33,3	32,9	

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla LXXXVI. Dimensión Percepción de Seguridad según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	ENFERMERÍA (%)	AUX. ENFERM. (%)	CELADORES (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso (P.3)								
- En desacuerdo.	47,5	54,2	54,5	38,5	50,0	56,3	51,4	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	23,8	22,9	11,7	30,8	50,0	29,2	22,3	
- De acuerdo.	28,7	22,9	33,8	30,8	0	14,6	26,3	0,187
Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso (P.4)								
- En desacuerdo.	81,4	89,5	86,7	57,1	100	75,5	82	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	8,8	5,3	6,7	7,1	0	12,2	7,7	
- De acuerdo	9,8	5,3	6,7	35,7	0	12,2	10,3	0,003
Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia (P.5)								
- En desacuerdo.	43,6	38,7	45,5	15,4	100	40,5	40,3	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	33,7	24,7	20,8	53,8	0	35,7	30,0	
- De acuerdo	22,8	36,6	33,8	30,8	0	23,8	29,7	0,037

3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD

Tabla LXXXVII. Dimensión Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la Seguridad según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	ENFERMERÍA (%)	AUX. ENFERM. (%)	CELADORES (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello (P.6)								
- En desacuerdo.	61,8	60	68,8	30,8	100	54,9	59,7	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	21,6	16,8	15,6	38,5	0	25,5	20,7	
- De acuerdo.	16,7	23,2	15,6	30,8	0	19,6	19,6	0,124
Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)								
- En desacuerdo.	23,3	32,6	33,8	53,8	0	36,2	32,1	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	29,1	31,6	23,4	23,1	0	27,7	27,8	
- De acuerdo	47,6	35,8	42,9	23,1	100	36,2	40,1	0,197
Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en como mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)								
- En desacuerdo.	17,0	21,3	29,2	38,5	0	19,0	22,7	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	33,0	35,1	34,7	23,1	0	47,6	34,9	
- De acuerdo	50,0	43,6	36,1	38,5	100	33,3	42,4	0,204

Tabla LXXXVIII. Nivel de significación global de las dimensiones según profesión. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	Tipo de Especialidad
Dimensión 1	P=0,007
Dimensión 2	P=0,392
Dimensión 3	P=0,327

6.2.5. Diferencias según tipo de Servicio/Unidad

El análisis de la **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente** no identificó fortalezas. Los Servicios que presentaron alguna debilidad fueron :

- **UCI : ítem 1** : “El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” (53,8%) (**P=0,457**) e **ítem 2** : “Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director” (61,5%) (**P=0,231**) (**Tabla LXXXIX**)
- El Servicio de **Farmacia** también presentó como debilidad el **ítem 1** : “El Director/Gestor de mi centro, propicia un ambiente que promueve la seguridad del paciente” (57,1%) (**P=0,457**) (**Tabla LXXXIX**) Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los ítems explorados.

El mayor número de debilidades se observó en la **Dimensión 2. Percepción de seguridad : Farmacia : ítem 3** : “Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso” (83.3%) (**P=0,386**) e **ítem 4** : “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” (100%) (**P=0,105**) (**Tabla XC**) Este último ítem, resultó ser también una debilidad en los Servicios médicos (84,5%), quirúrgicos (84%) y, casi, en el colectivo de la UCI (71,4%) y otros (73,5%), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (**P=0,105**) (**Tabla XC**)

Además, el **ítem 3** : “Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso”, se presentó como una oportunidad de mejora en otros Servicios : Quirúrgicos (58,5%),

UCI (57,1%) y otros (50,6%), aunque al igual que ocurre con el Servicio de Farmacia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (**P=0,386**) (Tabla XC)

Por último, reseñar el **ítem 5** : “Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia”, casi se comportó como una debilidad en el Servicio “Otros” (47,4%)

El análisis de la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** mostró al **ítem 6** : “Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello”, como una fortaleza en los siguientes Servicios : Médicos (63%), Quirúrgicos (60%), UCI (57,1%), Farmacia (100%) y otros (61,3%) (**P=0,178**) (Tabla XCI) Estos resultados fueron estadísticamente no significativos. No se identificaron debilidades en esta dimensión.

El análisis global de las dimensiones según el tipo de Servicio/Unidad hospitalaria, no mostró diferencias estadísticamente significativas (Tabla XCII)

1. APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla LXXXIX. Dimensión Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P.1)							
- En desacuerdo.	40,9	35,8	53,8	57,1	29,1	37,4	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	43,3	48,4	30,8	14,3	53,2	46,1	
- De acuerdo.	15,7	15,8	15,4	28,6	17,7	16,5	0,457
Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director (P.2)							
- En desacuerdo.	44,8	37,6	61,5	33,3	29,1	39,2	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	32,8	39,8	38,5	33,3	45,6	38,3	
- De acuerdo	22,4	22,6	0	33,3	25,3	22,5	0,231
Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas. (P.10)							
- En desacuerdo.	32,5	25,5	23,1	16,7	16,9	26,2	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	35,7	40,4	38,5	50,0	47,4	40,4	
- De acuerdo	31,7	34,0	38,5	33,3	34,6	33,4	0,617

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

Tabla XC. Dimensión Percepción de seguridad según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso (P.3)							
- En desacuerdo.	49,2	58,5	57,1	83,3	50,6	53,3	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	25	14,9	7,1	16,7	24,1	20,9	
- De acuerdo.	25,8	26,6	35,7	0	25,3	25,9	0,386
Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso (P4)							
- En desacuerdo.	84,5	84,0	71,4	100	73,5	81,3	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	7,0	8,5	21,4	0	7,2	8	
- De acuerdo	8,5	7,4	7,1	0	19,3	10,7	0,105
Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia (P.5)							
- En desacuerdo.	37,6	41,1	30,8	16,7	47,4	40,4	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	32,0	27,4	30,8	16,7	28,2	29,3	
- De acuerdo	30,4	31,6	38,5	66,7	24,4	30,3	0,535

3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD

Tabla XCI. Dimensión Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la Seguridad según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	MÉDICOS (%)	QUIRÚRGICOS (%)	UCI (%)	FARMACIA (%)	OTROS (%)	TOTAL (%)	P
Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello (P.6)							
- En desacuerdo.	63	56,8	57,1	100	61,3	61,2	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	24,4	17,9	14,3	0	18,8	20,2	
- De acuerdo.	12,6	25,3	28,6	0	20,0	18,6	0,178
Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)							
- En desacuerdo.	35,4	23,4	46,2	42,9	33,3	32,0	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	29,1	26,6	23,1	42,9	29,6	28,6	
- De acuerdo	35,4	50,0	30,8	14,3	37,0	39,4	0,323
Si se hiciera un sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en como mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)							
- En desacuerdo.	22,5	21,5	30,8	0	21,8	21,9	
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	35,0	35,5	23,1	33,3	34,6	34,5	
- De acuerdo	42,5	43,0	46,2	66,7	43,6	43,5	0,926

Tabla XCII. Nivel de significación global de las dimensiones según el tipo de Servicio/Unidad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

Dimensión	Tipo de Especialidad
• Dimensión 1	P=0,903
• Dimensión 2	P=0,970
• Dimensión 3	P=0,197

6.2.6. Diferencias globales según dimensión

El análisis de la **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** (Tabla XCIII) y **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección /Supervisión que favorecen la seguridad** (Tabla XCV), no mostraron fortalezas ni debilidades tanto por ítem como por dimensión. La **Dimensión 2. Percepción de seguridad** se presentó como una oportunidad de mejora (57,9%) (IC95%: 54,9-60,9) (Tabla XCIV)

Tabla XCIII. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

DIMENSIÓN 1 Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
El Director/Gestor de mi centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (P.1)	36,6 %	46,5 %	16,9 %
Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director (P.2)	37,4 %	39,3 %	23,3 %
Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y como resolverlas (P.10)	26 %	42 %	33 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 24,3 ± 21,7- 26,9 % respuestas neutras: 42,3 ± 39,3- 45,3 % respuestas negativas: 33,4 ± 30,6- 36,3			

Tabla XCIV. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 2. Percepción de Seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

DIMENSIÓN 2 Percepción de Seguridad	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso (P.3)	51,2 %	22,2 %	26,6 %
Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido el incidente adverso (P.4)	81,8 %	7,8 %	10,5 %
Trabajar sobre seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia (P.5)	40,2 %	30,3 %	29,6 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 22,2 ± 18,9-24,7 % respuestas neutras: 20,0 ± 17,5-22,4 % respuestas negativas: 57,9 ± 54,9-60,9			

Tabla XCV. Diferencia global según dimensiones. Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/ Supervisión que favorecen la seguridad. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

DIMENSIÓN 3 Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad»	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO
Cuando ha ocurrido un efecto adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello (P.6)	59,6 %	20,7 %	19,7 %
Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores (P.7)	32,3 %	27,7 %	40 %
Si se hiciera un sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en como mejorar las barreras del sistema, en lugar de discutir la responsabilidad individual (P.8)	22,9 %	34,5%	42,6 %
Total dimensión: IC 95 % % respuestas positivas: 34,0 ± 31,1-36,9 % respuestas neutras: 27,5 ± 24,,8-30,2 % respuestas negativas: 38,5 ± 35,5-45,5			

Tabla XCVI. Nivel de significación global de las dimensiones del Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante según tipo de estamento, tipo de especialidad y tipo de profesión.

	Tipo de Estamento	Tipo de Especialidad	Tipo de Profesión
Dimensión 1	P=0,311	P=0,903	P=0,007
Dimensión 2	P=0,147	P=0,970	P=0,392
Dimensión 3	P=0,180	P=0,197	P=0,327

6.2.7. Percepciones negativas. Análisis con diagrama de Pareto

El diagrama de **Pareto** muestra que la **Dimensión 2. Percepción de seguridad** fue la que representó, con cerca de un 50 %, las oportunidades de mejora y, junto con la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad**, constituyeron el 74% de las percepciones negativas.

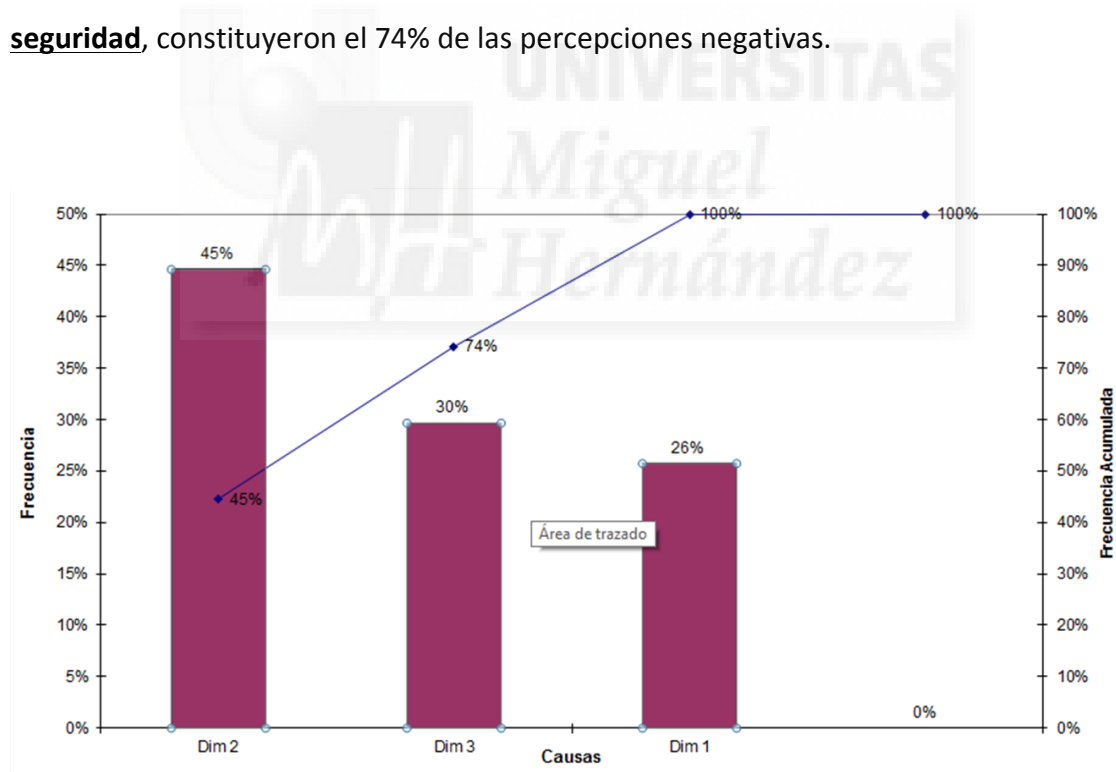


Figura 17. Diagrama de Pareto. Percepciones negativas. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

6.2.8. Percepciones positivas. Estudio comparativo.

Hemos representado en este gráfico (**Figura 18**) las diferentes percepciones positivas de los datos correspondientes a los resultados de nuestro estudio utilizando ambos cuestionarios, frente al publicado por **Saturno** en colaboración con el **MSSI**¹⁶⁸ y un estudio de referencia en esta materia publicado por **Sorra** en el año 2011¹⁷⁵ que incluía a 1032 hospitales americanos con una participación de 472.397 profesionales.

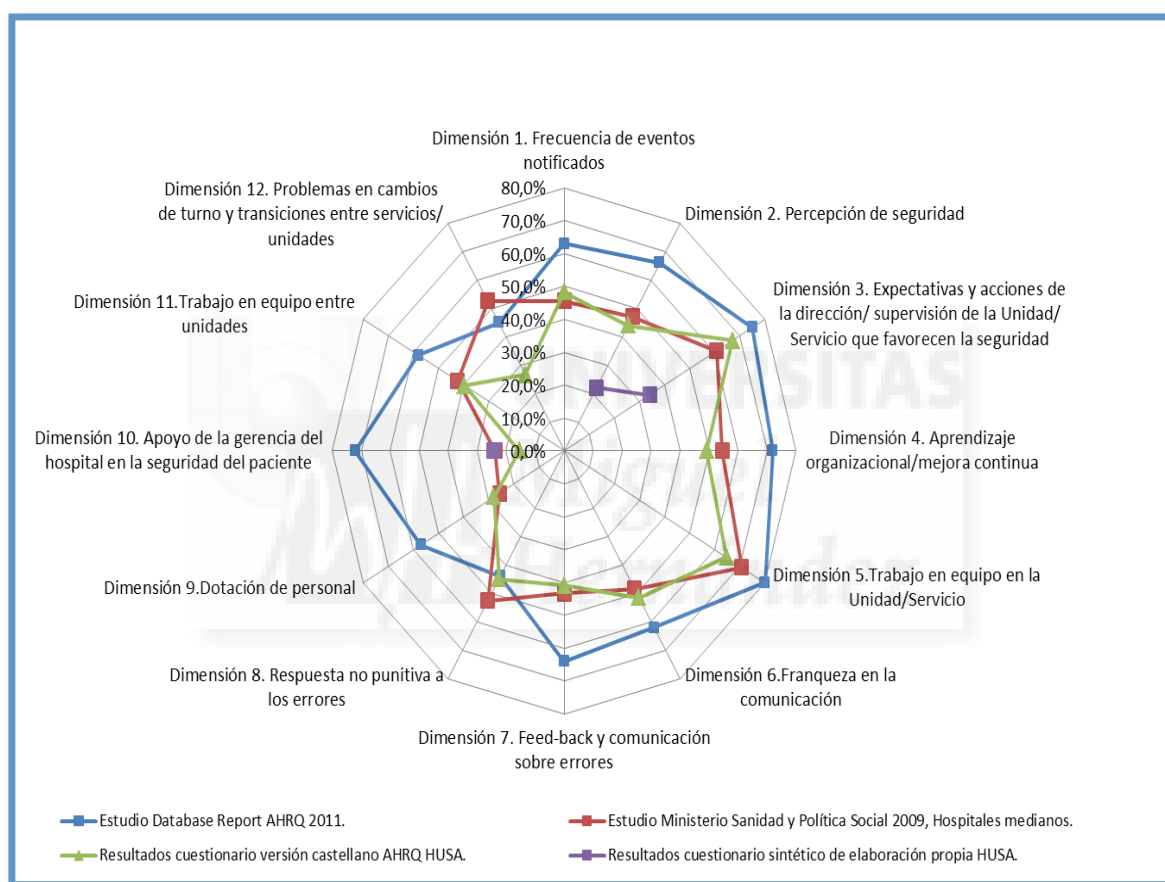


Figura 18. Percepciones positivas. Estudio comparativo.

Al analizar el gráfico para determinar qué diferencias habían entre las distintas percepciones positivas entre los estudios americanos¹⁷⁵, europeos¹⁶⁸ y el nuestro, objetivamos que el porcentaje de respuestas positivas en diez de las doce dimensiones correspondió al estudio americano, destacando sobretodo en cuatro dimensiones : **Dimensión 5. Trabajo en equipo entre la Unidad/Servicio** : 80%; **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio** que favorecen la seguridad : 75%; **Dimensión 10 . Apoyo de la Gerencia del Hospital en la**

seguridad del paciente : 72% y la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua** : 72%.

El estudio de **Saturno** destacó además de en las Dimensiones 3 (60,8%), 5 (70,7%), **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores** (52,6%) y **Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transición entre Servicios/Unidades** (52,6%)

Nuestros resultados mostraron, al igual que los dos anteriores, una mayor percepción positiva en las Dimensiones 3 (67%) y 5 (64,6%) junto con la **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación** (51,6%) y **Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores** (45%)

Como vemos, hubo dos dimensiones que destacaron con claridad en todos los trabajos : **Trabajo en equipo entre la Unidad/Servicio** y las **Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad**. Se dedujo pues, que el personal sanitario solía trabajar bien dentro de su Unidad/Servicio de forma colectiva y además, se percibió una actitud proactiva por parte de los diferentes responsables de Unidad para favorecer un entorno que hiciera más segura la atención al paciente.

En el estudio **Sorra**, destacó poderosamente el dato correspondiente a la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** que mostró un porcentaje de respuestas positivas del 72%. Este resultado rebate los obtenidos en otros estudios^{168,169,171,172} donde se apreciaron cifras muy inferiores del apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente. De hecho, fue la dimensión con un porcentaje de respuestas positivas más bajas en el estudio de **Saturno** y en el nuestro con un 23,8% y 15,5% respectivamente. En nuestro caso, obtuvimos un resultado aún inferior, lo cual tradujo una percepción muy pobre entre los trabajadores del Hospital sobre el papel que desempeña la Gerencia en este sentido. Además, otro de los aspectos que se repitió en los estudios, fue que parece ser de que la Gerencia solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ha ocurrido un EA.

Un aspecto importante que pudo influenciar este tipo de pensamiento generalizado, fue la falta de difusión de las medidas emprendidas por parte de los responsables del Hospital. Difícilmente se puede motivar a un trabajador sobre la

seguridad del paciente si no se le hace más participe en las acciones de mejora emprendidas y no se le informa sobre los resultados obtenidos una vez que se han aplicado dichas acciones. La optimización de éstos, seguramente haría que los trabajadores tuvieran un mayor grado de implicación en esta materia y, además, contribuiría a tener una percepción más positiva sobre sus directivos.

La otra dimensión que ha destacado en el estudio americano fue la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua** (72%) frente al de **Saturno** (54,5%) y el nuestro (49,1%). Este hecho es también llamativo porque refleja de algún modo la forma de actuar de cada organización y su afán de superación por lograr que las cosas funcionen de la mejor manera posible. Aquí intervienen factores culturales, educacionales y de formación. Hablamos de una cultura que aprende de sus errores y trata de mejorar continuamente mediante la aplicación de medidas que reduzcan la aparición de EA. Los resultados en nuestro país y en nuestro estudio, no son tan buenos y ello nos debe hacer recapacitar sobre el compromiso que adquirimos a nivel de organización para mejorar nuestros resultados y sobre el ímpetu que debemos tener para hacer que las actividades que realizamos en nuestra actividad cotidiana, salgan lo mejor posible para que los resultados sean satisfactorios. Solo así podremos garantizar una atención de calidad a nuestros pacientes.

Sin embargo, el estudio americano mostró dos dimensiones con porcentajes de respuestas positivas más bajos en la **Dimensión 8 : Respuesta no punitiva a errores** (44%) y **Dimensión 12 : Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades** (45%). Las diferencias encontradas con el estudio de **Saturno**¹⁶⁵ para hospitales medianos fueron para la **Dimensión 8** (52,6%) y **Dimensión 12** (52,6%).

Con respecto a nuestros resultados, solo hubo una ligera diferencia en el porcentaje de respuestas positivas en la **Dimensión 8** (45% vs 44%) cuando empleamos la versión en castellano del HSOSPS de las **AHRQ**. El **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante** mostró un porcentaje de resultados positivos para la **Dimensión 12** más bajos (26,7%)

Es curioso ver como varían las respuestas entre los estudios cuando comparamos la **Dimensión 7. Feed-back/comunicación sobre errores** y **Dimensión 8 :**

Respuesta no punitiva a errores. En el estudio americano sí que parece que se comunican los errores (64%) frente al de **Saturno** (43,3%) y el nuestro (40,9%) Lo que ya no está tan claro es si se piensa que puede haber algún tipo de represalia si esto se hace. Así se desprende de los resultados de la **Dimensión 8** donde solo se ve un 44% de respuestas positivas en el estudio americano frente a un 52,6% del estudio de **Saturno** y un 45 % del nuestro. El temor a una acción disciplinaria como consecuencia de comunicar un error es una de los mayores problemas a los que nos enfrentamos en el día a día y se ha visto que es un factor muy limitante a la hora de notificar los EA.

La otra dimensión que figura con un porcentaje menor de respuestas positivas en el estudio de **Sorra** es la 12. **Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades** (45%) frente al de **Saturno** (52,6%). Nuestros resultados en este sentido, están muy por debajo de estas cifras (26,7%) por lo que se deduce que ésta es una de las áreas donde se debe de mejorar ya que es a este nivel donde parece que existe un mayor riesgo de que el paciente pueda sufrir un EA.

Otra de las áreas exploradas cuyos resultados no son malos en el estudio americano en contraposición con los resultados que suelen ser habituales en este tipo de estudios, es la **Dimensión 9. Dotación de personal**. Éstos presentan un 57% de respuestas positivas frente a un 23,8% en el trabajo de **Saturno** y un 15,5% en el nuestro. Si bien el porcentaje no es muy alto, es mejor que nuestros datos.

Seguramente, esta percepción guarde relación con el hecho de que en EE.UU disponen de mayores recursos económicos.

Otros datos interesantes tienen que ver con la frecuencia de notificación de EA y el grado de percepción de seguridad. Estos datos son claramente superiores en el estudio americano. Como bien es sabido, los países anglosajones fueron los primeros en estudiar la repercusión que los EA tenían en la asistencia sanitaria²¹. A raíz de los datos del informe "**To err is human**", las políticas sanitarias dieron un vuelco en su enfoque sobre este problema, siendo el eje principal de las mismas, la seguridad del paciente. Numerosos organismos como la **Agency for Healthcare Research and Quality, National Quality Forum** o la **Joint Commision** entre otros, desarrollaron estrategias para intentar minimizar al máximo la repercusión de los EA. Comienzan a

surgir los primeros estudios importantes sobre este tema⁶²⁻⁶⁴ y se empieza a entender un poco más cuales son las causas de los mismos.

La repercusión inmediata que aparece como consecuencia de esta mala praxis, es el aumento del número de reclamaciones, con lo que el gasto de las aseguradoras médicas se dispara, provocando entre otras cosas, un aumento de la prima que tienen que pagar los médicos. La alarma social que se crea entonces junto con la necesidad de reducir los gastos relacionados con el aumento de estancias hospitalarias innecesarias, pruebas complementarias, etc. hace que los máximos responsables de las políticas sanitarias estadounidenses potencien el desarrollo de medidas para que todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria presten la máxima atención al cuidado de los pacientes. Seguramente esta sea la explicación para que exista una mayor percepción de seguridad en el mundo anglosajón. Podíamos decir entonces que la CSP es mayor en los países donde se han estudiado este problema a fondo y donde existe además, una cultura arraigada del cuidado del prójimo¹⁷⁶.

Cuando realizamos la comparación de nuestros resultados con el estudio de referencia en nuestro país¹⁶⁸, vemos que destacamos en cuatro dimensiones : **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados** (48,2 vs 45,6%), **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio** que favorecen la seguridad (67% vs 60,8%), **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación** (51,6% vs 48,5%) y **Dimensión 9. Dotación de personal** (28% vs 25,7%). Los resultados del **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**, mostraron unas cifras de percepción positiva más bajas en las Dimensiones 2 y 3 (22,2 % y 34% respectivamente) con respecto a los otros estudios, si bien destacó por presentar un porcentaje discretamente mayor en la **Dimensión 10** (24,3%) frente al estudio de **Saturno** (23,8%)

Como puede observarse en el gráfico radial (**Figura 18**), los resultados entre ambos estudios son muy similares. A este respecto, nos planteamos lo siguiente: ¿Cómo puede ser que los resultados de ambos estudios sean tan similares después de haber pasado 6 años entre uno y otro? ¿No deberían haber mejorado la percepción de algunas dimensiones?

Aunque se han desarrollado múltiples estrategias para mejorar las acciones relacionadas con la CSP en nuestro país^{37,38,40,42,88}, es evidente que todavía queda mucho camino por recorrer y que dichas medidas deben de ser conocidas y aplicadas desde las más altas instancias para poder garantizar así, una atención sanitaria de calidad. Solo su medición a lo largo del tiempo nos permitirá saber si las medidas aplicadas tienen sentido y son efectivas en el ámbito sanitario.

La razón para explicar la disparidad tan grande que existe entre los estudios de ámbito americano y europeo seguramente resida en los diferentes modelos sanitarios.

El sistema americano de salud es mayoritariamente privado mientras que el modelo sanitario en nuestro país es público. Ello repercute en aspectos tan importante como son el modelo de financiación, acceso gratuito a las prestaciones sanitarias, etc. Al analizar estas diferencias, hemos de ser cautos ya que hay que tener en cuenta que el estudio de **Sorra** incluye todo tipo de hospitales en cuanto al tamaño se refiere y el gráfico solo recoge los datos correspondientes a los hospitales medianos del estudio de **Saturno** y el nuestro propio (Hospital mediano)

Debemos hacer una profunda reflexión sobre los hábitos de los profesionales sanitarios para entender mejor esa falta de empatía que en muchos casos se produce cuando hablamos de la seguridad de nuestros pacientes.

6.2.9. Valoración general sobre seguridad del paciente

Esta pregunta fue contestada por 329 personas. La calificación mayoritaria fue aceptable (60,4%), seguida de pobre con un 23,3% (**Tabla XCVII**)

Tabla XCVII. Dele a su Centro una valoración general en Seguridad del Paciente. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante.

	Frecuencia	Porcentaje %
Malo	10	3
Pobre	77	23,3
Aceptable	199	60,4
Muy Bueno	39	11,8
Excelente	5	1,5
Total	329	100

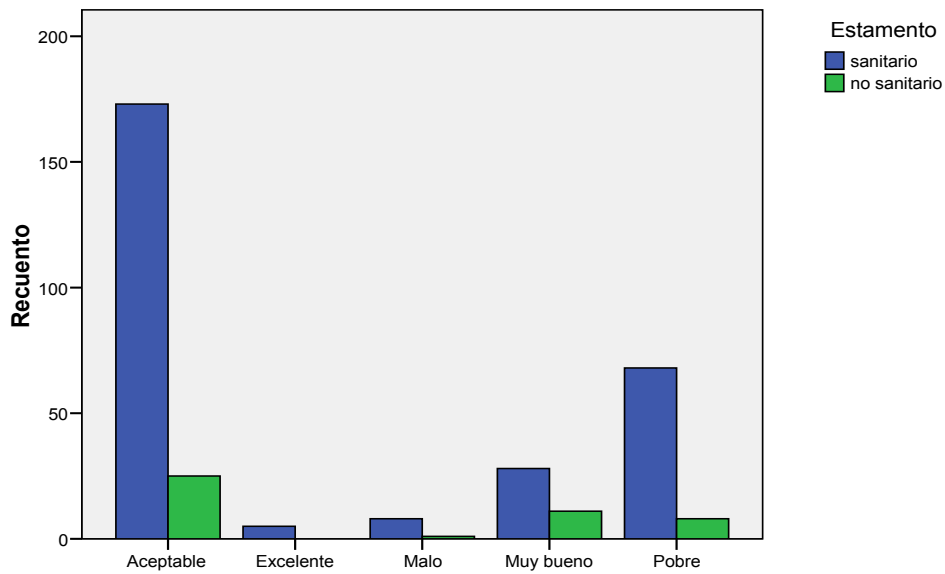


Figura 19. Valoración general en seguridad del paciente.

6.2.10. Nivel de madurez cultural según estamento

A continuación representaremos mediante gráficos los distintos niveles de CSP según tipo de estamento : sanitario vs no sanitario.

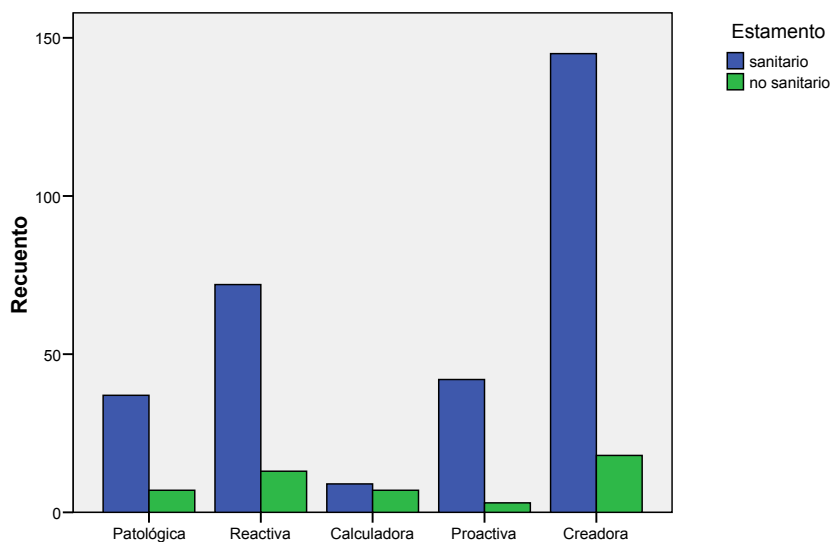


Figura 20. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

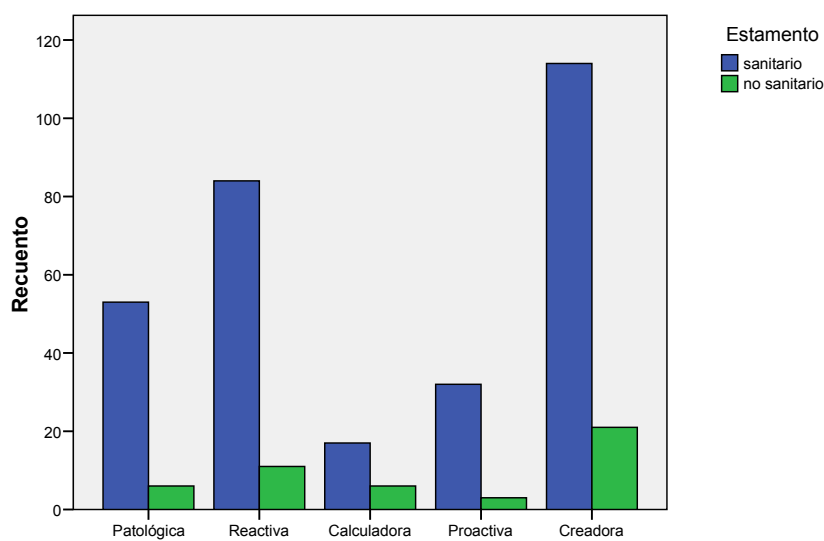


Figura 21. Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario de la agenda del Director.

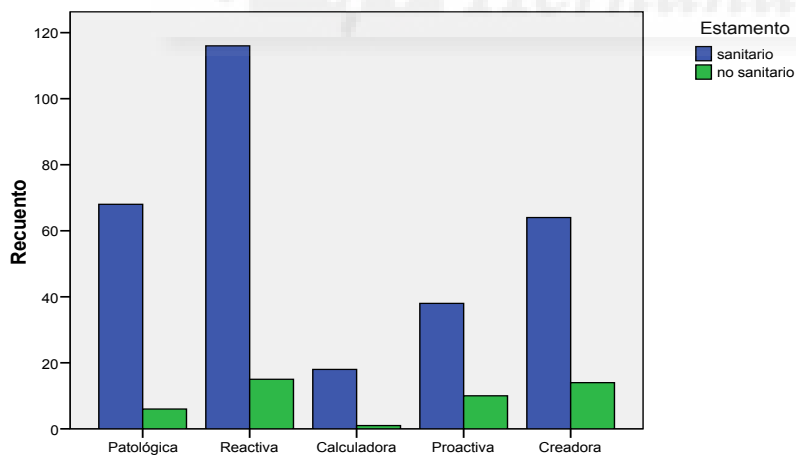


Figura 22. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que ha ocurrido un incidente adverso.

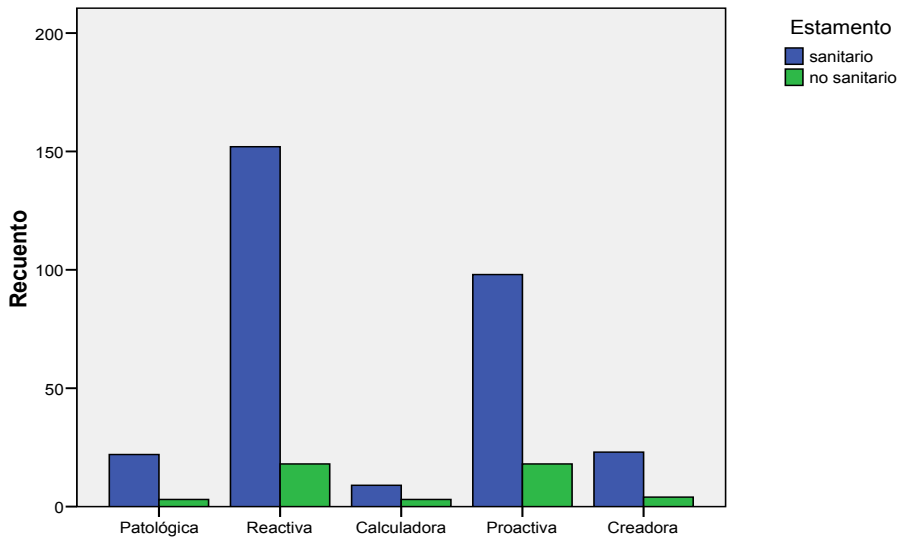


Figura 23. Me preocupo de la seguridad del pacientes solo después de que ha ocurrido un incidente adverso.

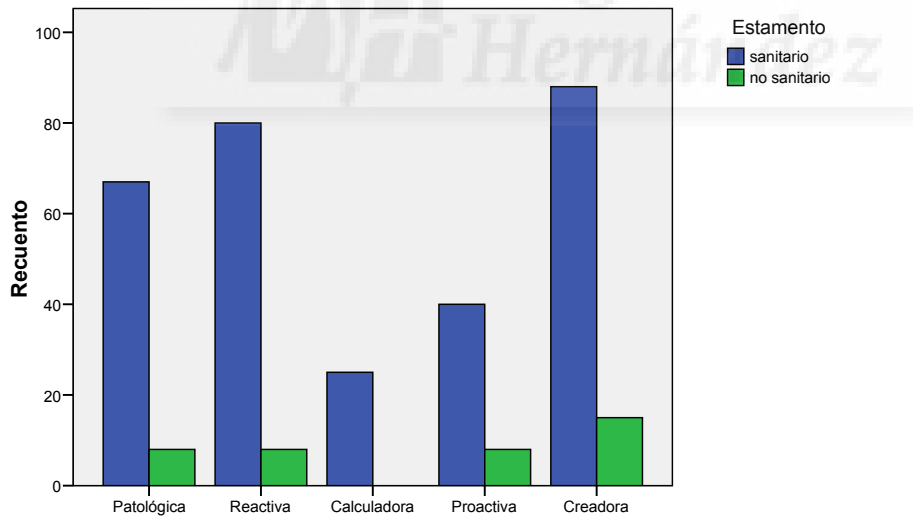


Figura 24. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi Centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.

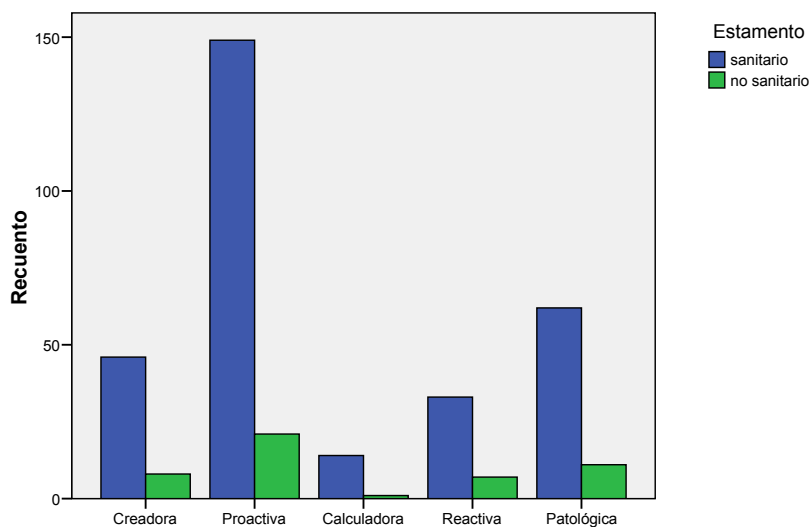


Figura 25. Cuando ha ocurrido un evento adverso tengo una actitud temerosa al hablar de ello.

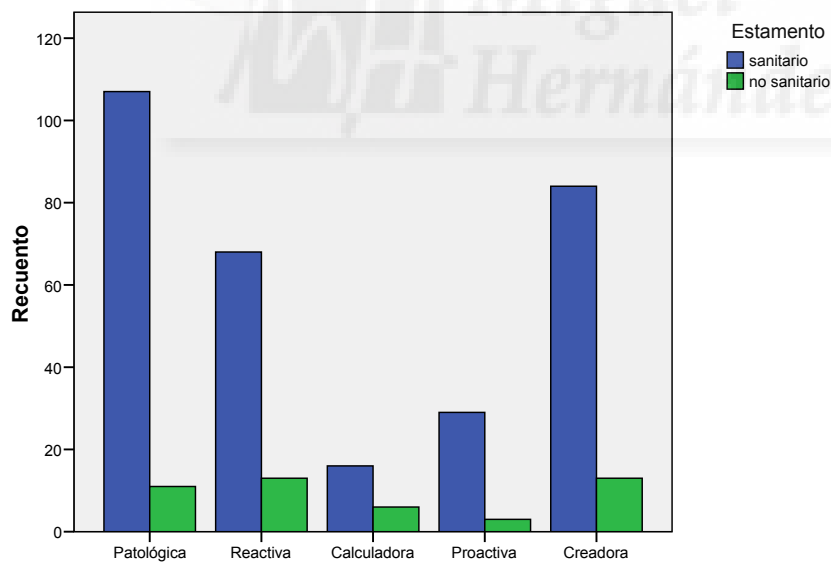


Figura 26. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.

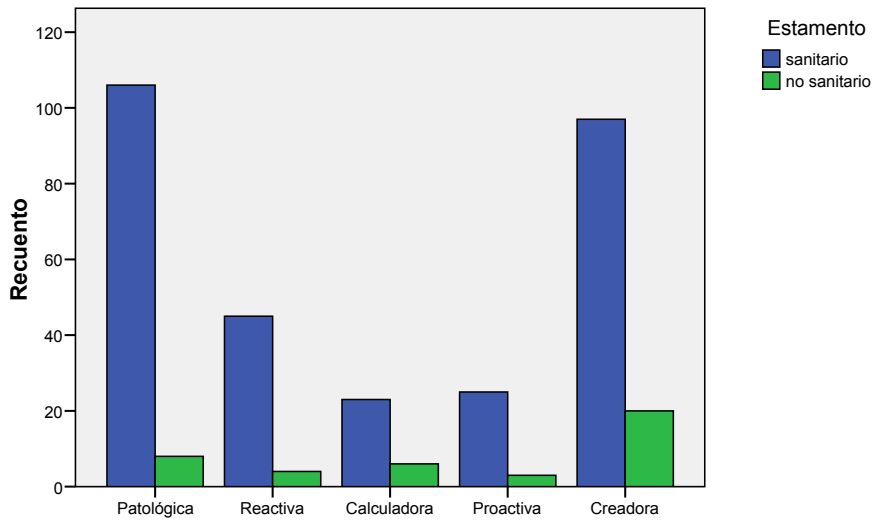


Figura 27. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.

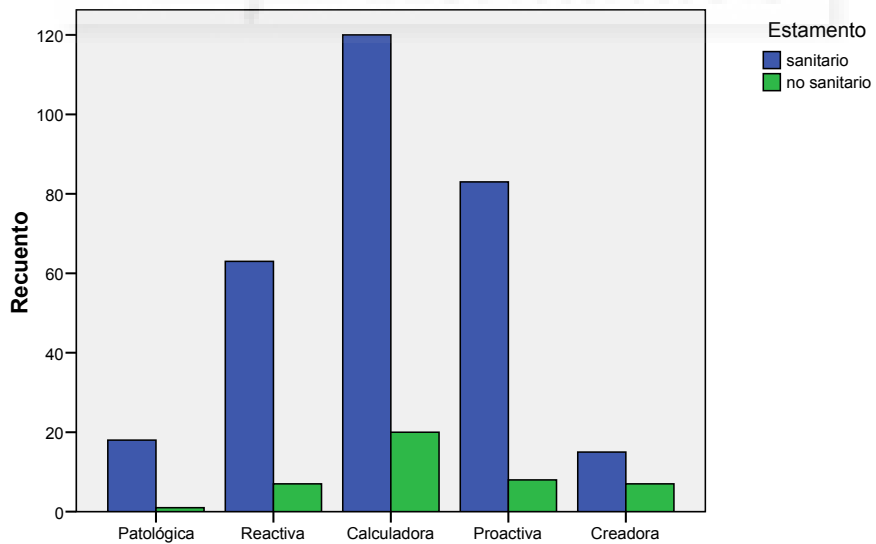


Figura 28. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.



7. DISCUSIÓN



7. DISCUSIÓN

El estudio proporciona información descriptiva acerca de la CSP, la notificación de EA así como la identificación de los problemas, puntos fuertes y áreas de mejora. Para ello, hemos empleado como instrumentos de medición dos cuestionarios.

Por un lado, hemos utilizado la versión en castellano del cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety** desarrollado por la **Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)** por varias razones. Se trata, junto con el cuestionario **SAQ**^{162,164}, de uno de los dos instrumentos recomendados para medir CSP^{55,161,162}; está recomendado por la **EUNetPaS**; ha sido traducido a 24 idiomas en 45 países; cuenta con una versión traducida al castellano¹⁶⁸; es de fácil comprensión; tiene un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación¹⁷³; y por último, cuenta con una amplia experiencia, sobretodo, en hospitales americanos^{175,177,178} aunque también se ha empleado tanto en países europeos^{168,179-183}, como no europeos (Etiopía¹⁸⁴, Corea¹⁸⁵, Líbano¹⁸⁶, Irán¹⁸⁷, Japón¹⁸⁸ o Taiwan¹⁸⁸ entre otros)

Las características de la versión en castellano del cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety** desarrollado por la **Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)**, pueden consultarse en el **apartado 4.2.1**.

Por otro lado, se ha desarrollado un cuestionario auto-administrado reducido con el objetivo de medir de una forma ágil la seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales. El proceso de construcción del mismo se ha realizado en seis fases :

1. Búsqueda bibliográfica;
2. Validación de la estructura y contenido del cuestionario por un grupo de expertos en seguridad del paciente según una técnica de grupo nominal;
3. Comprobación de supuestos y análisis factorial exploratorio;
4. Prueba piloto para asegurar la comprensión del mismo mediante una selección por conveniencia de profesionales expertos;
5. Modificación de la versión 1.1 tras los análisis pertinentes;
6. Análisis de la fiabilidad del cuestionario.

El resultado del análisis factorial muestra una estructura similar a la obtenida por los autores de la adaptación de la escala original al español. A diferencia de éste, analizamos también la validez del mismo.

La estructura de la escala resultado del análisis factorial realizado difiere en la capacidad explicativa de algunos de los ítems en la dimensión. En concreto, los siguientes ítems: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” y “No se producen más fallos por casualidad” en la **Dimensión 2. Percepción de seguridad**; “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” en la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional y la mejora continua**; “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal” en la **Dimensión 9. Dotación de personal**; “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades” en la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades** y, por último, “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra” y “El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático” en la **Dimensión 12. Problemas cambios de turno y transición entre Servicios**. Además, no se ha conseguido encontrar una estructura que incluya la dimensión relacionada con la comunicación franca. Esto puede ser debido a la selección muestral por conveniencia (errores debidos a sesgos de selección) o al hecho de que aunque son prácticas aconsejables, son poco frecuentes o hay mucha disparidad o variabilidad al aplicarlas y no están protocolizadas.

Todas las cargas factoriales han resultado mayores que 0,5 lo cual indica buena capacidad explicativa del ítem para la Dimensión. En total, la escala consigue explicar aproximadamente un 60% de la percepción por parte de los profesionales de seguridad del paciente en un Centro, considerándose una pérdida aceptable de información.

Por último, la consistencia interna de la escala se muestra buena. Con estos indicadores, se cuenta con un instrumento de medida que puede ser utilizado para medir la seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales.

Dicho esto, destacamos que una de las limitaciones importantes del estudio es la falta de validez externa de nuestro cuestionario ya que la población a estudio no es representativa del universo por lo que nos encontramos con el problema de no poder realizar inferencias. Por ello, planteamos y animamos a otros investigadores a que realicen otros estudios similares utilizando como herramienta de medida de CSP nuestro cuestionario. Un proyecto interesante sería realizar un estudio a nivel nacional como el realizado por **Saturno**¹⁶⁸ mediante un muestreo aleatorio que nos permitiera garantizar la representatividad de la muestra. De esta manera, se podría validar el cuestionario para lograr generalizar su uso. En nuestro caso, el tamaño muestral se limita a nuestra población a estudio, esto es, los profesionales sanitarios y no sanitarios del **HUSA**. Otra línea de investigación que proponemos es la reevaluación de la CSP con nuestro cuestionario y en nuestro medio una vez se hayan aplicado las medidas de mejora que proponemos en base a las oportunidades de mejora que hemos detectado.

Por otro lado, hemos medido también la CSP en nuestro medio mediante un cuestionario que ya ha sido validado (**versión adaptada al castellano del Hospital Survey On Patient Safety**) y tras los resultados obtenidos (**Anexo 10.5**), puede afirmarse que en este caso sí tenemos una buena validez externa.

Según el listado proporcionado por la Dirección de Recursos Humanos del Hospital, el número de trabajadores asciende a 1392. El número de cuestionarios que se entregamos es de 1231 (88,4%), lo que supone una pérdida de 161 cuestionarios (11,56%). Con arreglo a nuestra experiencia a la hora de entregar los cuestionarios y tras conversar con los distintos responsables de los Servicios/Unidades, así como con el Jefe de Recursos Humanos, las causas de estas pérdidas son: personal en formación rotando fuera de su Unidad/Servicio, personal que ya no está trabajando en el centro, personal con baja médica, personal que figura de manera repetida en el listado proporcionado y un caso de exitus que no estaba dado de baja en dicho listado.

Para evitar esta pérdida de información, es imprescindible contar con unos datos que estén actualizados en todo momento. Ahora bien, hay una serie de pérdidas que no se pueden controlar como son el personal con bajas médicas o el

personal rotando fuera de su unidad. Nos encontramos pues ante una limitación del estudio.

Con el fin de asegurar la validez de la información proporcionada, se excluyeron aquellos cuestionarios que presentaban una cumplimentación parcial del número de preguntas (50%) o una eventual respuesta invariable a las cuestiones para evitar el sesgo de información por falta de atención al proporcionar la respuesta. En nuestro caso, el número de cuestionarios que se eliminaron fue de 114 cuestionarios (9,26%), lo que supone un total de 1117 cuestionarios enviados para su análisis. Nos encontramos nuevamente con una pérdida de información importante. Este 9,26% de los cuestionarios que fueron desestimados, podría traducir por un lado una falta de formación en materia de seguridad por parte del personal de centro y con ello, dificultades para la comprensión de algunos ítems de ambos cuestionarios con la consiguiente ausencia de respuestas.

Por otro lado, el hecho de entregar 2 cuestionarios en vez de uno solo, ha podido influir de manera negativa en la cumplimentación de los mismos, ya que aunque el cuestionario de elaboración propia es breve y se contesta en 1 minuto, el cuestionario HSOPS de la **AHRQ** es algo más complejo y largo, tardándose en contestar aproximadamente 15 minutos. La falta de tiempo y la sobrecarga laboral sobre todo por parte del personal médico y de enfermería, ha podido motivar que estos se rellenen de manera rápida y es posible que prestando en ocasiones poca atención lo que podía condicionar la aparición de un sesgo de información.

Otro aspecto que hay que subrayar, es la falta de interés en la participación de este tipo de estudios, bien por la convicción de que no sirven para nada o bien porque una vez conocidos los resultados, no se van a tomar las medidas necesarias para solucionar los problemas identificados. Así lo han manifestado algunos de los trabajadores del centro cuando se procedía a la recogida de los cuestionarios. Esto es un claro ejemplo de la falta de CS a pesar de sus múltiples beneficios demostrados^{189,190}.

La tasa de respuesta alcanzada ha sido diferente según el cuestionario empleado. Con una tasa de respuesta del 35,36 %, se analizaron 395 encuestas

correspondientes a la versión en castellano del cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety**, frente a un 31,96 % de respuestas correspondientes a las 357 encuestas del cuestionario de elaboración propia. El personal sanitario obtuvo mejores tasas de respuesta que el no sanitario en ambos cuestionarios : 29,41% vs 21,87% en la versión española del Cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety** frente a un 29,16% vs 16,66% en el **Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**. Esta diferencia de 38 cuestionarios aunque no es muy significativa, debe hacernos recapacitar sobre algunos aspectos.

En primer lugar, habría que reflexionar sobre la conveniencia o no de que figure el nombre de los investigadores en los cuestionarios entregados, ya que este hecho ha podido influenciar de manera negativa en la cumplimentación o no de los mismos, teniendo por tanto un sesgo de no respuesta.

La segunda cuestión que nos debemos plantear, es si es necesario el hecho de referenciar el lugar de procedencia de la herramienta en cuestión para el estudio de la CSP : **Universidad de Murcia**: Versión española del **Hospital Survey on Patient Safety** vs **HUSA**: **Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**.

Por este motivo, proponemos que en este tipo de estudios no se incluyan datos que pudieran influir de manera negativa en la percepción de las personas que van a cumplimentar los cuestionarios.

Comparándonos con otros trabajos donde se han incluido tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, hemos tenido tasas de respuestas más bajas con los 2 cuestionarios empleados (**Hospital Survey on Patient Safety**: 35,36% vs **Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**: 31,96%) frente a un 56,16%¹⁷⁰, 47,4%¹⁹¹ y 52%¹⁹² respectivamente. Cuando analizamos otros estudios de ámbito nacional (a excepción del realizado en Atención Primaria¹⁷⁰) donde solo se ha estudiado a los profesionales sanitarios, vemos que las tasas de respuesta son aún mayores (71,2%¹⁷¹ y 62,8%¹⁷²), si bien el trabajo de referencia en este sentido es el realizado por Saturno¹⁶⁸ de la **Universidad de Murcia** con una tasa de respuesta del 40% de manera global y del 42% para los hospitales medianos, como es nuestro

caso.

La tasa de respuesta de este estudio utilizando la Versión española del **Hospital Survey on Patient Safety** (35,36%), se podría equiparar a la del trabajo realizado por **Gama ZAS et al**¹⁹³ en 8 hospitales públicos de la **Comunidad de Murcia** donde la tasa de respuesta que se obtuvo fue del 35,4%.

Con respecto a otros trabajos¹⁶⁹ donde el ámbito de estudio fueron las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales españoles y utilizando otros instrumentos de medición (**SAQ-ICU**), estamos un poco por encima (tasa de respuesta global : 29,8%), aunque cuando se desglosan las tasas de respuesta por tipo de hospital (en nuestro caso mediano, dicha tasa aumentaba hasta un 43,4%). La representatividad de la muestra se garantizó mediante la ponderación de los resultados obtenidos. En general, es mejor cuando hablamos del personal sanitario (a excepción de los celadores y auxiliares de enfermería con tasas de respuestas del 4,3% y 13,2 % respectivamente) que del no sanitario. Esta diferencia puede deberse a la falta de participación en estudios de esta índole, si bien hay trabajos en los que se encuentran más representados^{175,177,178,191,192}. Podríamos decir entonces que la participación de personal no sanitario, a priori menos familiarizado con los problemas asistenciales sanitarios, puede influir de manera negativa a la hora de cumplimentar este tipo de cuestionarios por lo que habría que estudiar una fórmula para ver de qué manera se podría implicar más a este colectivo en este tipo de estudios.

La CSP debe ser una tarea que recaiga sobre todo el personal hospitalario que de un modo u otro atiende a un paciente. En ocasiones, se tiende a responsabilizar directamente solo a los profesionales que tienen más contacto con el paciente, es decir, médicos y enfermeros. En este sentido, es fundamental una labor de concienciación en los distintos niveles asistenciales para que todos los trabajadores, se sientan una parte importante en este engranaje tan complejo que supone la asistencia sanitaria.

Las posibles causas de esta baja participación podría obedecer a varios factores que ya hemos mencionado con anterioridad : tener que cumplimentar dos cuestionarios en vez de uno solo, falta de formación previa en materia de seguridad

del paciente, dificultad en la comprensión de algunos ítems, falta de tiempo por sobrecarga laboral y la creencia de que este tipo de estudios no aportan nada a los problemas a los que se enfrentan diariamente en su actividad profesional. Aunque las tasas de respuestas son relativamente bajas a pesar de los recordatorios realizados, globalmente se alcanzó el objetivo numérico planteado.

En relación a los datos socio-demográficos de las personas que han contestado, el 86,4% tiene contacto directo con el paciente. Este dato es esperable ya que el 89,4% del personal hospitalario, es sanitario. El colectivo con mayor representación han sido los farmacéuticos con un 100%. A diferencia de otros estudios^{168,170}, el colectivo médico ha tenido mayor representación que el de enfermería (38,7% vs 30,6%), si bien hay trabajos^{169,170} que apuntan en esta misma dirección. Tradicionalmente suele ocurrir lo contrario, es decir, el personal de enfermería suele estar mucho más representado^{175,177} porque parece que el hecho de estar más tiempo en contacto con los pacientes pudiera hacer que se tuviera una mayor percepción sobre la seguridad de los mismos.

Si desglosamos la participación de los encuestados según el tipo de servicio en el que trabajan, destacan claramente los servicios médicos (40,2%) frente a los quirúrgicos (27,2%), de ahí que los servicios con mayor participación hayan sido : Urgencias (9%), Radiología (6,4%), Pediatría (5,7%) y Oncología (4,7%) Nos encontramos con un dato llamativo y es que servicios como la UCI, donde tradicionalmente se ha considerado uno de los lugares donde se producen más EA, no ha destacado entre los servicios con mayor representación dentro de los servicios de tipo médico. Esto mismo ha ocurrido cuando hemos analizado la diferencia entre servicios de tipo médico y quirúrgicos, siendo estos últimos los que menor representación han tenido. Los estudios realizados por **Sorra**^{175,177,178} en EE.UU, muestran datos con ligeras diferencias a favor de los Servicios quirúrgicos si bien las cifras en cuanto a representación de estos servicios, varía según los estudios. Así por ejemplo, en el trabajo de del mismo autor del año 2007 el Servicio de Cirugía representó un 10% y en el año 2010 un 17%.

En relación a los Servicios de tipo médico, han destacado los Servicios de

Urgencias y de Radiología, probablemente por la implicación directa de sus líderes en materia de SP.

Dentro de los servicios quirúrgicos, destaca Cirugía General con un 7,7%, seguido de Obstetricia y Ginecología (4,9%) y Quirófano (4,9%)

El hecho de que el Servicio de Cirugía General y el Quirófano hayan sido el servicio quirúrgico y área con mayor representación, seguramente guarde relación con el hecho de que el investigador principal de este estudio, sea un cirujano. El otro Servicio que ha destacado por su participación ha sido el de Obstetricia y Ginecología gracias a la implicación directa de sus matrones/as y al personal de enfermería.

Casi la mitad del personal (45,6%) lleva más de 21 años en su profesión, el 19,8% más de 21 años trabajando en su servicio y el 26,5%, 21 años trabajados en el hospital. Estos datos nos muestran que estamos ante un personal hospitalario con una amplia experiencia laboral y que por tanto, son conocedores de los riesgos que entraña la asistencia sanitaria y posiblemente, tengan una mayor percepción sobre la seguridad que debe acompañar al cuidado de los pacientes. Sin embargo, solo el 26,5 % lleva más de 21 años trabajando en el hospital y el 19,8% en su servicio. Estas cifras muestran que el personal no está mucho tiempo trabajando en el mismo sitio ni en el mismo servicio, lo cual puede afectar a la SP.

Son del todo conocidos los problemas relacionados con la disponibilidad de recursos humanos a los que nos enfrentamos hoy en día en todos los ámbitos y el sanitario no es una excepción. Este hecho afecta de manera singular al colectivo de enfermería y puede suponer un problema desde el punto de vista de la atención al paciente por varios motivos : se producen traslados de personal con una determinada formación a puestos donde no la tienen con el consiguiente riesgo que ello supone; las sustituciones no se realizan con personal que tenga experiencia, sino que se recurre a personal joven carente de la formación necesaria para poder ofrecer los mejores cuidados; y en ocasiones, no existe una supervisión adecuada.

Algo más de la mitad del personal (58%), trabaja entre 20-39 horas y el 40,6% de los trabajadores lo hace más de 40 horas. Otro de los factores a destacar a la hora de presentar una mayor percepción sobre la SP es el tiempo que se trabaja.

Difícilmente se puede tener una idea certera sobre la realidad del medio en el que se trabaja si se está poco tiempo en un mismo sitio. Este hecho, es particularmente importante en el ámbito sanitario ya que a mayor número de horas en contacto con los pacientes, mayor percepción sobre los riesgos que entraña la asistencia sanitaria y por tanto, mayor percepción sobre la SP. Paradójicamente, hay estudios¹⁹⁴ que dicen justo lo contrario : aquellos con menos horas trabajadas, tienen mayor percepción de seguridad.

En cuanto al clima de seguridad y tomando como referencia una escala de 0 a 10, la calificación media fue de 7 y solo el 8,6% la calificó con un suspenso. Según los datos del cuestionario de elaboración propia, el 60,4% de los encuestados consideró que el clima de seguridad era aceptable. Estos datos son idénticos a los descritos por **Saturno**.

Otro de los aspectos importantes relacionados con el clima de seguridad, es la notificación de los EA. Como bien es sabido, la notificación de éstos es una potente herramienta para la implantación de medidas seguras que nos ayuden a prevenir su aparición¹⁹⁵⁻¹⁹⁷. La comunicación de los mismos es considerada en numerosos estudios como una debilidad ya que en todos ellos se muestran cifras bajas de notificación: 48%,¹⁷⁵ 54%,¹⁷⁷ 58,6%¹⁸⁰. Nuestro estudio muestra una cifra inusualmente elevada de infra-notificación (82,8%) en el año 2014, próxima a la descrita por **Saturno** (77,8%) si bien hay artículos que muestran cifras más altas¹⁹⁸ (90,2%)

En líneas generales, suelen realizar más notificaciones el personal que tiene más contacto con el paciente -el personal de enfermería- frente a los que no lo tienen (49% vs 28%)^{178,199} y aquellos que llevan más años trabajados. Algunas publicaciones¹⁷⁸ refieren que los Servicios que más comunicaciones realizan son la UCI y Farmacia aunque, como veremos más adelante, esto no ocurre siempre así. La formación recibida así como el entorno cultural en el que se trabaja resultan fundamentales para explicar el porqué de determinados comportamientos^{176,199}.

Sin duda, esas cifras no son nada buenas y podrían traducir una falta de compromiso por parte del personal en materia de seguridad del paciente. Los motivos que justificarían esta ausencia de participación pueden atribuirse a varias razones : la

creencia de una posible respuesta punitiva por parte de los superiores²⁰⁰, a la pérdida de la credibilidad como profesional, a la falta de seguridad jurídica en caso de demanda judicial o, simplemente, al hecho de que no se conozca que existen sistemas de notificación dentro del Hospital.

Dada la importante asociación entre los sistemas de notificación de EA junto con la posibilidad de aprendizaje a través de la información que nos proporciona, parece razonable sintetizar cual ha sido nuestra experiencia en el último año con nuestro sistema de notificaciones y además resaltar cuales son los aspectos más relevantes del informe **SiNASP** del **MSSI**.²⁰¹

En nuestro medio, contamos con un sistema de notificación denominado **SINEA (Sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos)** en el cual se puede registrar de manera anónima cualquier tipo de incidente. Según se refleja en el informe correspondiente al año 2016 en nuestro Hospital, el número de notificaciones realizadas ha disminuido con respecto al año 2014 (629 vs 442 notificaciones) y aumentado con respecto al año 2015 (442 v 325 notificaciones). Estos datos son llamativos si tenemos en cuenta que los encuestados referían hasta en un 82,8% de los casos no haber notificado ningún EA. Estos datos no tienen porque entrar en conflicto dado que las encuestas se entregaron en un momento puntual y es posible que a partir del inicio de este estudio, el personal tuviera un mayor grado de concienciación sobre la necesidad de notificar los EA y esto haya podido influir en el aumento posterior de dichas notificaciones. Otros aspectos que se deben tener en cuenta son : se puede dar el caso de que varias personas notifiquen el mismo EA, y el hecho de que los profesionales se enfrenten hasta en un 15% de los casos a un EA grave al año. Si extrapolamos esta cifra a nuestra población de estudio y tomamos como base la pirámide de **Heinrich**, vemos que el número de EA que se produciría serían aún mayor. Además, hay que considerar que estos cifras no son representativas del universo y por tanto las variaciones de notificación de un año a otro no las hemos de considerar significativas. Profundizando en el contenido del informe correspondiente al año 2016, se realizaron 442 notificaciones, de las cuales 388 (87,78%) se catalogaron como incidente sin daño y 54 (12,21%) como EA. Las causas que más frecuentemente se

recogieron en el cuestionario fueron: **error de medicación** (77,5%); **relacionados con un procedimiento** (33%); con el **retraso en tratamiento médico** (10,9%), **relacionados con el diagnóstico** (10,7%), **fallo en el registro de observaciones, actividades, planes; monitorización, cuidados** (8,4%), y por último **errores en la identificación del paciente** (4,5%)

Los factores que influyeron en la aparición del incidente con o sin daño reflejadas fueron : **factores individuales del personal sanitario** (Desconocimiento de tareas o protocolos, Supervisión inadecuada e insuficiente, poca experiencia), **factores del entorno de trabajo** (Rotación excesiva de personal/experiencia, Presión asistencial elevada), **factores relacionados con la tarea** (ausencia de verificación del proceso, protocolo no conocido, incumplimiento)

La repercusión que los EA tuvieron sobre los pacientes, estuvieron relacionados fundamentalmente con los efectos de la medicación o productos sanitarios seguidas de las incluidas en las complicaciones de los cuidados. Dentro de los efectos producidos por la medicación, los más frecuentes fueron las náuseas, vómitos o diarreas. Hubo 3 casos en los que el EA motivó que el paciente falleciera. En todos ellos, se realizó el correspondiente Análisis Causa Raíz. Otros 2 casos tuvieron repercusión importante sobre el paciente. A este respecto, **Ivorra**²⁰¹ publicó en el año 2008 un estudio sobre incidencia de EA en pacientes hospitalizados y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el **HUSA**. Los resultados mostraron una incidencia de EA del 6,2% en los pacientes hospitalizados (64/1033) y del 3,6% (7/192) en los pacientes en régimen de CMA. Los exitus relacionados con los EA alcanzaron el 3,5%. El 21,9% de los EA se consideraron evitables. Se produjeron 408 estancias adicionales que motivaron un 39,1% de procedimientos adicionales y un 92,2% de tratamientos adicionales. Por su parte, **Nuñez**²⁰² publicó años más tarde (2014) un estudio sobre EA atendiendo al tipo de cirugía en el mismo servicio y Hospital. En este caso, la incidencia de EA aumentó (11,8%) así como la mortalidad relacionada por dichos EA (12,8%) y el número de EA evitables (34,18%). Los datos mostraron que la cirugía limpia-contaminada fue que la ocasionó un mayor número de EA (37/117).

Los Servicios que más notificaron fueron: Análisis clínicos: 37 (8,37%), Medicina interna: 35 (7,92%), Unidad de Enfermedades Infecciosas: 29 (6,56%), Neurofisiología: 23 (5,20%), Radiología: 21 (4,75%), Neumología: 19 (4,30%), Medicina de Familia: 18 (4,07%) y Cirugía general: 16 (3,62%)

En relación al informe publicado por el **MSSSI** titulado “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente” (**SiNASP**) : Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015,²⁰³ resumimos de manera breve los aspectos más destacados : Se trata de un estudio en el que se registraron los incidentes por parte de los profesionales sanitarios en 71 hospitales de 9 Comunidades Autónomas durante un periodo de 15 meses (enero de 2014 y junio de 2015) y 57 áreas sanitarias de 8 Comunidades Autónomas en Atención Primaria. Se notificaron un total de 5004 incidentes correspondientes a la Atención Hospitalaria frente a 468 incidentes en Atención Primaria. Los tipos de incidentes que se notificaron en las Unidades de hospitalización, se relacionaron con la medicación (1476 incidentes, 29,5%), gestión organizativa y recursos (723 incidentes, 14,4%) y la identificación del paciente (675 incidentes, 13,5%), los equipos y dispositivos (645 incidentes, 12,9%), pruebas diagnósticas (534 incidentes, 10,7%) y con los procedimientos terapéuticos (459 incidentes, 8,3%). En los Centros de Atención Primaria, se notificaron 181 incidentes relacionados con la medicación (38,7%), seguido de incidentes relacionados con la identificación (55 incidentes, 11,8%), problemas relacionados con las pruebas diagnósticas (50 incidentes, 10,7%) y el tratamiento (48 incidentes, 10,3%). Con respecto a 2013, aumentó la notificación de incidentes relacionados con la medicación, con equipos/dispositivos, procedimientos terapéuticos y quirúrgicos, caídas, infraestructura y transporte/traslados, y disminuyó el número de incidentes notificados relacionados con la identificación, las pruebas diagnósticas, otros procesos administrativos y el laboratorio.

Los principales factores que contribuyeron a estos incidentes fueron : factores profesionales (sobre todo aspectos de formación o competencia de los profesionales y comportamiento) - 50% en Primaria y 42% en Hospital - seguido de factores de la organización (principalmente falta o inadecuación de normas, protocolos o

procedimientos de trabajo) - 36% en Primaria y 33% en Hospital-

La principal diferencia entre la Atención Primaria y la Hospitalización, radicó en que los factores relacionados con el paciente contribuyeron en mayor medida a los incidentes notificados: 17,95% frente a 10,27%. A diferencia del año 2013, se vio un incremento importante de los factores relacionados con el entorno de trabajo/instalaciones/equipamiento, así como de los relacionados con el paciente.

La mayor parte de los incidentes se produjeron en las Unidades de Hospitalización (45%), seguido de Urgencias y Servicios centrales (13% ambas), bloque quirúrgico (11%) y UCI (7%). Con respecto al año 2013, se apreció un aumento de las notificaciones en los servicios de Urgencias frente a la UCI.

Los profesionales que más utilizaron el sistema fueron los enfermeros (50%), seguido de los médicos (25%) y, en tercer lugar, los farmacéuticos (9%) Cuando el ámbito de trabajo fue la Atención Primaria, el orden se modificaba de manera que el profesional que más notificaba era el médico (44%), seguido de enfermería (28%) y farmacia (25%)

El 53% de los incidentes llegaron al paciente y de estos, el 31% ocasionaron algún tipo de daño. La gran mayoría de estos casos provocaron daño temporal.

Continuando con el desarrollo de las medidas sobre el sobre el clima de seguridad, analizaremos ahora las dimensiones relacionadas tanto de manera global, como según el tipo de estamento, tipo de profesión y tipo de Unidad/Servicio :

- **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados y Dimensión 2. Percepción de seguridad.** El análisis global en estas 2 dimensiones mostró lo siguiente : la **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados** no mostró fortalezas ni debilidades, tanto por ítem como por dimensión. No obstante, presentó un porcentaje de respuestas positivas del 48,2% (IC 95%, 45,3-51,1) (**Tabla XXVI**), hecho que contrasta con la baja notificación realizada (82,8%) Sin embargo, la **Dimensión 2. Percepción de seguridad** se comportó como una debilidad según el diagrama de **Pareto** realizado en ambos cuestionarios, pero con diferencias.

En la versión española del ***Hospital Survey on Patient Safety***, el porcentaje de respuestas negativas fue 36,5% (IC 95%, 34,1-38,9) (**Tabla XXVII**), constituyendo la

cuarta oportunidad de mejora y representando junto con otras 3 dimensiones, el 52% de las áreas de mejora (**Figura 13**). El **cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante** reveló un porcentaje de respuestas negativas del 57,9% (IC 95%, 54,9-60,9) (**Tabla XCIV**), constituyendo la primera área de mejora con un 45% (**Figura 16**). Nos encontramos, por tanto, ante una mayor percepción negativa sobre seguridad del paciente cuando empleamos nuestro cuestionario que el **Hospital Survey on Patient Safety**.

Por otra parte, las diferencias encontradas solo fueron estadísticamente significativas en el grupo “**Tipo de especialidad**” (**Dimensión 1 : P=0,000** y **Dimensión 2 : P=0,004**) (**Tabla LXXIV**)

Centrándonos en los resultados obtenidos con las 2 primeras dimensiones del cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety**, hemos visto lo siguiente : la **Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados**, no mostró fortalezas ni debilidades por estamentos, tanto por ítem como por dimensión. Sin embargo, esta dimensión destacó como fortaleza en el colectivo de los farmacéuticos: **ítems: 40** (100%) (**P=0,007**), **41** (100%) (**P=0,003**) y **42** (100%) (**P=0,001**) (**Tabla L**) y en el Servicio de Farmacia con fortalezas en 2 de los 3 ítems de esta dimensión: **ítem 40** (75%) (**P=0,166**) y **42** (75%) (**P=0,425**) (**Tabla LXII**). Como vemos, los resultados fueron estadísticamente significativos cuando analizamos las diferencias según el tipo de profesión aunque esto no sucede cuando el análisis se realiza según el tipo de Servicio. Ya hemos mencionado con anterioridad, que estos profesionales suelen ser los que más notificaciones realizan¹⁷⁸ y así se muestra en los resultados de esta dimensión. Según datos recientes del **MSSSI**²⁰³, los farmacéuticos constituyen el tercer colectivo (9%) en utilizar este tipo de sistemas de registro por detrás de los médicos (25%) y los enfermeros (50%). Según el registro **SINEA** de nuestro Hospital, sólo se registró una notificación por dicho estamento en lo que respecta a los datos referidos del primer semestre del 2016. Este hecho no tiene que ver necesariamente con una pérdida de interés en la notificación de EA, sino más bien a que el aumento en la percepción de seguridad haya ocasionado un mayor nivel de exigencia en materia de seguridad y esto haya motivado un menor número de errores con lo que la notificación disminuiría.

• La **Dimensión 2. Percepción de seguridad**, no mostró fortalezas en ninguno de los 2 estamentos. Se identificó como debilidad el **ítem 15**: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (53,9%) en el estamento sanitario, aunque las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas (**P=0,137**) (**Tabla XXXIX**)

La única fortaleza identificada dentro del análisis según el tipo de profesión, correspondió al colectivo de los farmacéuticos: **ítem 18**: “Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar los errores en la asistencia”(100%). Este resultado resultó estadísticamente significativo (**P=0,006**)

Casi todas las categorías profesionales a excepción de “Otros”, presentaron algún ítem dentro de esta dimensión como debilidad. Destacó sobretodo el **ítem 15**: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” en médicos (54,9%), enfermeros (57,5%), celadores (59,4%) y farmacéuticos (100%), presentado los auxiliares de enfermería un porcentaje que casi es considerado como una debilidad (48,2%) (**P=0,270**) (**Tabla LI**). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente no significativas. El **ítem 10**: “No se producen más fallos por casualidad”, también representó una oportunidad de mejora en el colectivo de los auxiliares de enfermería (59,8%) y farmacéuticos (50%) siendo estas diferencias estadísticamente significativas (**P=0,000**), y por último, el **ítem 17**: “En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente”, se comportó como debilidad (59,4%) (**P=0,000**) en el colectivo de los celadores. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

Al analizar los resultados según el tipo de Servicio no hemos encontrado ninguna fortaleza. Los ítems que se comportan como una debilidad en la **Dimensión 2. Percepción de seguridad**, varían según el tipo de Servicio. De esta manera, vuelve a destacar el **ítem 15**: “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” en los Servicios médicos (53,1%) y quirúrgicos (61,8%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (**P=0,050**) (**Tabla LXIII**)

Por otro lado, los colectivos de UCI y Farmacia destacaron en el **ítem 10**: “No se producen más fallos por casualidad” (50% y 66,7% respectivamente), aunque estas

diferencias fueron estadísticamente no significativas ($P=0,591$) (Tabla LXIII)

El análisis de la misma dimensión en el **Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante (Tabla LXXXII)**, no mostró fortalezas y sí muchas debilidades. **Según el tipo de Estamento: ítem 4** : “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” (**Sanitarios: 82,2% vs No Sanitarios: 78,7%**) aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P=0,834$) (Tabla LXXXII). **Según el tipo de Profesión: ítem 4**: “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” : médicos (81,4%), enfermeros (89,5%), auxiliares de enfermería (86,7%), farmacia (100%) y otros (75,5%), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($P=0,003$) (Tabla LXXXVI) y por último, **según el tipo de Servicio**, los ítems identificados como una debilidad fueron: **ítem 3**: “Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido un incidente adverso” en los siguientes Servicios : Quirúrgicos (58,5%), UCI (57,1%), Farmacia (83.3%), Otros (50,6%) y casi en los Médicos (49,2%) ($P=0,386$), **ítem 4**: “Me preocupo de la seguridad del paciente solo después de que haya ocurrido el incidente adverso” en los siguientes Servicios : Médicos (84,5%), Quirúrgicos (84%), UCI (71,4%), Farmacia (100%) y Otros (73,5%) ($P=0,105$) (Tabla XC). En ambos casos, las diferencias fueron estadísticamente no significativas. A tenor de los resultados mostrados, podemos concluir que los profesionales con mayor cultura sobre el clima de seguridad del paciente son los farmacéuticos y, el Servicio más implicado, el de Farmacia.

Analizaremos ahora las dimensiones que miden CS a nivel de Unidad/Servicio: **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad, Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua, Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de la Unidad/Servicio, Dimensión 6. Franqueza en la comunicación, Dimensión 7. Feed-back y comunicación sobre errores, Dimensión 8. Respuesta no punitiva a errores, Dimensión 9. Dotación de personal y Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente.** Al igual que antes, primero describiremos las diferencias de las dimensiones de manera global, luego

según el tipo de estamento, tipo de profesión y por último, según el tipo de Unidad/Servicio. Los resultados del análisis global por dimensiones mostraron que 6 de las 8 dimensiones : 3 (**Tabla XXVIII**), 4 (**Tabla XXIX**), 5 (**Tabla XXX**), 6 (**Tabla XXXI**), 7 (**Tabla XXXII**) y 8 (**Tabla XXXIII**), no mostraron fortalezas ni debilidades tanto por ítem como por dimensión. Destacaron de manera negativa 2 dimensiones : **Dimensión 9. Dotación de personal** : 60,1% de respuestas negativas (IC 95%, 57,7-62,5) y la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** : 58,3 % de respuestas negativas (IC 95%, 55,4-61,1) y de forma positiva, 2 dimensiones : **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** : 67% de respuestas positivas (IC 95 %, 64,6-69,4) y la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades** : 64,6% de respuestas positivas (IC 95 %, 62,3-67)

Con relación a las diferencias según el tipo de estamento, vemos que el personal sanitario no presentó ninguna fortaleza, aunque casi la constituyen algunos de los ítems contenidos en las dimensiones 3, 4 y 5. Las debilidades identificadas tienen que ver con la dotación de personal y apoyo de la Gerencia a la SP.

El personal no sanitario destacó con una fortaleza : **ítem 1**: “El personal se apoya mutuamente” (76,5%) y casi el **ítem 4**: “En esta Unidad todos nos tratamos con respeto” (72,5%) de la **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades**. Al igual que el personal sanitario, destacaron algunos ítems que casi conforman una fortaleza en las dimensiones 3, 4 y 5. Además de las debilidades ya mencionadas, este estamento presentó como oportunidad de mejora el **ítem 37**: “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (51,1% vs 48,9%) (**P=0,098**) (**Tabla XLVIII**) correspondiente a la **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación**. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente no significativas.

Atendiendo al tipo de profesión, el colectivo profesional que ha destacado con mayor número de fortalezas fue el de los farmacéuticos y el que ha presentado un mayor número de oportunidades de mejora han sido los celadores.

Los médicos presentaron ítems que se comportaron como una fortaleza en las dimensiones : **Aprendizaje organizacional y trabajo en equipo dentro de las Unidades** y 4 áreas de mejora en las dimensiones: **Percepción de seguridad**, **Aprendizaje**

organizacional: ítem 13: “Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad” (50,9%), **Dotación de personal y Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente**. Al igual que el colectivo médico, los enfermeros presentaron las mismas fortalezas y el mismo número de debilidades, aunque se identificó como debilidad otra dimensión : **Dimensión 6. Franqueza en la comunicación** en vez de la **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional**. Las otras 3 áreas de mejora estuvieron relacionadas con la **Percepción de seguridad, Dotación de personal y Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente**.

Los auxiliares de enfermería presentaron las mismas fortalezas que en los colectivos médico y de enfermería y además, la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad**, se mostró como una fortaleza. Las oportunidades de mejora fueron las mismas que en los enfermeros.

Por su parte, los farmacéuticos fueron los que presentaron un mayor número de fortalezas (6), destacando sobretodo en una dimensión: **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad**. Las otras dimensiones que presentaron algún ítem como fortaleza se relacionaron la **Percepción de seguridad, Aprendizaje organizacional, Trabajo en equipo entre unidades y Franqueza en la comunicación**. Además, fue el colectivo con un menor número de debilidades; estas se relacionaron con la **Percepción de seguridad** y la **Dotación de personal**. Por último, los celadores no presentaron ninguna fortaleza en estas dimensiones analizadas y si un importante número de debilidades en las dimensiones : 4,5,7,9,10.

Como vemos, las dimensiones que destacan en positivo son el **Aprendizaje organizacional/mejora continua y el Trabajo en equipo** en casi todos los colectivos menos en los celadores y, una tercera: **Expectativas y Acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad**, en los farmacéuticos y auxiliares de enfermería. En este sentido, habría que plantearse porqué el colectivo de los celadores no presenta ninguna fortaleza en las 8 dimensiones analizadas y sí destaca de manera negativa en 6 de ellas.

Parece que existe una opinión unánime entre todas las profesiones estudiadas

al afirmar que los principales problemas identificados tienen que ver con la **Dotación de personal y el Apoyo de la Gerencia**. Sin embargo, otros aspectos relevantes que influyen de manera significativa en la seguridad de los pacientes, como es la **Franqueza en la comunicación**²⁰⁴, se ve afectada en múltiples colectivos : enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores y otros. Por tanto, debemos replantearnos como solucionar este tipo de problemas, ya que una parte importante en la génesis de los EA, tiene que ver con una mala comunicación entre los profesionales sanitarios. Todo ello puede poner en riesgo la seguridad del paciente y, por tanto, se deberán de tomar medidas en este sentido. En este sentido, los estudios realizados en distintos ámbitos asistenciales como son : Líbano¹⁸⁶ o Bélgica²⁰⁵, muestran esta última dimensión como una fortaleza, aunque en otros países árabes como Arabia Saudí²⁰⁶ o Riyadh²⁰⁷ esto no ocurre. En líneas generales hay pocas diferencias en cuanto a las oportunidades de mejora que encontramos en los estudios europeos^{168,204,205} y árabes^{184-187,206,207}. Las dimensiones que destacan de manera negativa en estos estudios son : respuesta no punitiva a errores, dotación de personal, trabajo en equipo entre unidades y la notificación de EA, si bien en el estudio realizado por Wagner¹⁸¹ en el que se comparan las diferencias entre los Países Bajos, Taiwan y EE.UU, la dimensión que recibió una peor valoración fue “Los cambios de turno y transición entre servicios”.

Por el contrario, destacan como fortalezas : Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad, Aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo dentro de las Unidades.

Si seguimos analizando nuestra población estudio, y atendiendo al tipo de Servicio, observamos que los Servicios médicos destacan sobre los quirúrgicos en lo siguiente : mayor número de fortalezas (dimensiones 3 y 5) y menor número de debilidades (dimensiones 9 y 10). Los Servicios quirúrgicos, en contra, no tuvieron ninguna fortaleza aunque hubo varias dimensiones en las que casi lo alcanzan : 3,4,5,8.

El número de oportunidades de mejora fue elevado (Dimensiones 2,6,9 y 10) Nuevamente, la **Dotación de personal y el Apoyo de la Gerencia** son puntuados de manera negativa y visto por estos profesionales como áreas a mejorar. Llama la atención que los Servicios quirúrgicos en los que, *a priori*, se les presupone una mayor

CS, tengan como puntos débiles, la **Percepción de seguridad** y la **Franqueza en la comunicación** aparte de los ya mencionados. La UCI también presentó el mismo número de áreas de mejora que los Servicios quirúrgicos, aunque una de ellas que fue distinta : **Dimensión 7. Retroalimentación y comunicación sobre errores**. A diferencia de los quirúrgicos, este grupo presentó 3 fortalezas en las Dimensiones 3,4 y 5, similar a los Servicios médicos.

Como ya hemos descrito previamente según el tipo de profesión, el Servicio de Farmacia fue el que alcanzó un mayor número de fortalezas : 3,4,5,6,7,8, siendo las áreas de mejora nuevamente, la **Dotación de personal** y el **Apoyo de la Gerencia** a la seguridad del paciente. El Servicio “Otros” no presentó ninguna fortaleza y sí 2 oportunidades de mejora en las dimensiones 6 y 9.

Al utilizar dos cuestionarios para medir CSP en nuestro Hospital, hemos querido comprobar si existían diferencias entre el análisis de ambos : **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente** vs **Dimensión 10 del cuestionario de la AHRQ** y la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** de nuestro cuestionario que se corresponde con la misma dimensión del otro cuestionario. La **Dimensión 2. Percepción de seguridad del cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante**, ya se ha analizado en el apartado anterior sobre las dimensiones que miden el clima de seguridad.

Cuando comparamos los resultados de la **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** de nuestro cuestionario (**Tabla XCIII**) con la **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la seguridad del paciente** de la Versión española del **Hospital Survey On Patient Safety (Tabla XXXV)**, observamos que existen diferencias entre los porcentajes de respuesta de uno y otro. El porcentaje de respuestas negativas en nuestro cuestionario fue del 33,4% (IC 95 %, 30,6-36,3) (**Tabla XCIII**) vs 58,3% (IC 95%, 55,4-61,1) (**Tabla XXXV**). En nuestro caso, esta dimensión constituyó la tercera área de mejora (26%) mientras que en el otro, fue la segunda área de mejora (25%) según el diagrama de **Pareto (Figura 13)**

Así pues, hay una mayor percepción negativa (58,3 vs 33,4) en esta dimensión cuando analizamos las respuestas del cuestionario **Hospital Survey on Patient Safety**.

Esta dimensión, es otra de las identificadas como área de mejora en general. No se identificaron fortalezas ni por tipo de estamento, tipo de profesional o de Servicio. Encontramos diferencias estadísticamente significativas dentro de los colectivos profesionales de Farmacia y Enfermería en los ítems : **ítem 2** : “Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director” (50% y 49% respectivamente) (**P=0,003**) (**Tabla LXXXV**) e **ítem 1** : “El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” en enfermeros (49,5%) (**P= 0,015**) (**Tabla LXXXV**). Ambos se comportaron como una oportunidad de mejora. Los Servicios más críticos en este sentido fueron : la **UCI** (2 debilidades) : **ítem 1** : “El Director/Gestor de mi Centro, propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente” (53,8%) (**P=0,457**) e **ítem 2**: “Percibo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en la agenda del director” (61,5%) (**P=0,231**) (**Tabla LXXXIX**) y Farmacia con una debilidad: **ítem 1**: “El Director/Gestor de mi centro, propicia un ambiente que promueve la seguridad del paciente” (57,1%) (**P=0,457**) (**Tabla LXXXIX**). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente no significativas en los ítems explorados (**P=0,457**) (**Tabla LXXXIX**)

Del mismo modo, esto sucede cuando hacemos el análisis comparativo entre la **Dimensión 3. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión que favorecen la seguridad** de nuestro cuestionario (**Tabla XCVI**) con la misma dimensión de la Versión española del *Hospital Survey On Patient Safety* (**Tabla XXVIII**) Observamos que existen discrepancias en cuanto al número de respuestas positivas : 34% (IC 95 %, 31,1-36,9) (**Tabla XCVI**) vs 67% (IC 95 %, 64,4-69,4) (**Tabla XXVIII**), y negativas : 38,5% (IC 95 %, 35,5-45,5) (**Tabla XCVI**) vs 13,1 (IC 95 %, 11,4-14,8) (**Tabla XXVIII**) En este caso, existe una mayor percepción negativa (38,5 vs 13,1) cuando se analizan las respuestas de nuestro cuestionario frente al de la **AHRQ**.

Al aplicar los criterios de la **AHRQ**, identificamos una discordancia entre la respuesta de los encuestados y el sentido de la pregunta. Se trata del **ítem 6** : “Cuando ha ocurrido un evento adverso tengo una actitud temerosa a hablar de ello” que se comportaba como una debilidad a nivel de estamentos, tipo de profesión y tipo de Servicios : Sanitarios: 59,9% vs No Sanitarios: 57,1% (**P=0,928**) (**Tabla LXXXIII**), médicos

(61,8%), enfermeras (60%), auxiliar de enfermería (68,8%), farmacéuticos (100%) y otros (54,9%), si bien las diferencias encontradas fueron estadísticamente no significativas (**P=0,124**) (**Tabla LXXXVII**). Por último, a nivel de Servicios : Servicios Médicos (63%), Quirúrgicos (60%), UCI (57,1%), Farmacia (100%) y Otros (61,3%) (**P=0,178**) (**Tabla XCII**). Todos los resultados fueron estadísticamente no significativos.

Si analizamos detenidamente el sentido de la pregunta, de antemano, tiene un sentido positivo. Puesto que los encuestados refieren más de un 50% de respuestas negativas, al aplicar los criterios de la **AHRQ**, esto resultaría una oportunidad de mejora. Haciendo una reflexión sobre este resultado, lo que nos quiere decir es que los trabajadores de nuestro Hospital no tienen miedo a notificar un EA. La pregunta que nos hicimos fue “Si el personal no tiene miedo a notificar un EA, ¿Porqué hay una cifra tan baja de notificación de los mismos? “ En nuestro caso, un 82,8 % no notificó ningún EA. Otra cuestión que nos planteamos fue “¿Cómo puede considerarse una debilidad que el personal no tenga miedo a notificar un EA?.” Considerando este hecho, decidimos replantear que el sentido de dicha pregunta era en negativo, por lo que al aplicar nuevamente los criterios de la **AHRQ**, el resultado es una fortaleza. Los factores que han podido determinar esta discordancia, pueden estar relacionados con el sentido en que se ha formulado la pregunta, es decir, se tenía que haber especificado que el sentido de la misma debía haber sido en negativo al igual que describe **Saturno** en estudio o bien que la pregunta no estuviera correctamente formulada.

Con estos resultados, está claro que una cosa es lo que se dice y otra bien distinta, lo que se hace. Seguimos enfrentándonos diariamente a una sociedad que no admite que sus errores salgan a la luz para ser analizados, bien por miedo a una respuesta punitiva por parte de los superiores o por pérdida de la reputación profesional, etc.

Por otro lado, los celadores presentaron como debilidad : **ítem 7** : “Los jefes de Servicio y Supervisores promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores” (53,8%) (**P=0,197**) (**Tabla LXXXVII**) siendo las diferencias encontradas estadísticamente no significativas. Esta dimensión supuso la segunda área de mejora en nuestros resultados con un 38,5% de respuestas negativas

(**Tabla XCV**) según muestra el diagrama de **Pareto** realizado (**Figura 16**) Junto con la **Dimensión 1. Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente**, constituyó el 74% de las oportunidades de mejoras identificadas (**Figura 16**)

Las diferencias encontradas entre ambos cuestionarios pueden estar relacionadas con la pérdida de ítems dentro de cada dimensión, al carecer de capacidad explicativa el factor. La disparidad de los resultados puede deberse a la adaptación de estas actividades a la realidad de los hospitales, ya sea por la traducción o por la selección de la muestra (quizá en otros hospitales sí hubieran salido los mismos resultados). Todo ello, podría comprobarse en una futura línea de investigación. Por otro lado, la falta de actividades estandarizadas y la falta de protocolos, hacen que exista una gran variabilidad en las repuestas, afectando de esta forma al análisis de validez.

Hasta aquí, hemos analizado los resultados correspondientes a las 8 dimensiones que miden la CS a nivel de Unidad/Servicio.

Las dimensiones que miden la CS a nivel de todo el Hospital, son 2 : **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades** y **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios**. El análisis global de estas dos dimensiones no mostró fortalezas ni debilidades, aunque la dimensión 12 casi se podría considerar una debilidad porque el porcentaje de respuestas negativas fue (48,6%) (IC 95%, 46,1-51,1)

En primer lugar, llama la atención al analizar estas dimensiones la opinión generalizada que existe sobre la falta de coordinación entre los distintos Servicios. Ésta es mayor en personal no sanitario, enfermeros, celadores y farmacéuticos y en servicios como la UCI y Servicios de tipo médico. Los resultados relacionados con este ítem fueron los siguientes : **ítem 24** : “Las diferentes Unidades del Hospital no se coordinan bien entre ellas” figura como el área de mejora más claramente definido a todos los niveles : Personal sanitario (58,8%) y no sanitario (59,1%) (**P=0,980**) (**Tabla XLVIII**), médicos (55,8%), enfermeros (61%), auxiliares de enfermería (57,6%), celadores (63,6%), farmacia (100%), otros (57,1%) (**P=0,781**) (**Tabla LX**), Servicios Médicos (61,4%), Quirúrgicos (57%), UCI (66,7%), Farmacia (77,8%), Otros (53%) (**P=0,239**) (**Tabla LXXII**). Ninguna de las diferencias encontradas fueron

estadísticamente significativas.

El siguiente aspecto interesante tiene que ver con la percepción negativa que se tiene cuando se ha de trabajar con compañeros de otras Unidades. Este hecho, parece que resulte incómodo. Solo hubo un colectivo, los farmacéuticos, que presentó como fortaleza el **ítem 28**: “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros Servicios/Unidades”(100%) (**P=0,191**) (**Tabla LX**)

Otro aspecto relevante, es que se piensa que la seguridad del paciente puede verse comprometida en los cambios de turno. En este sentido, los auxiliares de enfermería y los farmacéuticos, así lo expresan con un 62,4% y 50% respectivamente. En este sentido, es llamativo ver, como un colectivo que no tiene contacto con los pacientes exprese este temor y, por otro lado, un grupo de profesionales con muy poca responsabilidad sobre el paciente, exprese lo mismo. Parecería lógico que aquellas personas que tienen algún tipo de responsabilidad sobre el paciente, expresaran su preocupación a este respecto, pero no ha sido así.

Nuevamente, destacan los farmacéuticos en la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre Servicios** en cuanto al mayor número de debilidades identificadas (**Tabla LXVI**) : **ítem 25**: “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra”(100%) (**P=0,036**) , **ítem 27**: “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente” (100%) (**P=0,000**), **ítem 29**: “El intercambio de información entre los diversos Servicios es habitualmente problemático” (50%) (**P=0,210**), **ítem 33** : “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno”(50%) (**P=0,000**) Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas en los ítems 25, 27 y 33.

Igualmente ocurre cuando analizamos la **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades (Tabla LX)**, donde es el colectivo con más oportunidades de mejora : **ítem 32**: “Los Servicios/Unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible” (50%) (**P=0,047**) e **ítem 26** : “Hay una buena cooperación entre las Unidades/Servicios que tienen que trabajar conjuntamente” (50%) (**P=0,004**). Este último ítem, también fue valorado de manera negativa por los

celadores (54,8%) (**P=0,004**). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

El único Servicio que sobresalió significativamente al presentar dos fortalezas dentro de la **Dimensión 12. Cambios de turno y transición entre servicios** fue la UCI : **ítem 27**: “En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente”(86,7%) (**P=0,031**) e **ítem 33**: “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno” (78,6%) (**P=0,052**) (**Tabla LXXIII**). Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas para el ítem 27. Sin embargo, presentó como área de mejora el **ítem 25** : “La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren de una Unidad/ Servicio a otra” (50%) (**P=0,145**) (**Tabla LXXIII**)

Por otro lado, hemos comprobado que existen 2 subculturas sobre la SP entre el personal sanitario y no sanitario. Si seguimos el modelo de madurez cultural propuesto por Halligan,¹⁵⁹ el personal sanitario estaría en un nivel proactivo, es decir, bueno aunque mejorable. Esta etapa más madura de CS define a un personal que está alerta ante los riesgos que pudieran surgir.

En contraposición con el personal no sanitario, vemos que se encuentra en una etapa más inmadura de CS, nivel reactivo. En esta etapa, la SP se considera importante pero solo se actúa si hay daños graves o severos. Nos encontramos pues con 2 estamentos que presentan distintos niveles de madurez cultural dentro de una misma organización. Como es evidente, esta no es la situación ideal ya que todos los miembros que trabajan en profesiones donde existe un riesgo asistencial debieran presentar un nivel de CS maduro (proactiva-calculadora). Una vez diagnosticado en qué situación se encuentra la CS de nuestra organización debemos de poner en marcha los mecanismos que nos permitan desarrollar todas aquellas actividades que hagan de nuestro sistema sanitario un lugar más seguro para nuestros pacientes. A continuación desarrollaremos los aspectos más destacados relacionados con los ítems de nuestro cuestionario (**ANEXO 12.4**) para ver qué diferencias hay entre sanitarios y no sanitarios relacionados con el nivel de madurez cultural.

Con respecto al ítem 1, el 46.2% de los encuestados globalmente piensa que la

dirección propicia un ambiente laboral que promueve la SP. El nivel de madurez cultural en este caso es más favorable para los profesionales sanitarios que a los no sanitarios (47,5% vs 37,5%) cuando analizamos la etapa proactiva. Estos datos podrían traducir una falta de compromiso por parte de la dirección en este sentido.

El ítem 2 muestra, curiosamente, como el personal no sanitario percibe que la SP es un aspecto importante en la agenda del director con una percepción más positiva que los profesionales sanitarios (44,7% vs 38%) cuando analizamos la etapa proactiva. Parece que existe una cierta discordancia cuando este estamento analiza el grado de implicación de la dirección en materia de SP. Los resultados de manera global no son nada buenos ya que de manera global sólo el 38,4% de los encuestados se sitúan en un nivel proactivo en este ítem. El análisis del mismo va en la misma dirección que el anterior, es decir, parece que los profesionales de nuestro hospital piensan que hay poco interés por parte de sus responsables en materia de seguridad. El ítem 3 se sitúa en un nivel de CS bajo, reactivo, en ambos estamentos a favor de los sanitarios (38,2% vs 32,6%) siendo la percepción global en este nivel del 37,4%. Esto quiere decir que los trabajadores no están de acuerdo en que se tomen medidas relacionadas con la SP sólo después de que haya ocurrido un EA. Nos encontramos pues, ante un grupo de profesionales concienciados con la SP. El ítem 4 enlaza con el anterior y tiene un sentido parecido. En este caso, la percepción global mayoritaria es a nivel reactivo con un 48,6%, destacando los profesionales sanitarios sobre los no sanitarios (50% vs 39,1%). Nuevamente hay una percepción de que no hace falta que ocurran EA para que los profesionales estén preocupados por la seguridad de sus pacientes.

La siguiente cuestión tiene que ver con el hecho de si trabajar sobre la SP aporta a nuestro Centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia. En este sentido, parece que los profesionales no sanitarios están en un nivel de madurez cultural mayor que los sanitarios (Creadora : 38,5% vs 29,3%) siendo el porcentaje global de respuestas en este nivel del 30,4%. Sin embargo, los profesionales sanitarios destacan sobre los otros en el nivel reactivo (26,7% vs 20,5%).

Estos datos muestran que realmente un porcentaje importante de profesionales sanitarios no creen que la SP aporte un beneficio claro en la asistencia

sanitaria.

Con respecto al ítem 6 sobre el temor a notificar los EA, el porcentaje global de respuesta en el nivel proactivo se situó en el 48,3% siendo las diferencias favorables en el colectivo de profesionales sanitarios frente a los no sanitarios (49% vs 43,8%) Estas cifras son positivas ya que uno de los obstáculos tradicionales para notificar un EA es el miedo a notificar. Qué duda cabe que si los datos mejorasen, el registro sería mucho mayor y ello nos permitiría adoptar muchas más barreras para evitar la producción de los EA. En relación al aprendizaje de los errores en vez de culpabilizar al trabajador por parte de los jefes de servicio y supervisores de enfermería, los resultados obtenidos muestran que en el grupo de profesionales sanitarios las opiniones están divididas entre un nivel patológico (35,19%) y un nivel creador (27,63%) Estos datos no son buenos ya que una parte importante de este colectivo piensa que sus líderes no favorecen el aprendizaje de los errores y sí focalizan el error en el trabajador. De hecho, el 33,71% de los trabajadores analizados globalmente aparecen reflejados en un nivel patológico mientras que un 27,71% se encuentran representados en un nivel creador. Por su parte, el colectivo no sanitario muestra igualmente 2 niveles de CS (28,26% nivel reactivo y 28,26% nivel creador)

La siguiente cuestión (ítem 8) destaca cómo los profesionales no sanitarios presentan un nivel de madurez cultural mayor (creadora) frente a los sanitarios (48,8% vs 32,8%) aunque de manera global los porcentajes de la etapa patológica (33,8%) y de la etapa creadora (34,7%) son muy parejos cuando analizamos los datos de manera global. Por su parte, los sanitarios se sitúan en un 35,8% vs 19,5% cuando analizamos la etapa patológica. Esto quiere decir que los trabajadores que tienen más contacto con el paciente no piensan que el debate sobre los errores médicos se centrase en mejorar las barreras y sí en discutir la responsabilidad individual de la persona que ha cometido un error médico. Resulta llamativo que el personal con menos responsabilidad sobre el paciente, piense justo lo contrario.

El último ítem de nuestro cuestionario hace referencia al hecho de si los procesos relacionados con la atención al paciente están bien estructurados. En este caso, ambos colectivos se encuentran con un nivel de CS intermedio (sanitarios vs no

sanitarios: 40,13% y 46,51% respectivamente). Parece que el personal que tiene un mayor contacto con el paciente y por tanto es más consciente de los riesgos que acarrea la asistencia sanitaria, no tiene tan claro que dichos procesos estén bien estructurados. Así que nos formulamos la siguiente cuestión : ¿ El personal no sanitario conoce realmente los riesgos de la asistencia sanitaria ?

En resumen, los resultados del presente estudio son similares a los realizados por el equipo de **Saturno**, destacando como áreas positivas : **“Trabajo en equipo dentro de las Unidades/Servicios”** (64,6%) (IC 95%, 62,3-67) y **“Acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad”** (67%) (IC 95%, 64,6-69,4), si bien no llegaron a comportarse como una fortaleza. El número de oportunidades de mejora identificadas fue menor que en el estudio de **Saturno** : **Dotación de personal** (60,1%) (IC 95%, 57,7-62,5) y **Apoyo de la Gerencia del Hospital a la seguridad del paciente** (58,3%)(IC 95%, 55,4-61,1) en vez de las 4 identificadas por **Saturno** (**Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente, Percepción de seguridad y Trabajo en equipo entre Unidades**). Hay una tercera dimensión en nuestro estudio que podría considerarse una oportunidad de mejora : **Problemas en cambios de turno y transición entre servicios** (48,6%) (IC 95%, 46,1-51,1). El hecho de tener menos debilidades podría traducir una mayor sensibilización y concienciación por parte del personal sanitario toda vez que se han puesto en marcha una serie de medidas que nos ayudan a mejorar la seguridad clínica de nuestros pacientes.

Atendiendo al tamaño del Hospital, en nuestro caso mediano, vemos que el número ítems que se comportan como una debilidad fue mayor que el número de fortalezas (4 vs 2) : **Oportunidades de mejora : Dimensión 2. Percepción de seguridad: ítem 15:** “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (57%), **Dimensión 9. Dotación de personal : ítem 2:** “Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo” (65,6%), **ítem 5:** “A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora” (71,7%), **ítem 14:** “Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa” (65,9%), **Dimensión 10. Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente :**

ítem 31: “ La Gerencia/Dirección del Hospital, solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente” (54,1%) y **Dimensión 11. Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios :** **ítem 24:** “ Las diferentes unidades ni se coordinan bien entre ellas”(49,8%). Las **Fortalezas** identificadas fueron : **Dimensión 4. Aprendizaje organizacional :** **ítem 9:** “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurran de nuevo” (74,8%) y **Dimensión 5. Trabajo en equipo dentro de las unidades:** **ítem 1:** “El personal se apoya mutuamente” (77,2%). Los estudios^{168,170} muestran una relación directa entre las percepciones negativas identificadas y el tamaño del hospital, siendo éstas mayores en los hospitales grandes y medianos frente a los pequeños.

- **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las principales limitaciones del estudio están relacionadas con la pérdida de información, la tasa de respuesta, validez externa del estudio, los diferentes resultados empleando los dos instrumentos que miden CSP, dificultad de comprensión en algunos aspectos del cuestionario de la **AHRQ** por falta de formación previa, sesgo de no respuesta, sesgo de información y el sesgo de selección por conveniencia.

1.- Se ha producido una pérdida importante de información en dos aspectos. Uno de ellos es el relacionado con la base de datos de Recursos Humanos del **HUSA** ya que el número de trabajadores que figuraban inicialmente en el listado no se correspondió posteriormente con la realidad. El segundo aspecto, tiene que ver con la aplicación de los criterios de la **AHRQ** para asegurar una información veraz a la hora de valorar las respuestas de los encuestados.

2.- Aunque alcanzamos el objetivo numérico de encuestas contestadas, la tasa de respuesta fue baja. Esto se puede deber a la sobrecarga laboral, al hecho de tener que contestar 2 cuestionarios en vez de uno solo, a la falta de formación previa en materia de seguridad, dificultad de comprensión del cuestionario y a la creencia de que este tipo de estudios no aportan nada a los problemas a los que se enfrentan diariamente los trabajadores en su actividad profesional.

3.- La representatividad de la población diana del estudio quedó garantizada mediante la ponderación de los resultados. Sin embargo, la falta de aleatorización hace que se vea comprometida la validez externa del mismo de manera que no se pueden realizar inferencias con los resultados obtenidos.

4.- Diferencias entre resultados del cuestionario adaptado y nuestros resultados. Éstas podrían justificarse por la pérdida de ítems dentro de cada dimensión (al carecer de capacidad explicativa), por la disparidad de los resultados como consecuencia de la adaptación de estas actividades a la realidad de los hospitales, por la traducción o por la selección de la muestra y por otro lado, la falta de actividades estandarizadas y la falta de protocolos, hacen que exista una gran variabilidad en las repuestas.

5.- La falta de formación en seguridad del paciente así como la ausencia de estudios de este tipo en nuestro medio, ha podido dificultar la comprensión de algunos aspectos que exploran las dimensiones en los cuestionarios a pesar de contar con una persona de contacto en todo momento para resolver las dudas que se presentaran.

6.- Dado que en el membrete de ambos cuestionarios figura el nombre del investigador así como su lugar de trabajo, se ha podido producir un sesgo de no respuesta al considerar el personal encuestado mayor predilección por uno u otro.

7.- El hecho de entregar dos cuestionarios en vez de uno solo junto con la falta de tiempo asociada generalmente a la sobrecarga laboral, ha podido motivar que la cumplimentación de los cuestionarios sea realizada sin prestar la debida atención y de manera rápida lo cual a podido motivar un sesgo de información.

8.- La selección muestral por conveniencia (errores debidos a sesgos de selección) ha podido ser un factor causal en la ausencia de inclusión de la Dimensión Franqueza en la comunicación en la estructura de la escala resultado del análisis factorial realizado.

- **PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DE MEJORA**

En base a los resultados del presente estudio, proponemos realizar las siguientes acciones de mejora :

1. Mayor difusión sobre los recursos de los que disponemos para notificar los eventos adversos.

2. Fomentar un ambiente no punitivo para favorecer la notificación de los eventos adversos.

3. Difusión de los problemas identificados en sesiones clínicas hospitalarias.

4. Abordaje de los problemas relacionados con la seguridad del paciente de manera conjunta y no de forma individual.

5. Aumentar la dotación de recursos humanos.

6. Mayor implicación por parte de la Gerencia del Hospital en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

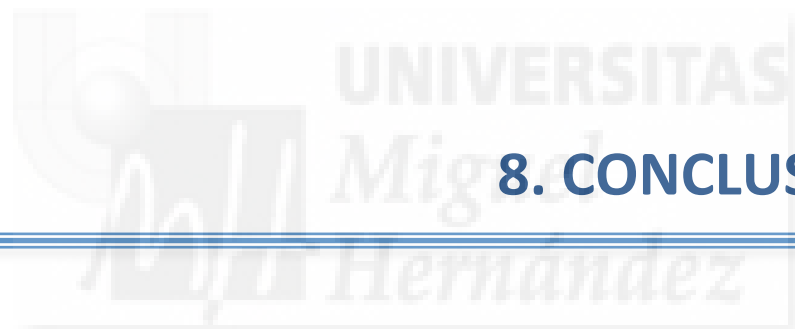
7. Mayor comunicación entre los líderes de las distintas Unidades/Servicios para abordar los problemas del paciente como “un todo” y no cada uno por su cuenta.

8. Favorecer la estabilidad laboral y la super especialización del personal que tiene más contacto con los pacientes.

9. Mayor comunicación entre los profesionales involucrados en el traslado de un paciente de una unidad a otra sobre los aspectos de su recuperación, estado actual y tratamiento.

10. Medición anual del clima de seguridad y en concreto, hacer más énfasis en las áreas de mejoras identificadas.

11. Aumentar la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en seguridad de los pacientes. Para finalizar, los datos reflejados en esta tesis nos permiten conocer cuál es la situación basal relacionada con la cultura de seguridad y percepción de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios del HUSA. Ello nos ha de servir como punto de partida para emprender las acciones necesarias con el objetivo de mejorar la seguridad de nuestros pacientes.



8. CONCLUSIONES



8. CONCLUSIONES

1. En nuestro medio y condiciones debemos rechazar nuestra hipótesis inicial ya que un cuestionario más breve no ha logrado obtener tasas de respuesta más altas.
2. Hemos creado y validado un nuevo cuestionario en castellano de aplicación en el ámbito hispano hablante para medir Cultura de seguridad del paciente.
3. La percepción que tienen los profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante sobre las actividades que se desarrollan en relación a la seguridad del paciente es buena, aunque mejorable.
4. No se han identificado fortalezas. Los resultados más destacados en positivo se relacionan con las Dimensiones : Aprendizaje organizacional/mejora continua, Expectativas/Acciones de la Gerencia que promueven la seguridad y el Trabajo en equipo dentro de las Unidades.
5. Las áreas de mejoras identificadas son : Dotación de personal, Apoyo de la Gerencia a la seguridad del paciente, Cambios de turno y transición entre Servicios y la Percepción de seguridad.
6. El colectivo con mayor número de fortalezas fue los farmacéuticos y con mayor número de debilidades, los celadores. Se identificaron más debilidades en los Servicios quirúrgicos y la UCI frente a los Servicios de tipo médico.
7. Las intervenciones de mejora que proponemos son : mayor dotación de recursos humanos, actitud más proactiva por parte de la Gerencia, mayor coordinación entre Unidades/Servicios, aumentar la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de seguridad, fomentar un ambiente no punitivo para favorecer la notificación de los eventos adversos, abordar los problemas relacionados con la seguridad del paciente de manera conjunta y no de forma individual, mayor comunicación entre los líderes de las distintas Unidades/Servicios, favorecer la estabilidad laboral y la super especialización del personal.
8. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que nuestro cuestionario es apto para su uso en nuestro medio.



9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353(9159):1178-81.
2. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, D.C : National Academy Press; 2001.
3. Aranaz JM, Vitaller J. y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA : Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Estudios para la salud, nº 13. Valencia. Generalitat Valenciana, 2004.
4. Umanzor Poblete M. Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Rev Calid Asist.*2011;26(6):359-66.
5. Shojanian KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer : a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*.2001: i-x,1-668.
6. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. Making Health Care Safer II : An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*.2013;(211):1-945.
7. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.
8. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 2000; 320:726-7.
9. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-62.
10. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18(5):325-30.
11. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaller J y Grupo de Trabajo

Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. Trauma, Fundación MAPFRE. 2013;24(1):54-60.

12. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. BMC Health Services Research. 2015; [Internet] [Accedido 28 marzo 2016];

Disponible en:
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0994-x>

13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Revisión sistemática de eventos adversos y costes de la no seguridad. Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Informes, Estudios e Investigación 2015.

14. Antoñanzas F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2013;87(3): 283-92.

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Serie de Informes, Estudios e Investigación 2008.

16. Allue N, Chiarello P, Bernal E, Castells X, Giraldo P, Martínez C, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit. 2014;28(1):48-54.

17. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay - JAMA 1955; 159(15):1452-6.

18. Moser R. Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956;255(13):606-14.

19. Ruiz Ortega JM. La gestión de riesgos sanitarios en los hospitales. En Aranz J, Vitaller J (ed). De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud 2004:107-20.

20. Leape L. Error in medicine, JAMA, 1994,272(23),1851-7.

21. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C : National Academy Press; 2000.

22. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav ES, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(3):174-8.
23. World Health Organization. Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety. The Launch of the World Alliance for Patient Safety, Washington DC, USA , 27 October 2004. [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
24. Consejo de Europa. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Estrasburgo : Consejo de Europa; 2004.
25. Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Patient Safety Initiatives). [Internet]. JCAHO. [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en <http://www.jcaho.org/Patient Safety/>
26. Agency for Health Care Research and Quality. [Internet]. AHRQ. [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>
27. The Australian Patient Safety Foundation. [Internet]. APSF. [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.apsf.net.au>
28. Haute Autorité de Santé. [Internet]. HAS. [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.hassante.fr>
29. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [Internet]. OPS. [Accedido 16 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm
30. National Patient Safety. [Internet]. NHS. [Accedido 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>
31. Fundación Avedis Donabedian. [Internet]. FAD. [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en: http://www.fadq.org/default_principal.asp?cidioma=2
32. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
33. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)* 2010;135(Supl 1):1-2.

34. Department of Health. An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse events in the NHS. London: Department of Health; 2000.
35. First National Report on Patient Safety. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Safety and Quality Council Action Plan 2001. [Internet] [Accedido 15 marzo 2016]. Disponible en <http://www.safetyandquality.gov.au/>
36. Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM, García Montero. JI, Mareca Doñate. R. La investigación sobre seguridad del paciente : necesidades y perspectivas. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):12-7.
37. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente: Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Internet] [Accedido 20 febrero 2015]. Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Declaración de Profesionales por la Seguridad del Paciente, Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [Internet] [Accedido 20 febrero 2015]. Disponible en : http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Conferencia Internacional en Seguridad de Pacientes. Retos y Realidades en el Sistema Nacional de Salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. [Internet] [Accedido 20 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/>
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS Sistema Nacional de Salud. Proyecto SENECA. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008: Informe Técnico 2008.

- [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
42. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] [Accedido 20 febrero 2015]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_final_15nov2007.pdf
43. The National Quality Forum : Safe Practices For Better Health Care. A Consensus Report. Washington; NFQ; 2003.
44. The National Quality Forum : Safe Practices For Better Health Care. 2006. Update. Washington; NFQ; 2007.
45. National Health Service. Siete pasos para la seguridad del paciente. Traducción autorizada por el National Health Service de Reino Unido. NPSA. Seven steps to patient safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Internet] [Accedido 20 febrero 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm
46. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient Safety : Making it happen. Luxembourg. Declaration on Patient Safety. 5th April 2005.
47. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (25-4-1986).
48. Terol E, Agra Y, Fernández Maíllo MM, Casal. J, Sierra. E, Bandrés. B, et al. Resultados de la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud Español, período 2005-2007. Med Clin Monogr (Barc). 2008 ;131 Suppl 3: 4-11.
49. World Health Organization (WHO). The Alliance for health policy an Sistem Research. [Internet] [Accedido 20 abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
50. Consejo de Europa 2004. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP

(2004) 41. Estrasburgo, 2004.

51. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003.

52. ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety. Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. London: Health and Safety Commission; 1993.

53. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. The Joint Commission Monograph. Oakbrook Terrace, IL : The Joint Commission, 2012 Nov; 1-162. [Internet] [Accedido 25 abril 2016]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJCImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>

54. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh M. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):1-12.

55. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate : a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14(5):364-6.

56. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

57. Institute of Medicine. Lohr KN, ed. Medicare: a strategy for quality assurance. Vol. 1 and 2. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

58. US National Patient Safety Foundation 2000. Agenda for research and development in patient safety. Medscape General Medicine, 2000. [Internet] [Accedido 11 mayo 16]. Disponible en: <http://www.npsf.org/download/researchagenda.pdf>

59. Vicent C. Patient Safety. Edinburg : Elsevier Churchill-Livinstone; 2006.

60. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med. 1964;6(1):100-10.

61. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care. 2003;12(1): 58-63.

62. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
63. Leape L, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324(6):377-84.
64. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38(3):261-71.
65. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458-71.
66. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Schug S, Briant R, Scott A, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J* 2001;114(1131):203-5.
67. Michel P, Quenon JI, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007;16(5):369-77.
68. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Murillo J, Ruiz López P, Limón Ramírez R, Terol García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(12):1022-9.
69. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Requena Puche J, Terol García E, Kelley E, et al; ENEAS work group. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14.
70. Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMA*. 2004;170(11):1678-86.
71. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*. 2001;163(39):5370-8.

72. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-9.
73. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals- a retrospective record review study. Rafter N, Hickey A, Ronan M Conroy R, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:111–19.
74. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. Sousa P, Sousa A, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. *BMC Health Services Research*. 2014;14:311-17.
75. Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G, et al. *Epidemiol Prev*. 2012;36 (3-4): 151-61.
76. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid : Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2008.
77. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid : Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
78. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010;22(6):415-28.
79. Estudio EARCAS. Eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios. Madrid : Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2011.
80. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Limón Ramirez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al; IBEAS team. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries : results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1043-51.

81. Montserrat Capella D, Suarez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L; AMBEAS Group. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries : the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):52-9.
82. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
83. Rasmussen J. Human error and the problem of causality in analysis of accidents. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1990;327(1241):449–60.
84. Aranaz Andrés JM, Limón Ramírez R, Aibar Remón C, Miralles Bueno JJ, Vitaller Burillo J, Perol García E, et al. Grupo de Trabajo ENEAS. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategia. *Gac Sanit*. 2008;22 (Suppl 1):198-204.
85. Aibar Remón C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Rev Calid Asist*. 2005;20(4):183-4.
86. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid: Fundación MAPFRE. (ed) Díaz de Santos; 2008.
87. Aibar C, Aranaz JM. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. *An. sis. sanit. Navar*. 2003;26(2):195-209.
88. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid. Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
89. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (Sede Web) U.S. Department of Health & Human Services. [Internet] [Accedido 24 junio 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>
90. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. National Patient Safety Goals. Joint Commission, 2015. [Internet] [Accedido 24 junio 2016]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
91. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions, 2007. [Internet] [Accedido 24 junio 2016]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/liografía>
92. Millar J, Mattke S and the members of the OECD Patient Safety Panel. Selecting Indicators for Patient Safety at The Health Systems Level in OECD Countries. OECD

health technical papers No. 18, París 2004.

93. McDonald K, Romano P, Geppert J, Duncan B, Shojania K, Hansen A. Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data-The Patient Safety Indicators. Technical Review 5 (Prepared by the University of California San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 02-0038. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2002.

94. Agency For Healthcare Research And Quality. AHRQ Quality Indicators-Guide to Patient Safety Indicators. AHRQ Pub.No. 03-R203 Rockville, MD; 2003.

95. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy S, Foy R, et al and the PSP Technical Expert Panel. Assessing the Evidence for Context-Sensitive Effectiveness and Safety of Patient Safety Practices: Developing Criteria (Prepared under Contract No. HHS-290-2009-10001C). AHRQ Publication No. 11-0006-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2010.

96. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*. 2000;320(7237):771-3.

97. Leape LL, Berwick DM. Five years after To err Is Human. *JAMA* 2005;293(19):2384-90.

98. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. *Rev Clin Esp*.2007;207(9):456-7.

99. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.

100. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, S Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(1):102-7.

101. de Vries E, Prins HU, Rogier MPH, Crolla MD, den Outer AJ, Van Andel G, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363(20):1928-37.

102. Comeche DP, Buitrago Vera C, Meneua R. Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud, Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):54-60.
103. Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. J Am Med Inform Assoc. 2001;8(4):299-308.
104. Pronovost P. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation BMJ. 2008; 337: a1714.
105. Aranaz Andrés JM. Acerca de las unidades de gestión de riesgos. Rev Calid Asist. 2009;24(3):93-4.
106. Great Britain. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organisation with a memory. Great Britain Department of Health; 2001.
107. Organización Mundial de la Salud. Calidad de atención: seguridad del paciente. Informe 2001. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB109/seb1099.pdf
108. Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13 Abril 2005. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: [www.coe.int/T/E/SocialCohesion/halth/Conference%20 Programme%2014.03.05](http://www.coe.int/T/E/SocialCohesion/halth/Conference%20Programme%2014.03.05)
109. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Brussels: Council of Europe; 2006. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
110. European Commission. Special Eurobarometer 2006. Medical Errors. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf
111. European Comission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009

(2009/ C 151/01). Brussels: European Commission; 2011. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible

en:http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

112. Diario Oficial de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo sobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la resistencia bacteriana

(2014/C 438/05). Diario Oficial de la Unión Europea C 438/7. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en:

http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2014.438.01.0007.01.SPA

113. Dirección De Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales. Comité De Salud. Proyecto De Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria. Patient Safety Data Systems In The OECD: a report of a joint Irish Department of Health. En: OECD Conference. OCDE DELSA/HEA/HCQ. 2007. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/indicadores_calidad_atencion_sanitaria.pdf

114. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing; 2013. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en:

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

115. European Commission. Report From The Commission To The Council The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels: European Commission, 2014. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf

116. European Patients Forum. EUNetPaS, 2014. [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/EUNetPaS/>

117. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care PaSQ;201. [internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: <http://www.pasq.eu/>.

118. National Patient Safety Foundation (NPSF), [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: <http://www.npsf.org>
119. Institute for Healthcare Improvement. Plan-Do-Study-Act (PDSA). [Internet] [Accedido 25 julio 2016]. Disponible en: <http://ihi.org>
120. Haig K. One Hospital's Journey Toward Patient Safety a Cultural Evolution. Medscape Money & Medicine Expert Column, 2003.
121. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
122. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety : Implications for Research. Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2008. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en : <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>
123. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation : cross sectional surveys. *BMJ*. 2000;320(7237):745-9.
124. Daley J, Jencks S, Draper D, Lenhart G, Thomas N, Walker J. Predicting hospital-associated mortality for Medicare patients. A method for patients with stroke, pneumonia, acute myocardial infarction, and congestive heart failure. *JAMA*. 1988; 260 (24):3617-24.
125. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(suppl 2):28-33.
126. Grau J, Prat A, Bertran MJ. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. *Jano*. 2011;1776:73-9.
127. Aranaz JM, Aibar C, Galán A , Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):41-7.
128. Barsky AJ. The Paradox of health. *N Engl J Med*. 1998;318(1):414-8.
129. De Vries EN, Eikens-Jansen MP, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. Prevention of surgical malpractice claims by a surgical safety

checklist. *Ann Surg.* 2011;253(3):624-8.

130. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. El Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La Cirugía segura salva vidas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. [internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en : http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

131. DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using health care Failure Mode and Effect Analysis : The VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. The Joint Commision. *Journal on Quality Improvement.* 2002;28(5):248-67.

132. Ruiz López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calid Asist.* 2005;20(2):71-8.

133. Cohen MR, Smetzer JL. Risk analysis and treatment. En: Cohen MR (ed). *Medication errors.* Washington DC: American Pharmaceutical Association, 1999.

134. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ.* 2005;173(5):510-5.

135. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández A, Garrido Corro B, Domínguez Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 2006;126(3):81-3.

136. Revisión Sistemática de Eventos Adversos y Costes de la No Seguridad. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015. Informes, estudios e investigación 2015.

137. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos de la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc).* 2004;123(1):21-5.

138. World Health Organization. WHO. Guidelines for Safe Surgery 2009. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

139. Aranaz Andrés JM, Ruiz López P, Aibar Remón C, Requena Puche J, Agra Varela Y, Limón Ramirez R, Gea Velazquez MT, et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en hospitales españoles. *Cir Esp.* 2007;82(5):268-77.
140. Solet DJ, Norvell M, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in Physician-to-Physician communication during patient hand offs. *Acad Med.* 2005;80(12):1094-9.
141. Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *J Public Health Res.* 2015;4(3):666.
142. Aibar Remón C, Aranaz Andrés JM, Vitaller Burillo J, Agra Varela Y, Giménez Julvez T, Marcos Calvo MP. Seguridad del paciente en atención primaria de salud: magnitud del problema. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 2003. [Internet] [Accedido 5 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/sumario2.php?idnum=18>
143. Aranaz J, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health.* 2012; 22(6): 921-25.
144. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Health care-associated infections: a metaanalysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med.* 2013;173(22):2039-46.
145. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Resultados del estudio EPINE. [Internet] [Accedido 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINEEPS%202016%20Informe%20Global%20e%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
146. Aranaz JM, Limón R, Requena J, Gea MT, Nuñez V, Bermúdez M, et al. Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. *Rev Calid Asist.* 2005;20(2):53-60.
147. Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ.* 2004;170(8):1235-40.

148. Gaitán Duarte H, Eslava Schmalbach J, Rodríguez Malagón N, Forero Supelano V, Santofimio Sierra D, Altahona H y Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Incidence and preventability of adverse events in patients hospitalized in three Colombian hospitals during 2006. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2008;10(2):215-26.
149. Williams DJ, Olsen S, Crichton W, Witte K, Flin R, Ingram J, et al. Detection of adverse events in a Scottish hospital using a consensus-based methodology. *Scott Med J*. 2008;53(4):26-30.
150. Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(4):297-302.
151. Foster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138(3):161-67.
152. Aranaz JM, Mollar JB, Gea MT. Efectos adversos en el siglo XXI. La epidemia silenciosa. *Monografías Humanitas*. 2006; 8:59-69.
153. European Society for Quality in Health Care. [Internet] [Accedido 20 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.esqh.net/%5D>
154. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009(1);21:9-17.
155. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(1):11-8.
156. Germán S, Navajas J, Silla I. El uso de cuestionarios en estudios de Cultura de Seguridad en organizaciones de alta fiabilidad. Revisión de la literatura y una aplicación en el Sector Nuclear Español. Ministerio de Economía y Competitividad. Departamento de Medio Ambiente. Informe Técnico CIEMAT, Diciembre 2014.
157. Guldenmund FW. (Mis) understanding safety culture and its relationship to safety management. *Risk anal*. 2010;30(10):1466-80.

158. IAEA. Self-assessment of safety culture in nuclear installations. Highlights and good practices, 2002.
159. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(4):338-43.
160. Parker DM and Hudson P. A Framework for Understanding the development of organizational safety culture. *Safety Science.* 2006;44(6):551-62.
161. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(2):109-15.
162. Etchegaray J, Thomas E. Comparing two safety culture surveys : Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(6): 490-98.
163. Hospital Survey on Patients Safety Culture (HSOPSC) [Internet] [Accedido 9 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>
164. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;3(6):44.
165. Giménez Júlvez T. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la Comunidad Autónoma de Aragón. [tesis doctoral]. Zaragoza. Universidad de Zaragoza; 2013.
166. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf.* 2009;5(3):139-44.
167. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:199.
168. 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.
169. Gutierrez Cia I, Merino P, Yáñez A, Obón B, Alonso A, Martin MC, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc).* 2010;135(Suppl 1):37-44.

170. 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.

171. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):329-36.

172. Roqueta Gea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás 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(5):356-64.

173. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(4):231-3.

174. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 (Suppl II):1122-7.

175. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Hospital survey on patient safety culture 2011 comparative database report, appendixes, parts II and III. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. (AHRQ Publication No. 11-0030). [Internet] [Accedido 18 abril 2016]. Disponible en : <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2011/hospsurv1123.pdf>

176. Zhu J, Li LP, Shi MY, Lu HY, Garnick DW, Weingart SN: What constitutes patient safety culture in Chinese hospitals? *Int J Qual Health Care*,2012;24(3):250-7.

177. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith SA. Hospital survey on patient safety culture 2012 user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. (AHRQ Publication, 12-0017). [Internet] [Accedido 18 abril 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>

178. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith SA, Wilson S, Liu H. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. (AHRQ Publication No. 14-0019-EF). [Internet] [Accedido 18 abril 2016]. Disponible en:

<http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>

179. Hellings J, Schrotten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2007;20(7):620-32.

180. Haugen AS, Sjøfteland E, Eide GE, Nortvedt MW, Karina Aase K, Harthug S. Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the hospital survey on patient safety. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:279.

181. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care.* 2013; 25(3):213-21.

182. Ocelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, et al. Validation of the French version on the Hospital Survey on Patient safety culture questionnaire. *Int J Qual health Care.* 2013; 25(4):1-10.

183. Pfeiffer y, manser T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient safety culture : dimensionality and psychometric properties. *Saf Sci.* 2010; 48:1452-62.

184. Wami S, Demissie A, Massie M, Ahmed A. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research.* 2016;20(16):495.

185. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res.* 2007; 29(7):827-44.

186. El Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdam R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22(5):386–95.

187. Azami-Aghdash S, Ebadifard Azar F, Rezapour A, Azami A, Rasi V, Klvanly Kh. Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran.* 2015; 29(251): 1-12.

188. Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang C-C, Hasegawa T. The characteristics of

patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):20.

189. Weaver. S, Lubomksi. L, Wilson. R, Pfoh. ER, Kathryn A. Martinez. KA, et al. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158:369-74.

190. Nieva V, Sorra J: Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in health care organizations. *Qual Saf Health Care* 2003,12:17-23.

191. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(2):112-8.

192. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2009; 34(4):300-11.

193. Silva Gama Z, Souza Oliveira A, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2013;29(2):283-93.

194. Quin. S, Miao. C, Hong-bing. T, Zhao-hui. C, Jing. C, Yin-huan. H, et al. What does a Hospital Survey On Patient Safety Reveal About Patient Safety culture of surgical units Compared With That of Other Units?. *Medicine.*2015;94(27):1-8.

195. Howel. AM, Burns. EM, Hull. L, Mayer. E, Sevdalis. N, Darzi. A. International recommendations for national patient safety incident reporting systems : an expert Delphi consensus-building process. *BMJ Qual Saf.* 2016.0; 1-14.

196. Conclusiones y recomendaciones clave sobre los sistemas de notificación y de aprendizaje en materia de seguridad de los pacientes en toda Europa. Informe del Subgrupo sobre Sistemas de Notificación y Aprendizaje del GTSPCA de la Comisión Europea Mayo de 2014. [Internet] [Accedido 20 Octubre 2016]. Disponible en : http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

197. Bañeres J, Orrego C, Rosa Suñol R, y Victoria Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist.* 2005;20(4):216-22.

198. Škodová M, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist.* 2011;26(1):33-8.
199. Nie Y, Xuanyue M, Hao C, Shenghong H, Jing L, Mingming Z. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research* 2013,24(13):228-42
200. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev.* 2009;34:312-22.
201. Ivorra Muñoz F. Análisis del impacto de la cirugía ambulatoria en el estudio de los efectos adversos en un servicio de Cirugía general. [Tesis doctoral]. Alicante. Universidad Miguel Hernández; 2008.
202. Nuñez Rodríguez V. Valoración de la incidencia de efectos adversos en un servicio de cirugía general atendiendo al tipo de cirugía. [Tesis doctoral]. Alicante. Universidad Miguel Hernández; 2014.
203. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la seguridad del Paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014.2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudios e Investigación 2016.
204. Nygren M, Roback K, Öhrn A, Rutberg H, Rahmqvist M, Nilsen P. Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):52.
205. Viayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W. A National Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(9): 760-67.
206. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010; 19(5): e.17. doi:10.1136/qshc.2009.033258.
207. El-Jadarli F, Scheik F, Gacia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospitals in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res.*2014; 14:122. Doi:10.1186/1472-6963-14-122.



10. ANEXOS



10. ANEXOS

10.1. Carta de presentación

Carta de presentación

Estimado compañero/a:

Nos dirigimos a ti para pedir tu colaboración en un proyecto de investigación que estamos realizando sobre seguridad del paciente entre el personal del hospital. Para ello te pedimos que cumplimentes los cuestionarios adjuntos que te entregamos en un sobre blanco, y que una vez cumplimentado deberás dejar cerrado y sin ninguna identificación.

Este estudio se realizará de manera anónima siendo en todo momento la participación en el mismo de manera voluntaria.

Así mismo todos los datos recogidos son estrictamente confidenciales y serán gestionados conforme a la Ley de Protección de datos.

Proyecto de Investigación: Análisis sobre la Cultura de Seguridad del Paciente entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario

Los objetivos del presente trabajo son:

- 1.- Determinar la percepción que tienen los profesionales sanitarios en un hospital universitario sobre las actividades que se desarrollan en relación a la seguridad del paciente.
- 2.- Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.
- 3.- Describir actitudes y comportamientos de los profesionales relacionados con la seguridad del paciente.
- 4.- Evaluar los resultados sobre la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del cuestionario AHRQ validado al castellano junto con otro de elaboración propia y diseñar actividades que la mejoren.
- 5.- Favorecer la utilización rutinaria de este nuevo cuestionario para mejorar el clima de seguridad.

Gracias por completar este cuestionario, su ayuda será muy útil para saber más sobre la seguridad de los pacientes.

Persona de contacto para cualquier aclaración:

Mario Mella (Servicio de Cirugía General y Digestiva). e-mail: wmarietem@hotmail.com

10.2. Versión en castellano del cuestionario HSOSP de la AHRQ



Por favor, piense en el Servicio/Unidad donde dedica mayor tiempo e Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones Sección A: Su Servicio/Unidad

1. El personal se apoya mutuamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo 2	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	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.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

Indique por favor con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad.

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	1 (Min)	10 (Max)
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?		
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?		
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?		
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?		
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?		
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	Si	No

50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta

1. Anestesia/Reanimación
2. Cirugía
3. Diversas Unidades
4. Farmacia
5. Laboratorio
6. Medicina Interna
7. Obstetricia y Ginecología
8. Admisión
9. Nefrología
10. Urología
11. Oncología
12. Pediatría
13. Radiología
14. Rehabilitación
15. Salud Mental/Psiquiatría
16. Servicio de Urgencias
17. UCI (de cualquier tipo)
18. Neurología
19. Traumatología
20. Hemodiálisis
21. Medicina Nuclear
22. Otro, por favor, especifique....

51. ¿Cuál es su posición laboral en su Servicio/Unidad. Marque una sola respuesta.

1. Gerencia/Dirección
2. Administración
3. Auxiliar de Enfermería
4. Dietista
5. Enfermero/a
6. Farmacéutico/a
7. Farmacéutico residente
8. Fisioterapeuta
9. Médico
10. Médico residente
11. Técnico (Por ejemplo...EKG, Laboratorio, Radiología...)
12. Otro, Por favor, especifique.....

10.3. Versión 1.1 sobre seguridad de los pacientes desde la perspectiva de los profesionales



ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PROFESIONALES

Por favor, responda las siguientes preguntas referidas a su centro:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Es sólo cuestión de suerte que en mi centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Jesús M^a Aranz Andrés
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA



Por favor, déle a su Centro una valoración general en seguridad del paciente.

Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

Indique las acciones de seguridad emprendidas en su Centro y valore de 1 a 10 la implicación de la estructura.

1.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Indique aquí cualquier comentario o sugerencia:

Muchas gracias por su colaboración

Jesús M^a Aranaz Andrés
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

10.4. Cuestionario sobre Cultura de seguridad del paciente en el medio hispano hablante. (Versión 1.2)



ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PROFESIONALES

Por favor, responda las siguientes preguntas referidas a su centro:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Jesús M^a Aranz Andrés
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA



Por favor, déle a su Centro una valoración general en seguridad del paciente.

Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

Indique las acciones de seguridad emprendidas en su Centro y valore de 1 a 10 la implicación de la estructura.

1.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Implicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Cumplimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Relevancia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Indique aquí cualquier comentario o sugerencia:

Muchas gracias por su colaboración

Jesús M^a Aranaz Andrés
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

10.5. Validez y fiabilidad del cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety.

Dimensiones	Ítems	Cargas
1. Comunicación de eventos adversos	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	0,762
	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	0,852
	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas aunque previsiblemente podrían	0,846
	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a	0,603
	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad	0,636
	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	0,570
	% Varianza Explicada	10,16
	0,879	
2. Percepción global de Seguridad	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"	0,724
	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	0,623
	% Varianza Explicada	17,67
	Alpha de Cronbach	0,556
3. Expectativas y acciones de dirección en seguridad	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del	0,715
	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido,	0,778
	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	0,680
	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la	0,765
	% Varianza Explicada	24,59
	Alpha de Cronbach	0,827
4. Aprendizaje organizacional /Mejora continua	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	0,505
	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su	0,745
	% Varianza Explicada	30,93
	Alpha de Cronbach	0,556
5. Trabajo en equipo en la Unidad	El personal se apoya mutuamente	0,785
	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	0,758
	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	0,647
	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	0,676
	% Varianza Explicada	36,10
	Alpha de Cronbach	0,810
9. Dotación del personal	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	0,724
	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es	0,682
	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	0,689
	% Varianza Explicada	41,18
	Alpha de Cronbach	0,596
10. Apoyo de la Gerencia	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	0,652
	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha	0,726
	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus	0,705
	% Varianza Explicada	46,25
	Alpha de Cronbach	0,746
11. Trabajo en equipo entre unidades	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente	0,742
	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención	0,728
	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	0,522
	% Varianza Explicada	51,29
	Alpha de Cronbach	0,702
8. Respuesta no punitiva	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu	0,679
	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	0,634
	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	0,735
	% Varianza Explicada	60,27
	Alpha de Cronbach	0,643
12. Problemas en cambios de turno	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha	0,736
	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	0,789
	% Varianza Explicada	63,67
	Alpha de Cronbach	0,686
	% Varianza Explicada	63,67
	Alpha de Cronbach	0,635

