



Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés

Perception of patient safety culture at *Hospital Ángeles Metropolitano*, through the application of the Agency for Healthcare Research and Quality survey

Victoria Ramirez de Angel,* Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez*

Citar como: Ramirez AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Med Grupo Angeles*. 2021; 19 (2): 195-203. <https://dx.doi.org/10.35366/100442>

Resumen

Introducción: La seguridad del paciente es toral para determinar la calidad de la atención médica. Las organizaciones requieren conocer cuál es el nivel de cultura de la seguridad del paciente. Para este propósito se usa el "Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente en Hospitales", de la *Agency for Healthcare Research and Quality* de los Estados Unidos de América (EUA).

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo, abierto, mediante la aplicación personal individual y grupal del cuestionario señalado. El procesamiento de datos se realizó en Excel, se corrió la prueba estadística alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de respuesta y validar el resultado, el análisis se basa en 12 dimensiones que constituyen la encuesta y son base del reporte de resultados que incluye datos sociodemográficos y profesionales, haciendo énfasis en dos grupos: médicos y no médicos. **Resultados:** Las dimensiones con mayor confianza: frecuencia de reporte de eventos, expectativas y acciones de dirección, supervisión y retroalimentación, y comunicación sobre errores, con valores de 0.874, 0.837 y 0.752, respectivamente; y con menor confianza: suficiencia de personal, percepción general de seguridad y respuesta no punitiva a los errores, con 0.199, 0.335 y 0.466, respectivamente. El nivel de percepción de seguridad del paciente en el hospital fue catalogado como bueno. **Conclusiones:** Se ofrece a la alta dirección del hospital un diagnóstico y una herramienta que le permite establecer planes de mejora dando prioridad en las dimensiones percibidas como deficientes.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, calidad, *Survey of the Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ).

Abstract

Introduction: Patient safety is paramount for the quality of medical care and therefore, for organizations to know what the level of culture of patient safety within them is. For this purpose, we use the "Patient Safety Questionnaire in Hospitals", from the Agency for Healthcare Research and Quality of the United States. **Material and methods:** It is an observational, cross-sectional, descriptive, and open study, through individual and group personal application of the questionnaire on patient safety. The data processing was done in Excel, running the Cronbach's Alpha statistical test for reliability of response, and validating the survey, the analysis of the 12 dimensions that constitute the survey are the basis of the report of results; sociodemographic and professional data were analyzed, with emphasis on two groups: medical and non-medical. **Results:** The dimensions with greater confidence: Frequency of reporting of events, expectations and actions of management, supervision, and feedback; and communication about errors, with values 0.874, 0.837, and 0.752 respectively; and with lower confidence: Sufficiency of personnel, general perception of security and non-punitive response to errors, with 0.199, 0.335, and 0.466, respectively. The level of patient safety perception of the hospital was good. **Conclusions:** It gives senior management of the hospital diagnosis and a tool that allows you to establish improvement plans giving priority dimensions perceived as deficient.

Keywords: Patient safety culture, quality, survey of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

* Médico Residente de Cirugía General. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle. Hospital Ángeles Metropolitano.

Aceptado: 22-06-2020.

Correspondencia:

Dr. Jorge A Pérez Castro y Vázquez
Correo electrónico: jope_@yahoo.com

www.medigraphic.com/actamedica



La calidad no sólo es algo que se desea alcanzar, es un camino para recorrer.
Anónimo

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.¹ Mientras que por analogía la cultura de seguridad de los pacientes se puede definir como: “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos tanto individuales, como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente”. Se trata de una definición y concepto dinámicos; por ello la importancia de conocer y determinar el grado de esta última, puesto que de ahí derivan posibilidades o áreas de oportunidad para la mejora y el incremento de la seguridad del paciente dentro de la organización, especialmente en un hospital.

En la actualidad, hablar de seguridad del paciente es sinónimo de calidad de la atención en los servicios de salud. Es tanta la relevancia de este tema que es una de las 11 categorías de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) para América Latina, y es también una de las dimensiones de la calidad según Donabedian; lo cual se ha venido reforzando y reconociendo cada

día con mayor claridad al punto de considerarse que la seguridad del paciente es el eje toral de la calidad de la atención médica.

Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre la seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y rediseñar los procesos para la mejora continua y permanente. Cada organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención; la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo deberían ser prioridad en todos los hospitales.²⁻⁴

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo en el que se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así como los sucesos que le preceden.⁴ Sin embargo, en los últimos años se ha visto un progreso real en el ámbito de la cultura de la seguridad del paciente; la comprensión de lo que significa es cada vez más rica y a su vez llena de matices, y estamos descubriendo formas sólidas de medirla y, hasta cierto punto, mejorarla.⁵ La abrumadora mayoría de los incidentes no son causados intencionalmente ni por falta de competencia de los profesionales que prestan los servicios, aunque se debe reconocer que hasta el personal más capacitado puede cometer los peo-

Tabla 1: Las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

1. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Cuatro preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda
2. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión/servicios para favorecer la seguridad	Cuatro preguntas. Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	Tres preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Tres preguntas. Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva
5. Percepción de seguridad	Cuatro preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos
6. Retroalimentación y comunicación sobre los errores	Tres preguntas. Libertad para hablar de riesgos para los pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien
7. Franqueza en la comunicación	Tres preguntas. Informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos
8. Frecuencia de eventos notificados	Tres preguntas. Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente
9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Cuatro preguntas. Cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades
10. Suficiencia de personal	Cuatro preguntas. Disponibilidad y organización del personal.
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Cuatro preguntas. Pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones
12. Respuesta no punitiva a los errores	Tres preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias

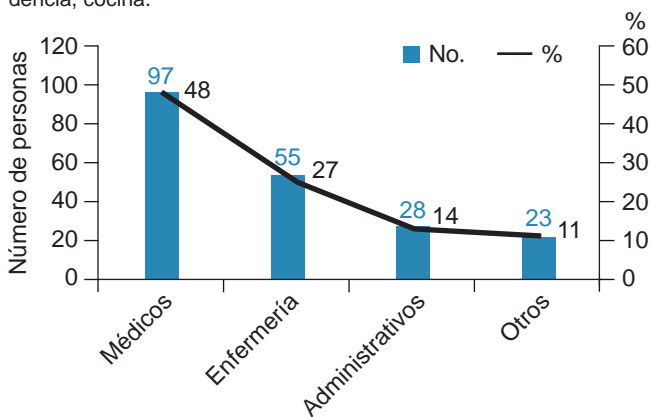
res errores. La atención médica con enfoque de seguridad del paciente requiere de la integración de conocimientos médicos con los conceptos de epidemiología (factores de riesgo), habilidades de comunicación y una actitud humanista como destrezas necesarias para el profesional de la medicina.⁶

Se requiere identificar los factores del sistema que afectan la seguridad del paciente, pues ayudan a la organización a conocer qué tan confiables son sus procesos y procedimientos; tradicionalmente la investigación y evaluación de la seguridad ha utilizado medidas retrospectivas de seguridad, por ejemplo, las muertes, los incidentes y los accidentes.⁷

Por lo tanto, ¿cómo lograr el nivel adecuado de seguridad del paciente, de tal forma que sea una atención de calidad?

Figura 1: Área de trabajo.

Otros: Ingeniería biomédica, rehabilitación, laboratorio, radiología (técnicos), farmacia, seguridad, mantenimiento, camillería, intendencia, cocina.



Debido a que lo que no se mide, no se puede mejorar, la evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de la aplicación de encuestas, lo cual permite obtener información exacta, con gran capacidad para estandarizar datos, lo que posibilita el análisis estadístico.⁸⁻¹⁰

Para este propósito existe el “Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales”. Esta encuesta fue adaptada a partir de aquella desarrollada en el año 2004 y sigue siendo hasta la fecha un instrumento confiable y ampliamente utilizado para medir la cultura de la seguridad del paciente, por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de los EUA, conocida mejor por sus siglas en inglés “AHRQ”, encuesta revisada, valorada y enjuiciada; que además se ha utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en los EUA, Europa y el sudeste asiático.^{11,12} Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.¹²⁻¹⁴

El cuestionario fue traducido al español por la propia AHRQ, igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción respecto a las doce dimensiones de la cultura de seguridad que representan los puntos clave para realizar acciones de mejora, entre las cuales resaltan los siguientes:

1. Liderazgo. Es responsabilidad de los líderes involucrar a todo el personal en la discusión, diseño, implementación y sustentabilidad de las medidas asociadas. Un liderazgo efectivo es fundamental para el éxito de una cultura de seguridad.^{14,15}
2. Trabajo en equipo y colaboración. Al fomentar el pensamiento individual y evaluar las decisiones y acciones de cada miembro del equipo se evita el enfoque jerárquico que obstaculiza una toma de decisiones adecuada, por

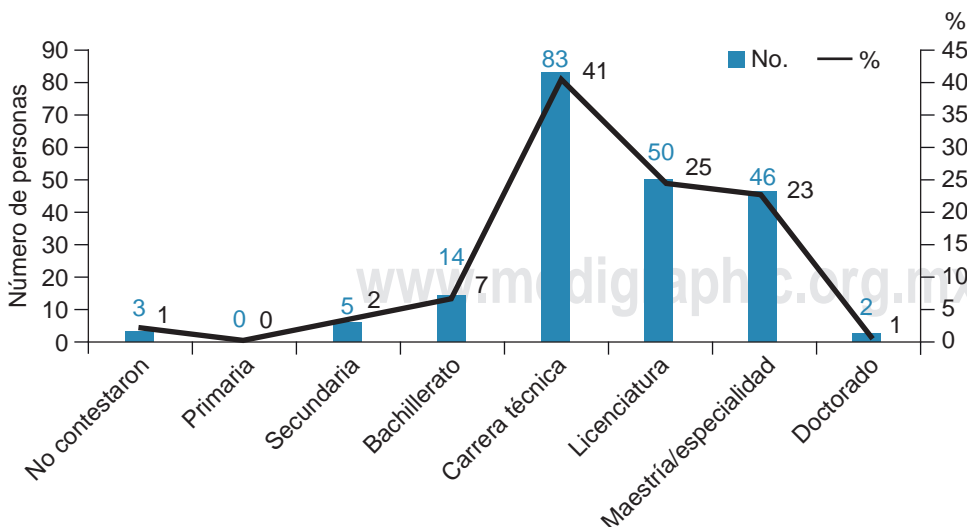


Figura 2:

Grado de escolaridad.

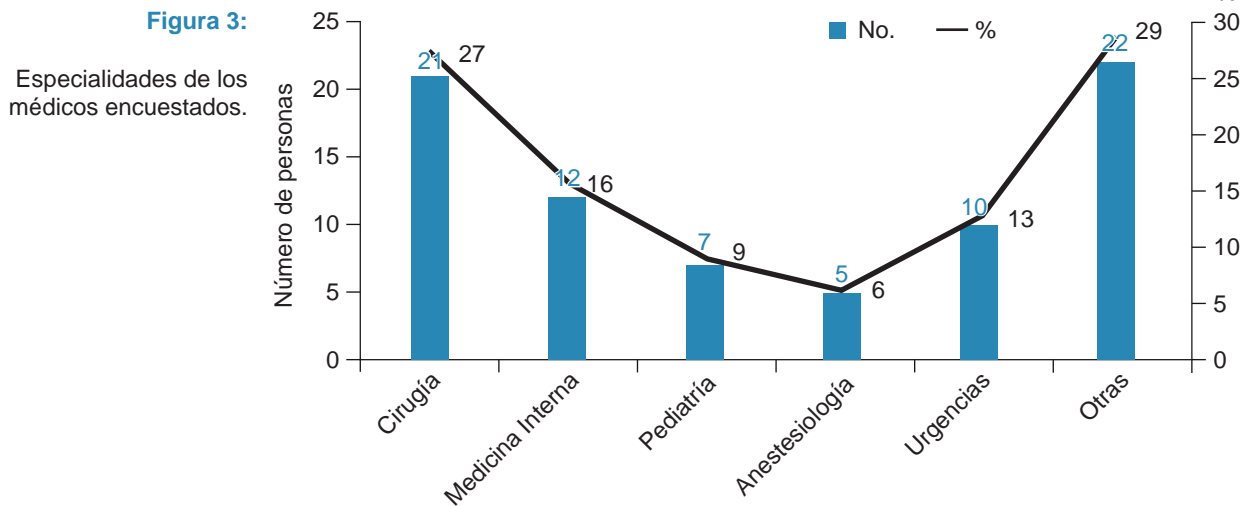
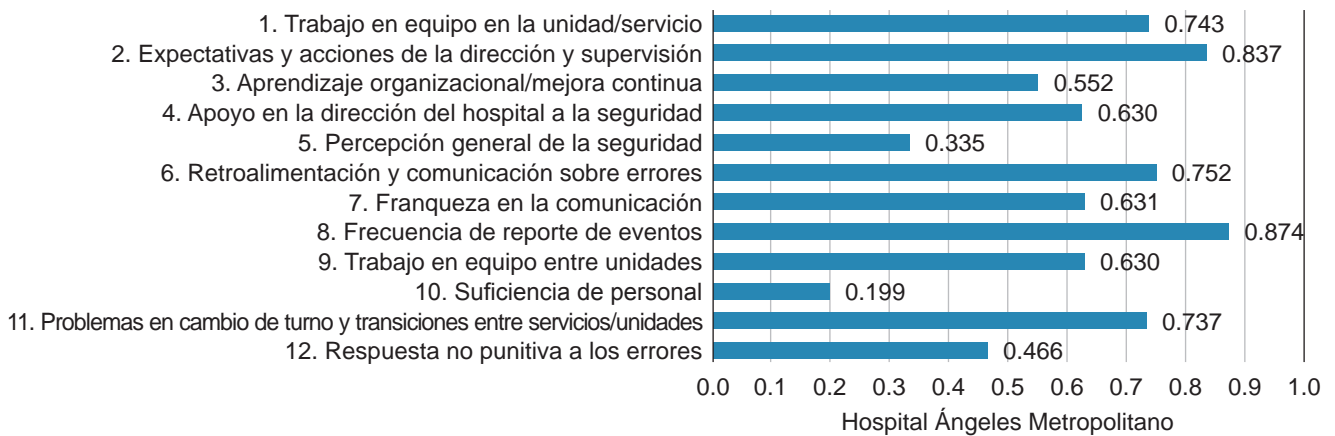


Figura 4: Confiabilidad de las respuestas según el alfa de Cronbach en el Hospital Ángeles Metropolitano.



ello hay que tener gran énfasis en la colaboración y el trabajo en equipo, lo que minimiza estos riesgos.

3. Comunicación efectiva. Un sistema de comunicación abierta favorece el intercambio de información tecnológica, ambiental y acerca de los pacientes. La comunicación respecto a la seguridad del paciente debe incorporar un sistema de información que permita al personal comunicar errores o problemas de procedimientos, sin temor a represalias.
4. Aprendizaje organizacional. Una organización centrada en el aprendizaje debe fomentar que sus miembros persigan conocimientos de vanguardia, mejoren su capacidad de lograr los resultados deseados, incorporen nuevas formas de pensar y transformen su entorno en pos de una mejor atención en salud.
5. Respuesta no punitiva a errores. Es inevitable que algunos cometan errores. En una cultura positiva los errores se

enfrentan con retroalimentación, conversaciones productivas y énfasis en un análisis crítico y desapasionado que contribuya a prevenir futuras equivocaciones. Una cultura positiva promueve un enfoque “no punitivo” que se concentra en el “sistema” que condujo al error, más que en el individuo que lo cometió.

La encuesta explora, con un total de 42 preguntas, los aspectos englobados en la *Tabla 1*. Para complementar la información se incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, además de las variables clasificatorias socioprofesionales.

Con los resultados, se describe el clima de seguridad y se identifican sus fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ.¹⁵

Ante estas razones y la recientemente incorporada lista de Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente emitidas por acuerdo del Consejo de Salubridad General y que tiene un carácter de obligatorio, es que se considera oportuno, importante y trascendente el uso de la herramienta en la búsqueda de la mejora y cumplimiento normativo.^{16,17}

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal descriptivo abierto, mediante la aplicación personal individual y grupal del cuestionario sobre la seguridad del paciente en los hospitales, desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* y traducida por la misma, aplicada de forma presencial por escrito de manera grupal en el grupo de no médicos, y de forma presencial por escrito individualmente al grupo de médicos, en el periodo del 14 al 18 de noviembre de 2016 en el Hospital Ángeles Metropolitano de la Ciudad de México.

Los criterios de inclusión fueron: personal médico y no médico que labora en el Hospital Ángeles Metropolitano; el criterio de exclusión: aquellas encuestas que no se completaron adecuadamente. La compilación de la información de las encuestas se capturó manualmente en el programa Excel, se corrió la prueba estadística alfa de Cronbach para verificar la confiabilidad de las respuestas y validar la encuesta de acuerdo con el análisis de las 12 dimensiones que constituyen a la construcción de la encuesta y que son la base para el reporte de resultados; además, se analizaron los principales datos sociodemográficos y profesionales, haciendo énfasis en: médicos y no médicos, para su mejor análisis y comparación de acuerdo con sus horarios de jornadas laborales y actividades diarias.

RESULTADOS

Mediante aritmética simple y medidas de tendencia central se identificaron las variables sociodemográficas y profesiona-

sionales. Se realizó la encuesta a una población de 203 personas de las siguientes áreas de trabajo: 97 médicos, 55 del servicio de enfermería, 28 del área administrativa y 23 dentro del rubro “otros” siendo áreas como: ingeniería biomédica, técnicos de rayos X, laboratoristas, camilleros, intendencia y seguridad (*Figura 1*).

La composición de la muestra por sexo fue ligeramente mayor para los hombres con 59% contra 41% de mujeres; las edades de los participantes oscilaron de los 20 a 70 años, con predominio entre los 20 y 30 años; referente a la escolaridad 41% del personal tiene carrera técnica en el área de enfermería (*Figura 2*), seguidos de licenciatura y maestría o especialidad en el grupo médico.

De los 97 médicos que respondieron la encuesta, 77 son especialistas y 20 son médicos generales, de los cuales 27% son cirujanos, 16% internistas, 13% urgenciólogos y 29% corresponde a otras: Cardiología, Urología, Radiología, Ginecología, Patología, Ortopedia, Medicina Familiar, Unidad de Cuidados Intensivos, Neumología y Medicina Nuclear (*Figura 3*).

Otro aspecto explorado consistió en el conocimiento previo a la encuesta sobre el concepto de seguridad del paciente: 170 respondieron tener conocimiento previo del tema, 20 no tener conocimiento previo y 13 no especificaron, lo que corresponde a 84, 10 y 6%, respectivamente.

Los resultados nucleares de la encuesta se basaron en el análisis de confiabilidad del alfa de Cronbach, los puntos relevantes respecto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente son las dimensiones reconocidas como fortalezas, ya que tienen mayor índice de puntaje, es decir, aquellas que por convención están por arriba del 0.70: la dimensión “8. Frecuencia de reporte de eventos”, la “2. Expectativas y acciones de la dirección y supervisión” y la “6. Retroalimentación y comunicación sobre errores”, con valores de 0.874, 0.837 y 0.752, respectivamente. Asimismo, las dimensiones con menor puntaje, y por lo tanto áreas de oportunidad para mejorar, son: la “10. Suficiencia

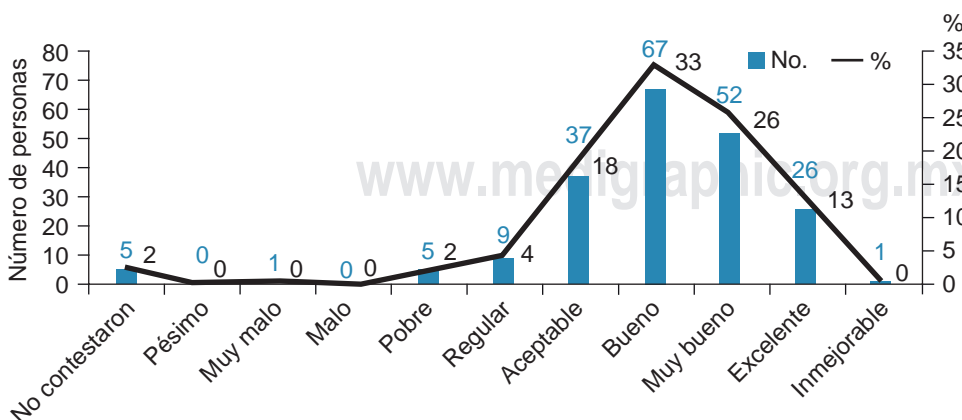


Figura 5:

Grado de percepción de la seguridad global del paciente en el hospital según los encuestados.

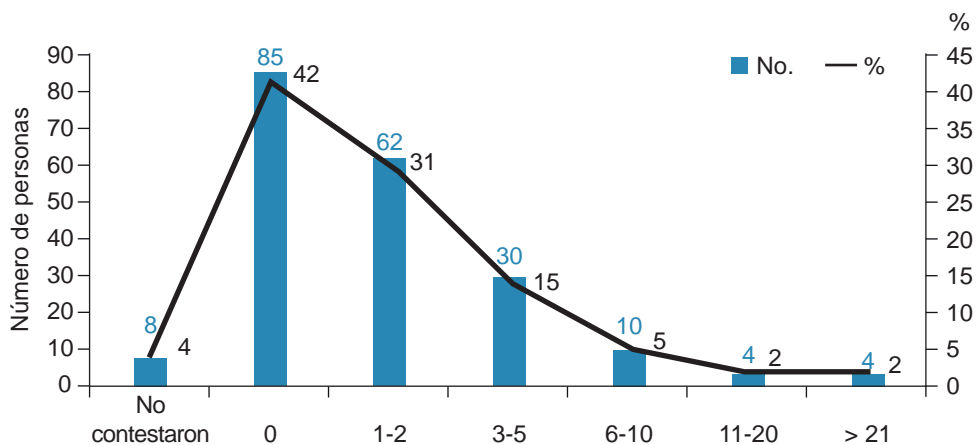


Figura 6: Eventos reportados en los últimos 12 meses según los encuestados.

de personal”, la “5. Percepción general de la seguridad” y la “12. Respuesta no punitiva a los errores”, con valores de 0.199, 0.335 y 0.466, respectivamente (Figura 4).

Entre otros aspectos relevantes que se pueden destacar está lo relativo a la percepción de los trabajadores sobre el grado de seguridad del paciente del hospital cuya calificación está en la mayoría calificada como de “bueno” a “muy bueno”; sin embargo, destaca que 57 personas lo calificaron de “aceptable” para abajo, situación que no deja de llamar la atención cuando la curva es francamente hacia los índices de alto porcentaje, esto sin duda influyó en que la dispersión hace que esta respuesta sea poco confiable por un alfa de 0.335 (Figura 5).

Otro de los aspectos que se pueden distinguir del análisis global es lo relativo al reporte de eventos adversos en el que 42% no han efectuado ningún reporte y 31% entre uno y dos reportes en los últimos doce meses anteriores a la toma de la opinión, respuesta también de baja confiabilidad con 0.466 de alfa (Figura 6), habrá que corroborar con las autoridades del hospital para conocer la veracidad de la información al obtener el número de eventos adversos reportados en el último año.

DISCUSIÓN

El propósito de las organizaciones al conocer cuál es el grado de la cultura de la seguridad del paciente es determinar las omisiones y desviaciones que se traducen como áreas de oportunidad para mejorar este tan importante aspecto de la atención médica; lo cual se logró con la aplicación de la encuesta desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* en el Hospital Ángeles Metropolitano de la Ciudad de México.

La encuesta se aplicó de forma presencial, específicamente en el personal médico de forma individual y en el equipo de salud no médico de forma grupal, esto debido

a los diferentes horarios laborales, así como a las características de los servicios en donde funge el personal, lo cual permitió, a nuestro entender, controlar las distorsiones y disminuir el error por aplicación del instrumento al aplicarlo a la misma persona.

La muestra de la encuesta estuvo balanceada en dos grandes grupos, 48% grupo de médicos y 52% de no médicos. Predomina el sexo masculino con 59% sobre 41% de mujeres, situación diferente a otros estudios revisados en los que la mayoría del personal es femenino, quizás por el predominio del personal de enfermería. En general, es un equipo de trabajo de atención hospitalaria joven, ya que el grupo de edad más común se ubica entre los 20 a 40 años. Datos que permiten hacer consideraciones sobre el enfoque a seguir en la toma de decisiones para enfrentar los cambios para la mejora continua.

En el análisis de los grupos ya se podrían efectuar algunas consideraciones como sería el mejorar o incrementar el nivel académico, donde en el equipo de enfermería predomina el nivel de carrera técnica con 41% que se compensa por el equipo médico sumando 48% entre nivel licenciatura y maestría/especialidad.

Al analizar las dimensiones que resultaron con un nivel adecuado de percepción de la seguridad del paciente se puede considerar:

1. Las tres dimensiones con mayor fortaleza por sus resultados a conservar e incrementar son: frecuencia de reporte de eventos, expectativas y acciones de la dirección y supervisión, y retroalimentación y comunicación sobre errores, habrá que analizar cuáles son las cualidades que se observaron por el personal para otorgar calificaciones altas a éstas y favorecerlas sobre las otras variables.
2. Las tres dimensiones con menor fiabilidad, y por lo tanto áreas de oportunidad de mejora, son: trabajo

en equipo, problemas de cambio de turno y transición entre servicios, y apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente.

- Las tres dimensiones que se descartan por ausencia de fiabilidad: suficiencia de personal, percepción general de la seguridad y respuesta no punitiva a los errores.

A su vez, se comparó el alfa de Cronbach del estudio con otros seis trabajos similares, cinco mexicanos y un español, y su promedio (Tabla 2), la dimensión en la que estamos por arriba del promedio es expectativas y acciones de la dirección y supervisión con 0.83, al igual que la frecuencia de reporte de eventos adversos 0.87. Las dimensiones que están por debajo del promedio son retroalimentación y comunicación sobre errores con 0.46, percepción de seguridad general con 0.33 y suficiencia de personal con 0.19, como los de respuesta con menor índice de confiabilidad.

Dentro del análisis de los diferentes trabajos destaca que en el trabajo número 1 se realizó un estudio transversal y descriptivo mediante una encuesta sobre la cultura para la seguridad del paciente a 300 asistentes al Simposio CONAMED 2009, de los cuales 174 tenían trato directo o indirecto con pacientes, que correspondieron a 58.6% de los asistentes. El trabajo 2 es un estudio observacional, transversal, descriptivo, abierto, aplicado a 327 médicos pasantes del servicio social en nuestro país. Mientras que

en el trabajo 3 se presenta un estudio cuantitativo, descriptivo con diseño transversal, realizado en el Hospital General del Sistema de Salud, en Tampico, Tamaulipas, México; con una muestra de 195 enfermeras. El trabajo 5 es un estudio transversal y descriptivo, donde la muestra de estudio fueron 2,500 residentes que en el año 2014 estaban inscritos al PUEM.

CONCLUSIONES

Con base en el análisis de confiabilidad del alfa de Cronbach, los puntos relevantes respecto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, las dimensiones reconocidas como fortalezas son aquellas que tienen mayor índice de puntaje y por convención las que se encuentran por arriba del 0.70 se consideran dentro de un margen de satisfacción, por lo tanto, podemos concluir que:

- Las dimensiones fortaleza son las número: “8. Frecuencia de reporte de eventos”, “2. Expectativas y acciones de la dirección y supervisión” y “6. Retroalimentación y comunicación sobre errores”, con valores de 0.874, 0.837 y 0.752, respectivamente.
- Asimismo, las dimensiones con menor puntaje, y por lo tanto identificadas como áreas de oportunidad para mejora, son las de número: “10. Suficiencia de

Tabla 2: Comparación de alfa de Cronbach de seis estudios y el nuestro.

Número	Dimensión	Trabajo						Promedio	
		1 ¹⁸	2 ¹⁹	3 ²⁰	4 ²¹	5 ^{22,23}	6 ²⁴	T1-T6	HAM
1	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	0.78	0.80	0.75	0.81	0.78	0.80	0.79	0.74
2	Expectativas y acciones de la dirección y supervisión	0.84	0.78	0.67	0.73	0.77	0.75	0.76	0.83
3	Aprendizaje organizacional/mejora continua	0.79	0.70	0.64	0.79	0.53	0.76	0.70	0.55
4	Apoyo en la dirección del hospital a la seguridad	0.62	0.73	0.63	0.71	0.62	0.83	0.69	0.63
5	Percepción general de la seguridad	0.35	0.51	0.34	0.46	0.43	0.74	0.47	0.33
6	Retroalimentación y comunicación sobre errores	0.81	0.84	0.70	0.76	0.81	0.78	0.78	0.75
7	Franqueza en la comunicación	0.71	0.73	0.70	0.46	0.75	0.72	0.68	0.63
8	Frecuencia de reporte de eventos	0.90	0.88	0.82	0.88	0.90	0.84	0.87	0.87
9	Trabajo en equipo entre unidades	0.65	0.78	0.76	0.64	0.74	0.80	0.73	0.63
10	Suficiencia de personal	0.12	0.33	0.33	0.32	0.33	0.63	0.34	0.19
11	Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.71	0.85	0.67	0.80	0.82	0.80	0.78	0.73
12	Respuesta no punitiva a los errores	0.55	0.63	0.65	0.73	0.63	0.79	0.66	0.46

HAM = Hospital Ángeles Metropolitano.

personal”, “5. Percepción general de la seguridad” y “12. Respuesta no punitiva a los errores”, con valores de 0.199, 0.335 y 0.466, respectivamente.

3. De acuerdo con el promedio analizado, el nivel de percepción de seguridad del paciente manifestado por los trabajadores del Hospital Ángeles Metropolitano es considerado bueno.
4. Las dimensiones que no son valorables por su bajo índice de fiabilidad son: suficiencia de personal, percepción general de la seguridad y respuesta no punitiva a los errores.

Se reconoce que aún falta mucho para lograr la máxima seguridad del paciente y con ello que la calidad en los servicios de salud alcance los estándares internacionales ideales; sin embargo, debemos resaltar el esfuerzo que ya se está haciendo en nuestro país y el hospital no es la excepción en medir la percepción de la seguridad del paciente, para así identificarlas, conservarlas e incluso incentivarlas, así como las áreas de oportunidad para mejorar, crear y aplicar medidas de solución.

Algunas de estas medidas de solución que se pueden considerar convenientes para mejorar la cultura de seguridad del paciente son:

1. Contratación de personal calificado para cada puesto (de acuerdo con perfil institucional).
2. Establecimiento de un sistema estricto de inducción al puesto que permita la permeación de la cultura de seguridad del hospital en todo el equipo de trabajo.
3. Capacitación permanente de todo el personal acerca de la seguridad del paciente, con énfasis en las áreas específicas de su aplicación.
4. Participación del cuerpo directivo en forma activa en la difusión y ejecución de los programas de seguridad del paciente, lo que redundará en el fortalecimiento del liderazgo, generando un ambiente laboral seguro para todos.
5. Definir, diseñar y difundir los procesos, procedimientos, estándares e indicadores de desempeño con enfoque en el crecimiento de la cultura de la seguridad del paciente en y para todos los trabajadores del hospital.
6. Desarrollar estrategias que estimulen el trabajo en equipo para favorecer el sentimiento de identidad hacia la organización.
7. Generar un ambiente proclive al reporte de los eventos adversos, en el que se incluya al personal como parte de la solución y no punitiva.
8. Integrar la seguridad del paciente como parte de la evaluación del desempeño.
9. Fomentar la medición, evaluación, investigación y divulgación de estudios sobre la cultura de seguridad

del paciente abierta a todos los trabajadores del hospital.

Desde luego estas recomendaciones, o medidas de solución, parecen ser una lista de buenos propósitos que en todo caso el área de calidad del hospital debe sopesar, para que de acuerdo con los resultados de la encuesta se dé prioridad a aquellos señalados en un punto crítico como se describe en el texto del trabajo, desde luego con amplia participación de las áreas primariamente involucradas. De la misma manera, los resultados encontrados como fortalezas deben ser empoderados a fin de que sean el pilar en el crecimiento de la cultura de la seguridad del paciente.

Este tipo de encuesta tendrá más valor si se aplica en forma programada cada tres a cinco años y se le da seguimiento a las medidas correctivas que la alta dirección tenga a bien implementar y documentar, iniciando por la difusión de los resultados en forma dirigida amén de la publicación que sin duda marca el interés de sus dirigentes en la búsqueda de una mejora.

Por otro lado, efectuar esta detección marca un paso adelante en la cobertura de las ocho acciones esenciales de seguridad del paciente que han sido recientemente promovidas por el Consejo de Salubridad General con el objetivo de que la atención de los servicios de salud sea cada vez más seguro.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los que conforman el equipo del Hospital Ángeles Metropolitano, por su cooperación para la aplicación de esta encuesta, esperando que se pueda volver a aplicar en fechas posteriores para valorar el avance en la percepción de la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson SM. *To err is human building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000, 26-49.
2. Gestión amigable de la salud: GAS. OMS. *Archivos para la seguridad del paciente. Seguridad de la atención a los pacientes*. 23 febrero 2010. Visto en: <http://6dgas.wordpress.com/tag/seguridad-del-paciente/>
3. Spell N. *Chapter 12. Tools to identify problems and reduce risks*. In: Lawry GV, McKean SC, Matloff J, Ross JJ, Dressler DD, Brotman DJ, Ginsberg JS, eds. *Principles and practice of hospital medicine*. New York: McGraw-Hill; 2012. (Viewed May 27, 2013) Available in: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?alID=56191775>
4. Santacruz Varela J et al. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Primera edición. México: CONAMED. 2011. Disponible en: https://documentop.com/marco-general-de-la-seguridad-del-paciente-fichier-aula-virtual_59f57e491723dd9d654b3857.html

5. Wachter RM. *Chapter 15. Creating a culture of safety*. In: Wachter RM, ed. *Understanding patient safety*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2012. [Viewed on May 27, 2013] <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=56251469>
6. Campos-Castolo EM, Martínez-López J, Chavarría-Islas R. Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. *Revista CONAMED*. 2010; 15 (3): 116-124.
7. Arghami S, Nouri PH, Alimohammadi I. Reliability and validity of safety climate questionnaire. *J Res Health Sci*. 2014; 14 (2): 140-5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261609868_Reliability_and_validity_of_a_safety_climate_questionnaire
8. Johnson R, Kubly P. *Estadística elemental, lo esencial*, 3a ed. México: Thomson 2004. ISBN 970-686-287-0.
9. Alianza mundial de seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. WHO/IER/PSP/2008.02. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
10. Organización mundial de la salud. Programas y proyectos. Seguridad del paciente. Consultado en: <http://www.who.int/patientsafety/es/index.html>
11. AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety. Available in: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>
12. AHRQ. "Hospital Survey on patient safety culture. User's guide" en: [Viewed on May 28, 2013] <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
13. Agency for Healthcare Research and Quality. "Hospital survey on patient safety culture: 2012 User Comparative Database Report". [Viewed on September 12, 2013] <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>
14. Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED*. 2011; 16: 1405-6704.
15. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cultura de la Seguridad del Paciente en Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*. 2009. Consultado en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
16. Consejo de Salubridad General "Acciones Esenciales en Seguridad del Paciente", [Visto el día 11 de enero del 2018] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017
17. Estándares para implementar el modelo en hospitales 2015, edición 2018. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
18. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*. 2010; 78 (6): 527-532.
19. Pérez-Castro y Vázquez JA, Jaramillo-Esparza CM, Olvera-Martínez LD, Burgos-Martínez LA, Pastrana-Gómez AA, González-Olvera AI et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Rev CONAMED*. 2014; 19 (2): 52-58.
20. Castañeda HH, Garza HR, González SJF, Pineda ZM, Acevedo PG, Aguilera PA. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Cienc Enferm*. 2013; 19 (2): 77-88.
21. Cote-Estrada L, Gutiérrez-Dorantes S. *Medición de la percepción de la cultura de seguridad del paciente*. En: Cote-Estrada L, Tena-Tamayo C. *Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente*. México: Rústica; 2013.
22. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro y Vázquez JA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED*. 2015; 20: 54-63.
23. Pérez-Castro VJA, Rodríguez-Tanguma ED, Recio-España FI. Una visión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales en México. *Rev Conamed*. 2016; 21: 109-119.
24. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 2010; 10 (199).