



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

“Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario de un servicio de nefrología (Hospital General de México)”

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

Presenta:

DIANA VÁZQUEZ MOCTEZUMA

Directora de tesis:

MARCELA AGUDELO BOTERO

Centro de Investigación en Población, Políticas y Salud

Miembros del comité tutor:

HORTENSIA REYES MORALES

Instituto Nacional de Salud Pública

SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

Secretaría de Salud

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Listado de tablas	4
Listado de figuras	5
Listado de anexos	6
Listado de siglas y abreviaturas.....	7
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN	9
1. ANTECEDENTES.....	11
1.1. Contexto general sobre seguridad y cultura de seguridad del paciente.....	11
1.2. Contexto en los servicios de nefrología sobre seguridad y la cultura de seguridad del paciente	13
1.3. Algunas investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente en el ámbito internacional y nacional	14
1.4. Los servicios de nefrología y la cultura de seguridad.....	18
1.5. Situación actual de los servicios de nefrología en México.....	19
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
3. OBJETIVO GENERAL.....	22
4. JUSTIFICACIÓN.....	23
5. MARCO CONCEPTUAL	24
5.1. El proceso de atención médica y su entorno	24
5.2. Calidad en la atención médica	25
5.3. Seguridad del paciente	28
5.4. Cultura organizacional	32
5.5. Cultura de seguridad del paciente	35
5.6. Síntesis del marco conceptual.....	36
6. METODOLOGÍA.....	39
6.1. Diseño de la investigación.....	39
6.2. Fuentes de información.....	39
6.3. Consideraciones éticas	40
6.4. Unidad de análisis: servicio de nefrología del Hospital General de México	40
6.5. Instrumento de recolección de información y operacionalización de variables	43

6.6.	Procedimientos	51
6.7.	Procesamiento y análisis de datos	51
7.	RESULTADOS	55
7.1.	Características de los participantes	56
7.2.	Antecedentes relacionados con el tema de estudio	59
7.3.	Grado general de seguridad del paciente	60
7.4.	Reporte de incidentes y eventos adversos	61
7.5.	Resultados para los ítems de las dimensiones que integran la cultura de seguridad del paciente	62
8.	DISCUSIÓN	76
8.1.	Limitaciones	83
9.	CONCLUSIONES	84
	REFERENCIAS.....	85

Listado de tablas

Tabla 1. Algunos estudios internacionales sobre CSP	15
Tabla 2. Algunos estudios nacionales sobre CSP	17
Tabla 3. Niveles de cultura organizacional	34
Tabla 4. Dimensiones que componen la CSP (Hospital Survey on Patient Safety Culture).....	35
Tabla 5. Operacionalización de variables (Cuestionario HSOPSC)	45
Tabla 6. Combinación de categorías para obtener los porcentajes de respuestas positivas, negativas y neutras (HSOPSC).....	52
Tabla 7. Ejemplo para el análisis por ítems de la CSP (HSOPSC)	53
Tabla 8. Ejemplo para el análisis por dimensión de la CSP (HSOPSC).....	54
Tabla 9. Resultados. Información general de los participantes	57
Tabla 10. Resultados. Antigüedad en la institución, servicio y profesión.....	58
Tabla 11. Resultados. Número de horas laborales a la semana	58
Tabla 12. Resultados. Contacto previo con el tema de investigación.....	59
Tabla 13. Resultados de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”	62
Tabla 14. Resultados de la dimensión “Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP”	63
Tabla 15. Resultados de la dimensión “Aprendizaje organizacional / Mejora continua”	64
Tabla 16. Resultados de la dimensión “Apoyo de la dirección del hospital para la SP”	65
Tabla 17. Resultados de la dimensión “Percepción general de la SP”	66
Tabla 18. Resultados de la dimensión “Retroalimentación y comunicación de errores”	67
Tabla 19. Resultados de la dimensión “Grado de apertura en la comunicación”	68
Tabla 20. Resultados de la dimensión “Frecuencia de incidentes reportados”	69
Tabla 21. Resultados de la dimensión “Trabajo en equipo entre las unidades/servicios”	70
Tabla 22. Resultados de la dimensión “Suficiencia de personal”	71
Tabla 23. Resultados de la dimensión “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”	72
Tabla 24. Resultados de la dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”	73

Listado de figuras

Figura 1. Factores/Peligros contribuyentes en la generación de un incidente relacionado con la SP. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente	29
Figura 2. Medidas de mejora relacionadas con la organización. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente	30
Figura 3. Medidas adoptadas para reducir el riesgo relacionadas con la organización/ambiente. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente	31
Figura 4. Integración de la CSP en el proceso de atención médica.....	38
Figura 5. Organigrama del servicio de nefrología (HGM)	41
Figura 6. Resultados. Diagrama de flujo de los participantes	55
Figura 7. Resultados. Posición laboral de los participantes.....	56
Figura 8. Resultados. Grado de SP asignado al servicio.....	60
Figura 9. Resultados. Cantidad de eventos reportados en el último año	61
Figura 10. Resultados. Porcentajes promedio de respuestas positivas para cada dimensión de la CSP (HSOPSC).....	75

Listado de anexos

Anexo 1. Cuestionario HSOPSC	90
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	98
Anexo 3. Documentos de aprobación del protocolo por los Comités de Investigación y Ética en Investigación del HGM.....	102
Anexo 4. Comparación de porcentajes promedio de respuestas positivas para cada dimensión de la CSP (HSOPSC). Algunos estudios internacionales y nacionales sobre CSP	107

Listado de siglas y abreviaturas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CISP	Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CSG	Consejo de Salubridad General
CSP	Cultura de Seguridad del Paciente
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
EA	Evento Adverso
EE. UU.	Estados Unidos de América
ERC	Enfermedad Renal Crónica
HGM	Hospital General de México
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IOM	Instituto de Medicina de los Estados Unidos
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social de España
NQF	National Quality Forum
OMS	Organización Mundial de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad del Paciente
SIRAIIS	Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud
SREA	Sistema de Registro de Eventos Adversos
TRR	Terapia de Reemplazo Renal

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Al Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

A la Dra. Marcela Agudelo Botero por su apoyo incondicional y asesorías

Al Dr. Sebastián García Saisó y la Dra. Hortensia Reyes Morales

A los profesionales sanitarios que aceptaron participar en el estudio

Al Dr. Rafael Valdez Ortiz

A mis padres Xóchitl y Gerardo, mi hermano Gera, mi tía Adriana y

mi abuelita Julia por su apoyo, amor y comprensión

A mi perrita Camila por su amor, compañía y desveladas ♥

A Eduardo por su apoyo y compañía

RESUMEN

Planteamiento del problema: en el entorno de un servicio de nefrología, constantemente se atiende a pacientes con tratamientos de reemplazo renal en quienes se presentan riesgos derivados del proceso de atención. Con frecuencia, estos riesgos culminan en eventos que ocasionan daños al paciente, siendo producto de una conjunción de circunstancias entre las que se encuentran una escasa cultura de seguridad del paciente.

Objetivo: describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales sanitarios incorporados a un servicio de nefrología. **Metodología:** estudio de caso. Las fuentes de información fueron los profesionales sanitarios pertenecientes al servicio de nefrología del Hospital General de México. La recolección de datos se realizó mediante la administración del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality y adaptado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. **Resultados:** el grado general de SP asignado al servicio alcanzó una media de 7.1. El 35% de los encuestados afirmó no haber comunicado ningún incidente en los últimos 12 meses, mientras que 46% manifestó haber reportado entre 1 y 2 incidentes. El porcentaje promedio de respuestas positivas para las 12 dimensiones se mantuvo en un rango de 31% a 76%. La dimensión mejor valorada fue “Aprendizaje organizacional y mejora continua” con 76%; por otro lado, “Respuesta no punitiva a los errores” consiguió el porcentaje de respuestas positivas más bajo (31%). **Conclusión:** determinar la CSP del personal sanitario es una herramienta útil en la gestión de los servicios de salud, ya que evidencia parte de las acciones sobre SP dispuestas por las organizaciones, siendo así, un paso primordial para la toma de decisiones encaminadas a otorgar atención médica de calidad, sobretodo en los pacientes renales, en quienes su patología de base implica riesgos permanentes a lo largo de todo el proceso asistencial.

Palabras clave: seguridad del paciente, cultura de seguridad del paciente, servicio de nefrología

1. ANTECEDENTES

En este apartado se presenta el desarrollo histórico del concepto de cultura de seguridad del paciente (CSP)¹, desde su reconocimiento inicial hasta su incorporación reciente en las políticas públicas. Luego, se refieren algunas investigaciones internacionales y nacionales enfocadas en el tema y se presentan los resultados de estudios sobre CSP centrados en servicios de nefrología. Finalmente, se describe la situación actual que enfrentan este tipo de servicios en México. Cabe señalar que se desglosa en conjunto el concepto de seguridad del paciente (SP)² dada su vinculación inherente con la CSP.

1.1. CONTEXTO GENERAL SOBRE SEGURIDAD Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La SP supone un componente clave de la calidad asistencial (1-4). Si bien, no es un tema novedoso, en los últimos años ha cobrado importancia debido a la creciente complejidad de la atención, lo que resulta en el aumento de riesgos imprevistos para los pacientes (3, 5).

El principio clásico “Primum non nocere” (en castellano “lo primero es no hacer daño”) atribuible a Hipócrates, ha sido empleado desde el siglo XIX para referirse comúnmente a la práctica médica individual; no obstante, en la actualidad este principio se amplía a la actuación colectiva de los profesionales sanitarios, constituyendo la base ética de toda organización sanitaria (5, 6). Sin embargo, el interés real en prevenir los daños innecesarios provocados a los pacientes a partir de la atención médica surgió a través de la evidencia científica, específicamente del informe “To err is human: building a safer health system”, publicado en 1999

¹ **Cultura de seguridad:** es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, el estilo y la competencia de dicha gestión (11).

² **Seguridad del paciente:** reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (11).

por el Instituto de Medicina de los EE. UU. (IOM, por su sigla en inglés). Según los resultados del estudio, cada año ocurrían entre 44,000 y 98,000 muertes en ese país como consecuencia de errores médicos prevenibles, estableciendo así, un antes y un después respecto a la concientización sobre la SP (7, 8).

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció durante su 55ª Asamblea Mundial, la necesidad de promover la SP como principio fundamental en todos los sistemas de salud de sus Estados miembros (9). Dos años después, creó la Alianza Mundial para la SP con la intención de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de SP a nivel mundial, impulsando y facilitando la utilización de los resultados científicos a favor de una asistencia sanitaria segura (10). Más adelante, esta misma Alianza elaboró el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la SP (CISP), en el cual se definen y normalizan los conceptos relativos a la materia, ofreciendo con ello un método para la organización de la información (11). Como resultado se derivaron una serie de investigaciones encaminadas a generar evidencia relacionada con la ocurrencia de eventos adversos (EA)³ en las distintas áreas y niveles de atención.

Por otro lado, en 2003, el National Quality Forum (NQF) de los EE. UU. publicó el documento titulado “las 30 prácticas seguras”, promoviendo la creación de una CSP como la primera de sus recomendaciones orientadas hacia la mejora de la SP dentro de las instituciones de salud (12, 13).

En cuanto a México se refiere, el Gobierno Federal reconoció el proyecto impulsado por la OMS a partir de 2007, considerando la SP como un elemento clave vinculado con la calidad de la atención (14). En 2008, el Consejo de Salubridad General (CSG) desarrolló el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) vigente hasta la fecha, con el fin de coadyuvar a la mejora continua de la calidad de los servicios y de la seguridad otorgada a los pacientes (15). Además, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), alineándose al cumplimiento de las metas internacionales de SP establecidas por la OMS, promueve las campañas mundiales para la higiene de manos y la cirugía segura (14).

³ **Evento adverso o incidente con daños:** incidente que causa daño al paciente (11).

Actualmente, el tema se ha incorporado a las políticas públicas incluyéndose en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) (16) y en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 (17), así como en la Ley General de Salud (18). En 2017, la DGCES, en coordinación con el CSG, publicaron “las ocho acciones esenciales para la SP⁴” en donde se contempla tanto el entorno hospitalario como el ambulatorio. La última acción propone implementar la medición anual de la CSP en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) para favorecer la toma de decisiones en relación con la mejora continua de los servicios (19).

En cuanto al registro de EA existen en el país dos sistemas nacionales: el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS) administrado por el Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (20) y el Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA) gestionado por la DGCES (21).

De lo anterior se resume que, el estudio acerca de la seguridad asistencial emplea comúnmente dos enfoques: el primero dirigido al análisis de las consecuencias de la práctica médica sobre el paciente (es decir, los EA) mientras que el segundo se centra en la identificación de las posibles causas dentro de las organizaciones sanitarias, entre las que se encuentra la CSP.

1.2. CONTEXTO EN LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA SOBRE SEGURIDAD Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al igual que en el contexto general, el análisis sobre CSP en los servicios de nefrología, derivó como resultado de la identificación de riesgos para la SP, específicamente, en las unidades de hemodiálisis. En 2006, Kliger señaló que los planes para reconocer y prevenir errores médicos en las instalaciones dialíticas requieren del establecimiento de una CSP que garantice unas prácticas seguras y la notificación de EA en un ambiente no punitivo (22). En los EE. UU, la Asociación de Médicos Renales en colaboración con otras entidades del país, encuestaron en

⁴ **Acciones esenciales para la SP:** 1) Identificación correcta de los pacientes 2) Comunicación efectiva 3) Seguridad en el proceso de medicación 4) Seguridad en los procedimientos 5) Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud 6) Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas 7) Registro de eventos adversos 8) Cultura de seguridad del paciente (19).

2007 a pacientes y profesionales sanitarios con el objetivo de desarrollar un plan de acción para la seguridad de los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal, a través de la identificación de riesgos (23).

Por su parte, en México, los servicios de hemodiálisis se encuentran regulados por el CSG desde 2012, mediante los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, lo cual garantiza la incorporación del enfoque de SP a la misión de la organización y el desarrollo de una CSP (24). Asimismo, los padecimientos nefrológicos atendidos en esta clase de servicios, se encuentran normados por las Guías de Práctica Clínica cuya finalidad es el establecimiento de un referente en la toma de decisiones clínicas y gerenciales que contribuya a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica (25).

1.3. ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE CSP EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Respecto a la CSP, numerosas investigaciones se han llevado a cabo alrededor del mundo con el propósito de conocerla, medirla o evaluarla (26). Para ello, a menudo se utilizan diversos instrumentos entre los que destacan: el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) desarrollado en 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (27) y el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) elaborado por académicos de la Universidad de Texas en 2006 (28).

Es importante advertir que para términos de este estudio, se utilizó el ya mencionado HSOPSC debido a que es el propuesto por la DGCES, para dar cuenta de su octava acción esencial (19). El cuestionario fue diseñado para medir la CSP en el ambiente hospitalario por medio de 12 dimensiones o áreas de interés⁵. Incluye también una sección de información general relacionada con

⁵ **Dimensiones HSOPSC:** 1) trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio; 2) expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la seguridad de los pacientes; 3) aprendizaje organizacional/mejora continua; 4) apoyo de la dirección del hospital para la SP; 5) percepción general de la SP; 6) retroalimentación y comunicación de errores; 7) grado de apertura en la comunicación; 8) frecuencia de incidentes reportados; 9) trabajo en equipo entre las

antecedentes laborales, una pregunta referente al grado de SP asignado a la unidad de trabajo, otra sobre el número de incidentes reportados en el último año, más un apartado al final de la encuesta para comentarios (27).

En el ámbito internacional, múltiples investigaciones han empleado el HSOPSC. Algunas implican a personal sanitario de uno o varios hospitales, mientras que otras se centran en servicios médicos o perfiles académicos específicos. En la tabla 1 se enuncian a modo de ejemplo, cuatro publicaciones de distintos países que describen la CSP.

Tabla 1. Algunos estudios internacionales sobre cultura de seguridad del paciente

	Autores			
	Hellings	Ministerio de Sanidad y Política Social de España	Khater	Irviranty
Año de publicación	2007	2009	2015	2016
País	Bélgica	España	Jordania	Indonesia
Población de estudio	3 hospitales privados y 2 públicos 3,940 encuestados	24 hospitales públicos 2,503 encuestados	15 hospitales públicos, 4 privados y 2 universitarios 658 encuestados	un hospital 152 encuestados
Tipo de personal sanitario	enfermeros y asistentes de enfermería, médicos, fisioterapeutas, asistentes de laboratorio y radiología, trabajadores sociales, farmacéuticos y asistentes de farmacia	médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, bioquímicos, personal en formación	enfermeros	enfermeros, parteras, médicos, personal de laboratorio y de farmacia
Contacto directo con el paciente	92%	93%	100%	---
Grado general de SP	---	Media 7 (rango 0-10)	---	---
Incidentes reportados en el último año	---	77.8% ninguno 14.5% 1-2 incidentes 7.7% más de 3 incidentes	---	---

--- dato no reportado.

Fuente: elaboración propia basada en Hellings *et al.* 2007 (29); Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009 (30); Khater *et al.* 2015 (31) e Irviranty *et al.* 2016 (32).

unidades/servicios; 10) suficiencia de personal; 11) problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades y 12) respuesta no punitiva a los errores (27).

Estas investigaciones reflejan el análisis de la CSP a lo largo de casi diez años. En 2007, Hellings y colaboradores advirtieron el inicio de las evaluaciones sobre CSP en los hospitales belgas (29), del mismo modo que Khater y otros lo hicieron en 2015, indicando que su estudio fue el primero en Jordania en evaluarla (31), lo que refleja lo novedoso del tema en algunos países en comparación con otros. En cuanto a la población estudiada, las cifras de hospitales, los sectores público y privado y el tipo de profesionales incluidos difieren entre las publicaciones. Es considerable que más de 90% de los participantes afirmaron haber tenido contacto directo con los pacientes. Con respecto al grado de SP otorgado a la unidad de trabajo y el número de incidentes reportados en el último año, sólo el estudio español notificó estos datos.

Por lo que se refiere a los resultados, estos varían según el tamaño del hospital, servicio y tipo de personal encuestado. En general, para los cuatro estudios, la dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” fue la mejor puntuada consiguiendo los porcentajes de respuestas positivas más altos (70-92%). En cambio, las dimensiones “suficiencia de personal” (23-38%), “respuesta no punitiva a los errores” (21-53%) y “problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios o unidades” (36-54%) recibieron los porcentajes positivos más bajos, siendo las menos valoradas. El resto de las dimensiones alcanzaron porcentajes positivos variados.

En sus conclusiones, los autores señalan que los resultados alcanzados podrían ser consecuencia de las particularidades existentes de cada hospital e inclusive de cada país. Hellings *et al.* mencionan que al comparar sus resultados con los datos de una encuesta piloto realizada en EE. UU. estos obtuvieron puntuaciones menores, por lo que recomiendan ser cautelosos con las comparaciones ya que las características de los hospitales son distintas entre países (29). De igual manera, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (MSPS) advierte en sus resultados la existencia de diferencias según el tamaño del hospital, el servicio y el tipo de personal (30). Irviranty y otros, añaden que el desarrollo de enfoques y nuevos instrumentos es indispensable para la caracterización local de la CSP en una región o país, asumiendo que esta forma

parte de una cultura organizacional, la cual a su vez es consecuencia de la cultura nacional (32).

Por otro lado, en México son escasas las investigaciones reportadas sobre el tema. En este caso se observa que la descripción de la CSP inicia en 2010, año en el que se publicó el primer estudio (33). Al igual que en el ámbito internacional, los tipos de profesionales sanitarios difieren entre cada estudio, incluyendo desde un hospital en Oaxaca con población diversa (34) hasta personas con perfiles académicos seleccionados, como es el caso de médicos pasantes del servicio social (35) y residentes médicos (36) (tabla 2).

Tabla 2. Algunos estudios nacionales sobre cultura de seguridad del paciente

	Autores			
	Fajardo-Dolci	Ibarra-Cerón	Pérez-Castro y Vázquez	Hamui-Sutton
Año de publicación	2010	2011	2014	2015
País	México	México	México	México
Población de estudio	personal sanitario que acudió al Simposio Anual CONAMED 2009 174 encuestados	un hospital regional (Oaxaca) 110 encuestados	327 encuestados	2500 encuestados
Tipo de personal sanitario	---	enfermeros, médicos, personal de laboratorio, administrativos y otros	médicos pasantes del servicio social (basado en la experiencia del internado médico de pregrado)	residentes médicos pertenecientes a 78 especialidades y subespecialidades
Contacto directo con el paciente	---	---	100%	96.7%
Grado general de SP	Excelente/muy buena 28.2% Aceptable 46.6% Pobre/muy pobre 16.1% Sin responder 9.1%	---	Media 6.8 (rango 0-10)	Media 6.93 (rango 0-10)
Incidentes reportados en el último año	46% ninguno 25.9% 1-2 incidentes 20.7% más de 3 incidentes 7.4% sin responder	---	44% ninguno 35.7% 1-2 incidentes 17.3% más de 3 incidentes	34.2% ninguno 40.3% 1-2 incidentes 25.5% más de 3 incidentes

--- dato no reportado.

Fuente: elaboración propia basada en Fajardo-Dolci *et al.* 2010 (33); Ibarra-Cerón *et al.* 2011 (34); Pérez-Castro y Vázquez *et al.* 2014 (35) y Hamui-Sutton *et al.* 2015 (36).

Incluso, Fajardo-Dolci y colaboradores encuestaron a personal de salud con diferentes perfiles provenientes de varios hospitales durante el simposio anual CONAMED 2009 (33). En lo referente al trato directo con el paciente, solo dos de las cuatro publicaciones anexaron esta cifra, no obstante, se mantiene superior a 90%. Otro dato es el grado de SP asignado al área de trabajo, el cual se reportó de manera distinta. Es importante que entre 34% y 46% de los encuestados manifestaron no haber notificado ningún incidente en los últimos 12 meses.

De acuerdo con los resultados, las dimensiones mejor evaluadas fueron “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” con un rango de 66 a 78% de respuestas positivas y “aprendizaje organizacional y mejora continua” con porcentajes entre 24 a 77%. Por el contrario, las dimensiones “respuesta no punitiva a los errores” (16-45%), “suficiencia de personal” (32-42%), “frecuencia de incidentes reportados” (20-55%) y “grado de apertura en la comunicación” (21-49%) recibieron las puntuaciones más bajas en, al menos, tres de las cuatro investigaciones. Las dimensiones restantes, oscilaron en torno al 50%.

Conviene destacar que algunos de los autores nacionales aquí descritos concuerdan en que los resultados dependen del contexto en donde se aplique el instrumento, acentuando la importancia de realizar más investigaciones al respecto, tal como se ha señalado a nivel internacional.

1.4. LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA Y LA CULTURA DE SEGURIDAD

En lo que concierne a los servicios de nefrología, en 2014, Ulrich y Kear de EE. UU. publicaron el primer estudio sobre CSP incluyendo a 929 profesionales de enfermería pertenecientes a la Asociación Americana de Enfermeras de Nefrología. Del total, más de 70% laboraba en unidades de hemodiálisis, el resto lo hacía en clínicas de diálisis peritoneal, ambulatorias y de trasplantes (37).

Entre sus hallazgos no se reportó el porcentaje promedio de respuestas positivas para cada dimensión, sin embargo, mediante la información anexada por ítem se calculó que las dimensiones “trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio” (81%) y “aprendizaje organizacional y mejora continua” (73%)

consiguieron las valoraciones más positivas. Contrariamente, las dimensiones “respuesta no punitiva a los errores” (55%), “problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (33%) y “frecuencia de incidentes reportados” (55%) obtuvieron las evaluaciones más bajas, siendo estas las áreas críticas a trabajar. El 77% de los entrevistados percibió la SP de su unidad entre excelente y muy buena, 20% la consideró aceptable y solo un 3% la calificó como pobre (37).

En su discusión, las autoras mencionaron que la actuación en los entornos de nefrología requiere de una colaboración multidisciplinaria preocupada por la SP. Añadieron, la importancia del personal de enfermería en la constante atención de los pacientes nefrológicos, quienes por su compleja patología acuden con frecuencia a este tipo de servicios. Además, remarcaron la necesidad de efectuar más investigaciones sobre el tema con el objetivo de determinar los factores que contribuyen a generar estos resultados (37).

1.5. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE NEFROLOGÍA EN MÉXICO

El aumento constante de los padecimientos crónicos ha derivado en la aparición proporcional de casos de enfermedad renal crónica (ERC) (38). En países de medianos y bajos ingresos, la ERC simboliza un enorme reto debido a sus proporciones epidémicas y la carga que supone para los SNS (39).

En México, tan solo la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores de 20 años, es la causa más común para requerir una terapia de reemplazo renal (TRR), es decir, 60% de los enfermos renales terminales han llegado a diálisis o trasplante por haber cursado con ERC secundaria a esta patología. En tanto, la hipertensión arterial es la segunda causa para solicitar una TRR (39). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 muestran que para la diabetes la prevalencia auto reportada es de 9.4% y de 25.5% para la hipertensión (40). Dada la existente conexión entre estos padecimientos y la ERC se entiende que la frecuencia de esta última continuará en aumento (38).

La TRR incluye la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y el trasplante renal. De 1993 a 2001, el país experimentó un incremento en la población en diálisis del 11% anual, lo que claramente significa una alta demanda en los servicios (38, 41).

Se estima que, en 2005, la prevalencia de enfermos terminales crónicos rondaba en torno a 129 mil casos, mientras que para el 2025 esta cifra aumentará a 214 mil casos, representando un incremento de 65.9%. En relación con los casos nuevos, se espera que estos se dupliquen, pasando de 40 mil en 2005 a 83 mil en 2025 (38).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incorporación de sofisticadas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, aunadas a una actuación multidisciplinaria y a pacientes con patologías concomitantes, así como al uso extensivo de medicamentos ha transformado la asistencia sanitaria en un proceso complejo en el cual la SP se ha visto comprometida (3, 5).

Recientemente se ha incluido el concepto de SP como un elemento clave en la entrega de servicios de calidad por parte de un sistema de salud (1-4). Desde su introducción en 2002 por la OMS (9) ha sido posible la detección de riesgos asociados con la atención sanitaria en áreas clínicas específicas permitiendo conocer sus causas, sistematizar su abordaje y generar estrategias para su prevención (4, 42). Con frecuencia, estos riesgos derivados del proceso clínico, culminan en eventos que podrían ocasionar un daño innecesario al paciente, siendo el producto de una conjunción de circunstancias entre las que se encuentran una escasa cultura de seguridad (43).

En el entorno de un servicio de nefrología, usualmente los incidentes se traducen en EA por la inherente complejidad de las condiciones de salud de los pacientes y los procedimientos a los que se ven sometidos. Constantemente, se atiende a pacientes con TRR en quienes la atención implica riesgos a cada nivel; ya sea en el momento previo a la terapia dialítica, a través de la mala identificación del paciente y la incorrecta aplicación de la solución de diálisis; durante el proceso dialítico, debido a la omisión de fármacos, la no adherencia al procedimiento y la inadecuada higiene de manos; así como, posterior al tratamiento en donde las caídas de los pacientes suelen presentarse (23). Tan solo en la ERC la proporción de individuos que experimentan uno a dos EA anuales oscila alrededor de 50% (44). En tanto, en las unidades de hemodiálisis la ocurrencia de EA es de uno por cada 733 tratamientos, entre los que se incluyen la infiltración del acceso de hemodiálisis, la coagulación del circuito, errores en la medicación, caídas después de la terapia (45) e infecciones del torrente sanguíneo (46). Al respecto, es importante señalar que las cifras a nivel nacional podrían ser distintas, puesto que las condiciones de la asistencia sanitaria difieren a las de EE. UU.

Asimismo, el número de pacientes con necesidad de una TRR ha ido en aumento debido a la relación directa de la ERC con las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales, a su vez, se han incrementado como efecto de la actual transición demográfica y epidemiológica que vive el país, provocando así, la demanda claramente elevada de los servicios de diálisis y hemodiálisis (38).

En ese sentido, la prevención de los resultados adversos depende de la identificación de los componentes del sistema y su interacción, los cuales determinan el surgimiento de la seguridad en las organizaciones (11). Reconocer a la CSP como parte de estos elementos es indispensable para la creación de programas que refuercen la seguridad en el proceso de atención. Como consecuencia, diversos estudios alrededor del mundo, e incluso en México, se han llevado a cabo con el fin de describir la CSP de los profesionales sanitarios (29, 30, 32-37); no obstante, varios autores concuerdan en que los resultados dependen del contexto, acentuando la importancia de realizar más investigaciones sobre el tema que contribuyan a caracterizar el entorno que se pretende estudiar (29, 30, 32, 37). De lo anterior se deriva la necesidad de contar con servicios de nefrología preparados para el advenimiento de la creciente cifra de este grupo específico de pacientes, con el fin de otorgar una atención de calidad. El establecimiento de una CSP en este tipo de unidades es fundamental para la detección, el control y la prevención de los riesgos derivados del proceso clínico (47).

Teniendo en cuenta lo precedente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales sanitarios pertenecientes al servicio de nefrología del Hospital General de México?**

3. OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los profesionales sanitarios pertenecientes al servicio de nefrología del Hospital General de México.

4. JUSTIFICACIÓN

El incremento del número de pacientes con ERC en las últimas décadas se ha visto reflejado de manera proporcional en la creciente demanda de los servicios de nefrología, en concreto, de las TRR, teniendo secuelas en las condiciones laborales de los profesionales de salud y en la atención médica otorgada a los pacientes renales. En el país poco se conoce sobre la CSP ejercida por estas organizaciones; un estudio centrado en describirla, sería el primer paso para ejecución de acciones que garanticen una atención libre de daños para los pacientes. A la par, se espera que el conocimiento generado contribuya a concientizar a los profesionales sanitarios sobre la trascendencia del tema y proporcione a los directivos herramientas que permitan reforzar las acciones orientadas a la mejora de la calidad de la atención del servicio.

El objetivo del proyecto se alinea con el PND 2013-2018 en su Meta Nacional No.2 “México Incluyente”, objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, estrategia 2.3.1 “Avanzar en la construcción de un SNS Universal”, línea de acción “Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral” (16). Asimismo, se apega al PROSESA del mismo periodo, en su segundo objetivo “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad”, estrategia 2.2 “Mejorar la calidad de los servicios de salud del SNS”, líneas de acción 2.2.1 “Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y SP en las instituciones de salud” y 2.2.2 “Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y SP en las instituciones de salud” (17).

5. MARCO CONCEPTUAL

La construcción de esta sección se realizó a partir de la revisión de la literatura y la integración de los conceptos: proceso de atención médica, calidad de la atención, SP, cultura organizacional y CSP. Inicialmente, se describe el proceso de atención a la salud y su entorno, considerando que es el espacio en donde acontecen las subsecuentes ideas. Enseguida, se define a la calidad de la atención, haciendo énfasis en su componente interpersonal y su atributo de “segura”. Se detalla además a la SP y su relación con la CSP acorde con lo establecido por la OMS en el marco conceptual para la CISP. Luego, se expone a la cultura organizacional, precisando sus elementos y características esenciales para finalizar con la descripción de la CSP y las dimensiones que la conforman.

5.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA Y SU ENTORNO

Si bien, este trabajo se orienta a la CSP, se inicia conceptualizando el proceso de atención médica ya que se entiende que la primera se desarrolla dentro de este último. En 1988, Donabedian definió el proceso de atención médica como el conjunto de interacciones más o menos íntimas, entre los profesionales sanitarios y los pacientes, rodeados su vez, de una serie de influencias que constituyen su entorno. Este proceso resulta entonces de la sumatoria del comportamiento de los participantes y de la influencia de los factores circunstanciales en el mismo. Se encuentra conformado por actividades que surgen como respuesta a una necesidad concebida como una alteración de la salud o del bienestar (48).

La necesidad se puede apreciar desde dos perspectivas, la del otorgante y la del paciente. Ambos deciden, de manera personal, si realmente se requiere de atención médica y de qué tipo; de su congruencia depende el inicio del proceso. Tanto el comportamiento del profesional como el comportamiento del paciente, convergen en dos fenómenos de interés para las organizaciones de salud; el primero, la utilización de los servicios y, el segundo, los resultados en salud, bienestar o satisfacción del paciente (48).

Donabedian interpreta el proceso de atención de modo circular, es decir, comienza con una necesidad y finaliza con su modificación, ya sea aliviándola parcial o totalmente. Inclusive, es probable que no se consiga mitigar la necesidad y, en caso de aplicar mal la terapia, esta se intensifique o se cree una nueva (48).

Una característica adicional del modelo es el entorno o contexto bajo el cual se desenvuelve el proceso de atención. Siendo muy complejo, el autor lo separa en dos categorías; una denominada organización, compuesta por las estructuras y los procesos que rodean e influyen en el propio proceso de atención médica y, otra más externa integrada por los valores sociales y los rasgos culturales que envuelven e intervienen también en la organización. Dichos valores y elementos culturales repercuten al mismo tiempo en la necesidad y en cómo se percibe, así como, en los comportamientos del otorgante y del paciente (48).

Betancourt, en 2004, afirmó que la cultura moldea la forma general en que se aborda el mundo y afecta la interacción entre el paciente y el médico. Añade que todos los individuos pertenecen a más de una cultura, pasando desde la social, la profesional hasta la religiosa (49).

Tal como se detalla arriba, del concepto anterior se desglosan otros fenómenos de la atención médica entre los que se incluyen el uso de servicios, los resultados en salud, bienestar o satisfacción y la calidad de la atención (48); todos ellos, factores asociados con la CSP.

5.2. CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Según Donabedian, el concepto de calidad de la atención médica es el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso en todas sus partes. Delimita a la calidad como una propiedad o juicio sobre un elemento de la atención y, divide a la atención en dos componentes para su gestión: el técnico, el interpersonal (50).

El componente técnico se basa en la aplicación de la ciencia y la tecnología en la gestión de un problema personal de salud. Simultáneamente, se acompaña

del componente interpersonal definido como la gestión de la interacción social y psicológica entre el paciente y el profesional. Ambos elementos se encuentran interrelacionados y en ocasiones, resulta difícil realizar una separación clara. No obstante, Donabedian asegura que su distinción es relevante para la comprensión del concepto calidad (50).

Un tercer elemento a considerar son las “amenidades”. En ellas se catalogan a las características más íntimas que transforman a la atención en una experiencia comfortable. Algunos ejemplos abarcan desde una sala de espera agradable hasta unas sábanas limpias. Sin embargo, siendo también propiedades de la atención que contribuyen a la gestión de las relaciones interpersonales, se les considera parte del segundo componente ya que proporcionan satisfacción al paciente (50).

Una vez descritos los elementos de la atención, el término de calidad se vuelve más entendible. Ahora bien, la calidad de la asistencia técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que se maximicen sus beneficios para la salud sin aumentar los riesgos correspondientes. Su grado de medición es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención otorgada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. En cambio, lo que constituye la calidad del proceso interpersonal, es el cumplimiento de los valores y las normas socialmente definidas que dirigen la interacción de las personas en general y en situaciones particulares. Estos preceptos y valores a menudo son respaldados por las apreciaciones éticas de los profesionales junto con las expectativas y aspiraciones individuales de los pacientes. La calidad interpersonal, por lo tanto, se mide por el grado de conformidad con estos valores, expectativas y aspiraciones (50).

Es fácil percibir cómo los dos componentes influyen uno sobre el otro. La parte interpersonal colabora con el éxito o fracaso de la atención técnica y contribuye al equilibrio de beneficios y riesgos, y viceversa. Al final del proceso, debe generarse una evaluación compartida del equilibrio (50). Por tal razón, el concepto de calidad es esencial para los valores, la ética y las tradiciones del personal sanitario. En palabras de Donabedian: *“al menos no causar daño,*

habitualmente hacer algo bueno e idealmente lograr el mayor bien posible ante cualquier situación dada” (50).

Por su parte, la OMS utiliza en su marco conceptual para la SP la definición de calidad del IOM, quien la describe como: *“el grado en que los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados en salud deseados, siendo consistentes con los conocimientos profesionales del momento” (11, 51).* Para complementar el término, se especifica que en él se contienen los atributos de oportuna, eficaz, eficiente, equitativa, centrada en el paciente y segura, tal como se detalla a continuación (51):

- Oportuna: reducción de los tiempos de espera y retrasos perjudiciales tanto para los pacientes como para los otorgantes.
- Eficaz: otorgar servicios basados en la evidencia científica que garanticen procesos y resultados óptimos. Se busca atender a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que no se beneficiarían, evitando la subutilización y el uso indebido.
- Eficiente: maximización de los beneficios en salud al menor costo o sacrificio de recursos. Se habla de evitar el desperdicio de equipos, suministros, ideas y energía.
- Equitativa: brindar asistencia de calidad independientemente de las características personales, condición clínica o preferencias de atención.
- Centrada en el paciente: proporcionar asistencia respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que estos últimos orienten las decisiones médicas.
- Segura: evitar daños al paciente derivados de la atención.

Las definiciones citadas sobre calidad amplían su explicación a través de la integración de componentes y atributos. Respecto a esta investigación, la división que realiza Donabedian entre el componente técnico y el interpersonal es importante puesto que reconoce a las interacciones personales como un factor

que contribuye al éxito o fracaso de la asistencia, lo que también afectará proporcionalmente al equilibrio de riesgos y beneficios. Pese a que no se habla de manera explícita de una CSP, se mencionan a las relaciones interpersonales y su grado de conformidad con los valores, las normas y los dictámenes éticos propios de los profesionales de la salud. Por otro lado, la separación del concepto en atributos por el IOM es relevante porque señala de forma concreta a la seguridad como un elemento clave de la calidad.

5.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE

En 2009, la OMS definió a la SP como: *“la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”* (11).

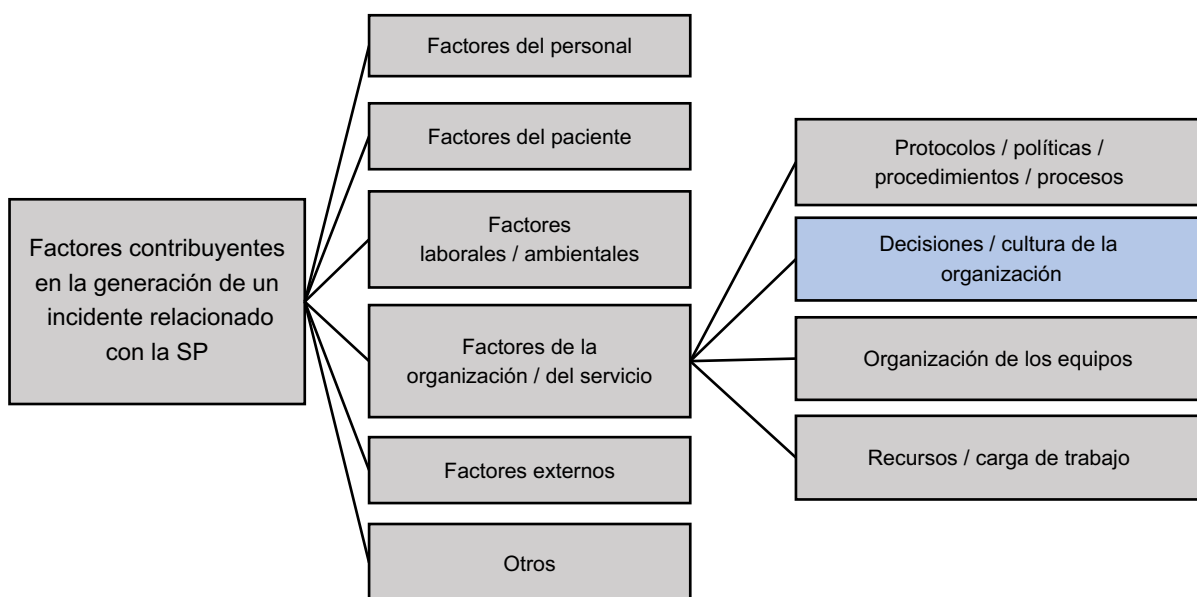
Otros conceptos asociados con la SP se normalizaron y clasificaron con el fin de proponer un método que organizara la información y permitiera la comprensión global del tema. Por ello, el marco conceptual de la CISP se integra de diez clases superiores de términos⁶, los cuales, a su vez, cuentan con subdivisiones ordenadas de forma jerárquica (11).

Se incluye a la cultura en tres de las diez clases superiores de conceptos. La primera de ellas es la catalogada factores/peligros contribuyentes, vistos como: *“las circunstancias, acciones o influencias que se piensa han desempeñado un papel en el origen o el desarrollo de un incidente o que han elevado el riesgo de que se produzca”*. Estos se separan en las subcategorías de factores del personal, del paciente, laborales/ambientales, de la organización/del servicio, factores externos y otros. Se considera que la cultura organizacional es parte de los factores de la organización o del servicio (figura 1). Usualmente, en un incidente

⁶ **Clases superiores CISP:** 1) Tipo de incidente, 2) Resultados para el paciente, 3) Características del paciente, 4) Características del incidente, 5) Factores/peligros contribuyentes, 6) Resultados para la organización, 7) Detección, 8) Factores atenuantes, 9) Medidas de mejora, 10) Medidas adoptadas para reducir el riesgo (11).

relacionado con la SP⁷ intervienen uno o más factores contribuyentes. Además, un solo factor puede ser un fallo activo⁸ o la razón de que se produzca tal fallo, siendo un elemento situacional o una condición latente para la producción del incidente (11).

Figura 1. Factores/Peligros contribuyentes en la generación de un incidente relacionado con la seguridad del paciente. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



En azul: integración de la cultura organizacional.

Fuente: OMS, 2009 (11).

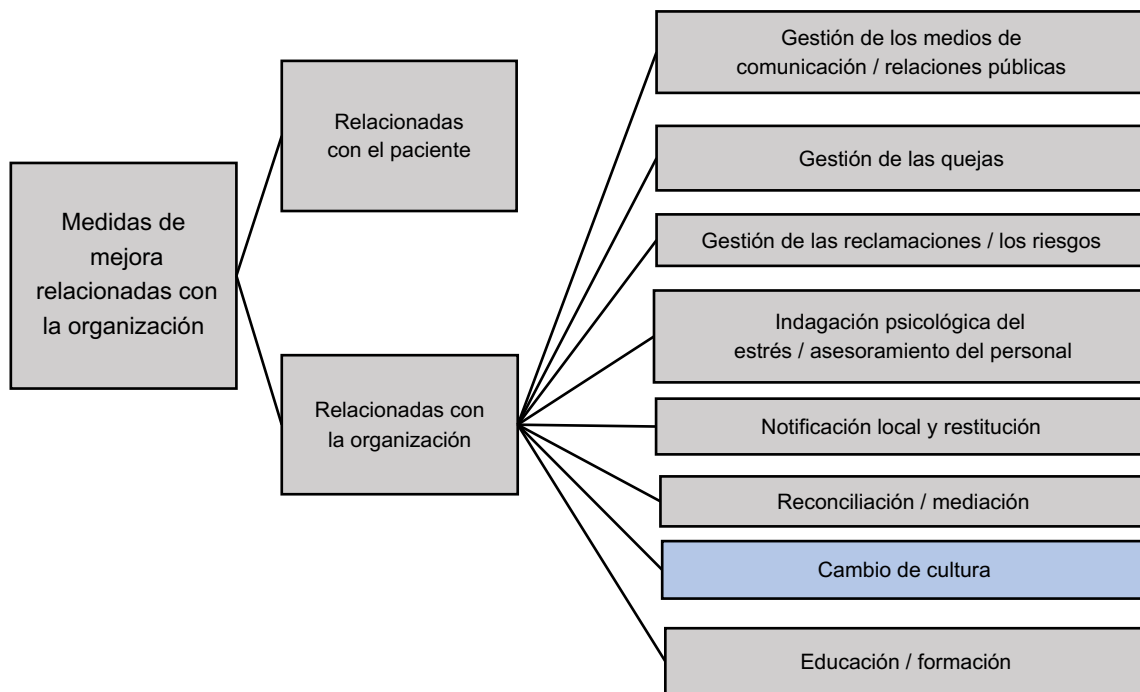
En cuanto a las medidas de mejora se contempla dentro de las mismas al cambio de cultura (figura 2). Se entiende como tales a *“las medidas adoptadas o circunstancias alteradas para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente”* y se emplean como prevención terciaria. Según la OMS existen dos

⁷ **Incidente relacionado con la SP:** evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente (11).

⁸ **Fallo activo:** actos peligrosos cometidos por quienes se encuentran en contacto directo con el paciente o el sistema. Sus acciones y decisiones pueden dar lugar a errores capaces de repercutir de inmediato en la seguridad (11).

tipos de acciones de mejora: las asociadas con el paciente y las relacionadas con la organización. Las medidas vinculadas con el paciente procuran reparar el daño ocasionado a este, ya sea mediante el tratamiento médico de la lesión o la presentación de disculpas; en cambio, aquellas acciones ligadas con el sistema pretenden aminorar las pérdidas o daños originados a la organización a partir de la gestión de las quejas, cambio de cultura, educación y formación del personal, entre otras (11).

Figura 2. Medidas de mejora relacionadas con la organización. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



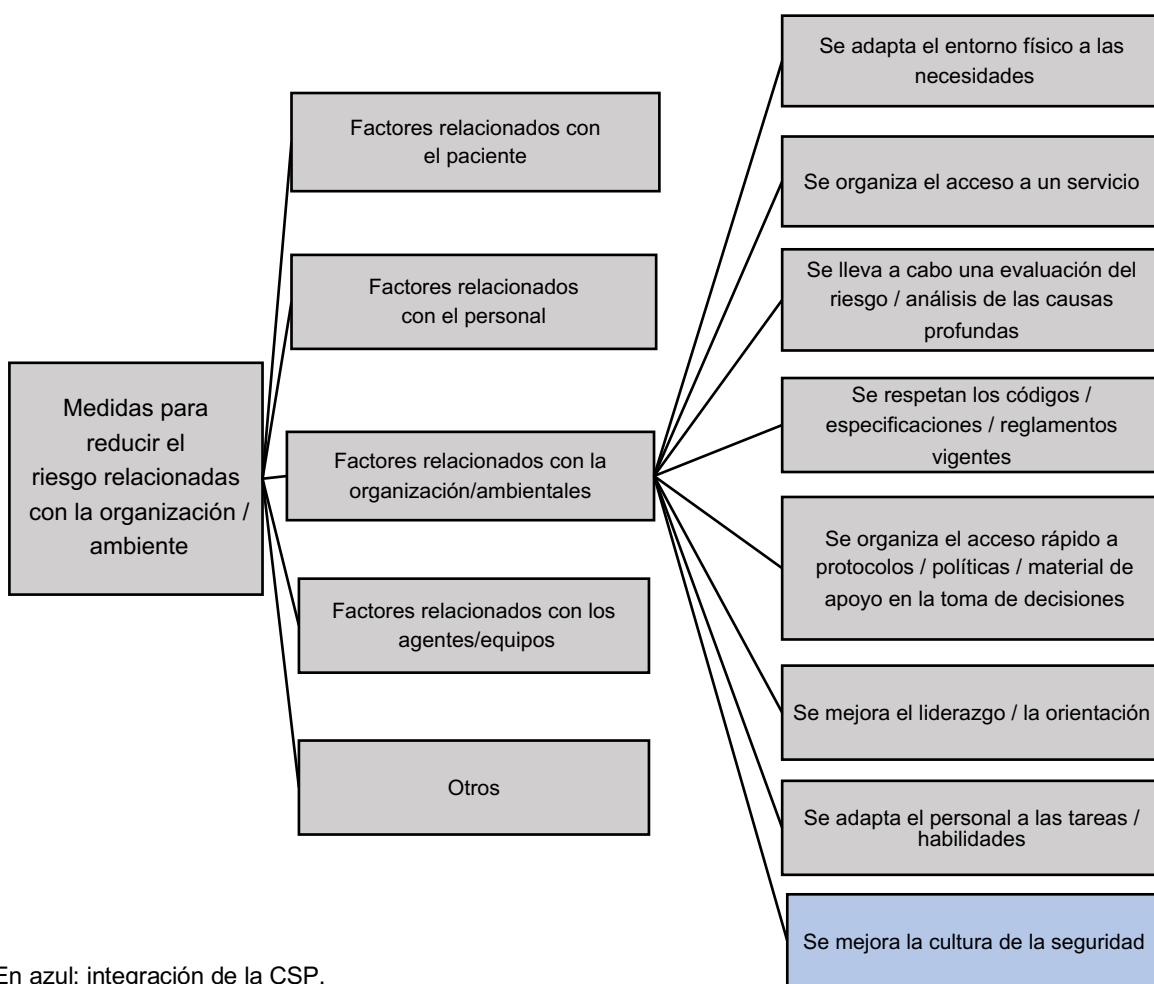
En azul: integración de la cultura organizacional.

Fuente: OMS, 2009 (11).

Por último, en las medidas adoptadas para reducir el riesgo se incorpora la mejora de la cultura de seguridad (figura 3). Estas son “acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de

que se produzcan”. Con ellas, se busca evitar que se repitan los mismos o similares incidentes relacionados con la SP, y se mejore la resiliencia del sistema⁹. Se orientan hacia el paciente, al brindar apoyo en la toma de decisiones clínicas, al personal proporcionando orientación y disponibilidad de políticas y protocolos, a la organización mejorando el liderazgo y la cultura de seguridad, y a los equipos terapéuticos con auditorías regulares (11).

Figura 3. Medidas adoptadas para reducir el riesgo relacionadas con la organización/ambiente. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



En azul: integración de la CSP.

Fuente: OMS, 2009 (11).

⁹ **Resiliencia del sistema:** grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes (11).

5.4. CULTURA ORGANIZACIONAL

La cultura organizacional se refiere al sistema de valores y actitudes propios de los miembros de una organización (52). Es una forma de darle sentido común, lo que permite a sus miembros ver situaciones y eventos de modo similar (53). Según Scott y colaboradores, se ha interpretado de diversas maneras debido a la extensa gama de fenómenos sociales que integra (54). Para comprenderla mejor conviene separar los términos, aclarando qué se entiende por organización y qué por cultura.

Carrada-Bravo explica el concepto específico de organización sanitaria como: *“el conjunto o equipo de trabajo profesional e interdisciplinario que labora estructuradamente para producir servicios de salud y alcanzar ciertas metas, las cuales requieren del acuerdo y la participación de sus miembros”* (55). Por otra parte, de acuerdo con la Real Academia Española la cultura es: *“el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época y grupo social”* (56).

Schein agrega que el desarrollo de una cultura por parte de una organización o unidad social, es consecuencia de la historia y los elementos en común compartidos por sus miembros (57). Por consiguiente, el concepto de cultura organizacional se describe como: *“un todo complejo que incorpora saberes, creencias, valores, leyes, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito compartido por el hombre como miembro de un grupo social”* (55).

Asimismo, se argumenta que los elementos que la construyen se difunden desde la sociedad a las organizaciones de salud y viceversa, gracias a la conexión existente entre los distintos conjuntos de individuos, además de transmitirse de una generación a otra. De esta forma, la cultura se caracteriza por ser una propiedad cambiante (55).

Schein precisa que varios de los elementos incluidos en la definición de cultura tales como creencias, valores y costumbres, se relacionan o reflejan en parte a la cultura, sin embargo, no pueden ser utilizados por sí solos para definirla ya que la palabra “cultura” incorpora estabilidad estructural, profundidad, amplitud

e integración a la explicación de la misma. El autor analiza a la cultura como una característica compartida y difícil de cambiar debido a que los miembros de la organización valoran su estabilidad e incluso sobrevive cuando alguno de ellos abandona el conjunto. La entiende como la parte más profunda y, por tanto, inconsciente de un grupo, así pues, varios de los conceptos que la integran (creencias, percepciones, actitudes y otros) representan sus manifestaciones más tangibles. Una vez que la cultura se desarrolla, penetra en el funcionamiento de la organización haciéndose omnipresente. Por último, estos elementos que la componen se funden en todo coherente o “patrón” lo que representa la esencia total de la palabra “cultura” (57).

Otra particularidad adicional sobre los elementos que constituyen la cultura organizacional es que varios de ellos actúan de manera cruzada, explicando que cada individuo se asocia a más de un grupo, de modo que, lo que aporta a la organización se encuentra influenciado por el resto de los grupos a los cuales pertenece. Respecto a la transferencia de estos componentes hacia los nuevos miembros, generalmente se exhibe a los recién llegados los aspectos superficiales de la cultura, a través de los códigos de comportamiento iniciales, mientras que los elementos más profundos solo se revelan conforme los individuos adquieren un estado de permanencia en la unidad social (57).

Basándose en lo anterior, Schein sugiere tres niveles de análisis para la cultura organizacional (tabla 3), pretendiendo establecer así, el grado en que los fenómenos son visibles ante el observador. En el primer nivel se ubican los “artefactos” o manifestaciones tangibles, se refieren a los fenómenos fáciles de observar, no obstante, difíciles de descifrar dada su superficialidad; el observador describe lo que ve sin ser capaz de entender el significado de las cosas. El segundo nivel lo conforman las creencias expuestas y los valores involucrados en las relaciones internas del conjunto. Tales creencias y valores predicen parcialmente el comportamiento de los miembros, puesto que en ocasiones no reflejan lo que en realidad se haría; apoyándose en lo que “debe ser” y no en lo que en verdad es. Solo aquellos valores y creencias validados por medio de la

experiencia social compartida¹⁰ del grupo avanzan al siguiente nivel. Al final se sitúan los supuestos subyacentes básicos, siendo las representaciones culturales más profundas, asumidas y acogidas como verdaderas por la unidad social. En este caso, los integrantes de la organización comparten de modo firme los supuestos básicos por lo que es difícil encontrar variaciones entre ellos; e inclusive cualquier conducta distinta a la habitual es considerada como inadmisibles. Los supuestos subyacentes, además, son reacios al cambio lo que genera estabilidad cognitiva en la mente de los individuos y permite al grupo seguir funcionando. Al inicio de la formación de la organización, cada uno de los sujetos aporta el aprendizaje cultural obtenido en agrupaciones previas, desarrollando con el tiempo una historia compartida, lo que modificará las suposiciones precedentes y creará algunas nuevas (57).

Tabla 3. Niveles de cultura organizacional

NIVEL	ELEMENTOS
ARTEFACTOS	entorno físico, tecnologías, lenguaje, productos, estilos, modales y conductas expuestas por sus miembros, procesos organizacionales visibles y elementos estructurales (visibles y poco descifrables)
CREENCIAS EXPUESTAS Y VALORES	estrategias, objetivos, filosofías, reglas y normas de comportamiento (cierto grado de conciencia)
SUPUESTOS SUBYACENTES BÁSICOS	inconciencias, creencias, percepciones, pensamientos, sentimientos (dados por sentados)

Fuente: elaboración propia basada en Schein, 2004 (57).

¹⁰ **Validación social:** confirmación de ciertos valores a través de la experiencia social compartida de un grupo. Como ejemplo: una religión no puede probar que es superior a otra, sin embargo, sus creencias y valores son dados por sentados porque los miembros de la misma los refuerzan constantemente (57).

5.5. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por lo que se refiere a la CSP, la OMS la define en su marco conceptual de la CISP como: *“el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, el estilo y la competencia de dicha gestión”* (11). En la tabla 4 se enuncian las dimensiones que la integran precisadas por la AHRQ (58).

Tabla 4. Dimensiones que componen la cultura de seguridad del paciente
(Hospital Survey on Patient Safety Culture)

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
1. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	El personal se apoya mutuamente, se trata con respeto y trabaja en equipo.
2. Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP	Los supervisores / gerentes consideran las sugerencias del personal para mejorar la SP, elogian al personal por seguir los procedimientos de SP y no pasan por alto los problemas de SP.
3. Aprendizaje organizacional / Mejora continua	Los errores han conducido a cambios positivos y los cambios son evaluados por efectividad.
4. Apoyo de la dirección del hospital para la SP	La gestión hospitalaria proporciona un clima de trabajo que promueve la SP y demuestra que la SP es una prioridad.
5. Percepción general de la SP	Los procedimientos y sistemas son buenos para prevenir errores y hay una falta de problemas de SP.
6. Retroalimentación y comunicación de errores	El personal es informado sobre los errores que ocurren, recibe retroalimentación sobre los cambios implementados y discute maneras de prevenir errores.
7. Grado de apertura en la comunicación	El personal habla libremente si ven algo que puede afectar negativamente a un paciente y se sienten libres de cuestionar a aquellos con más autoridad.
8. Frecuencia de incidentes reportados	Se reportan errores de los siguientes tipos: (1) errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, (2) errores sin potencial para dañar al paciente, y (3) errores que pueden perjudicar al paciente, pero no lo hicieron.
9. Trabajo en equipo entre las unidades/servicios	Las unidades hospitalarias cooperan y se coordinan entre sí para proporcionar la mejor atención a los pacientes.
10. Suficiencia de personal	Hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo y las horas de trabajo son apropiadas para proporcionar la mejor atención a los pacientes.
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	La información importante sobre el cuidado del paciente se transfiere entre las unidades del hospital y durante los cambios de turno.
12. Respuesta no punitiva a los errores	El personal siente que sus errores y los reportes de eventos no se toman contra ellos y que los errores no se mantienen en su archivo personal.

Fuente: Sorra *et al*, 2016 (58).

5.6. SÍNTESIS DEL MARCO CONCEPTUAL

Para concluir, la figura 4 sintetiza lo ya expuesto previamente. Si bien, la CSP se desarrolla dentro del proceso de atención médica, deriva de manifestaciones sociales mayores como la cultura organizacional, la cual, además, se encuentra influenciada por los factores socioculturales que conforman el medio externo.

Los elementos socioculturales se introducen desde el ambiente hacia la organización, pasando por la estructura y los procesos de la misma. La responsabilidad de portar tales factores culturales hacia el interior del proceso de atención concierne a profesionales sanitarios y pacientes (el marco conceptual se centra en los primeros). Estos principios culturales de los profesionales de salud actúan de forma cruzada ya que cada sujeto se relaciona con distintos grupos, por ello, lo que aportan a la organización está influenciado por el resto de los conjuntos a los que pertenecen.

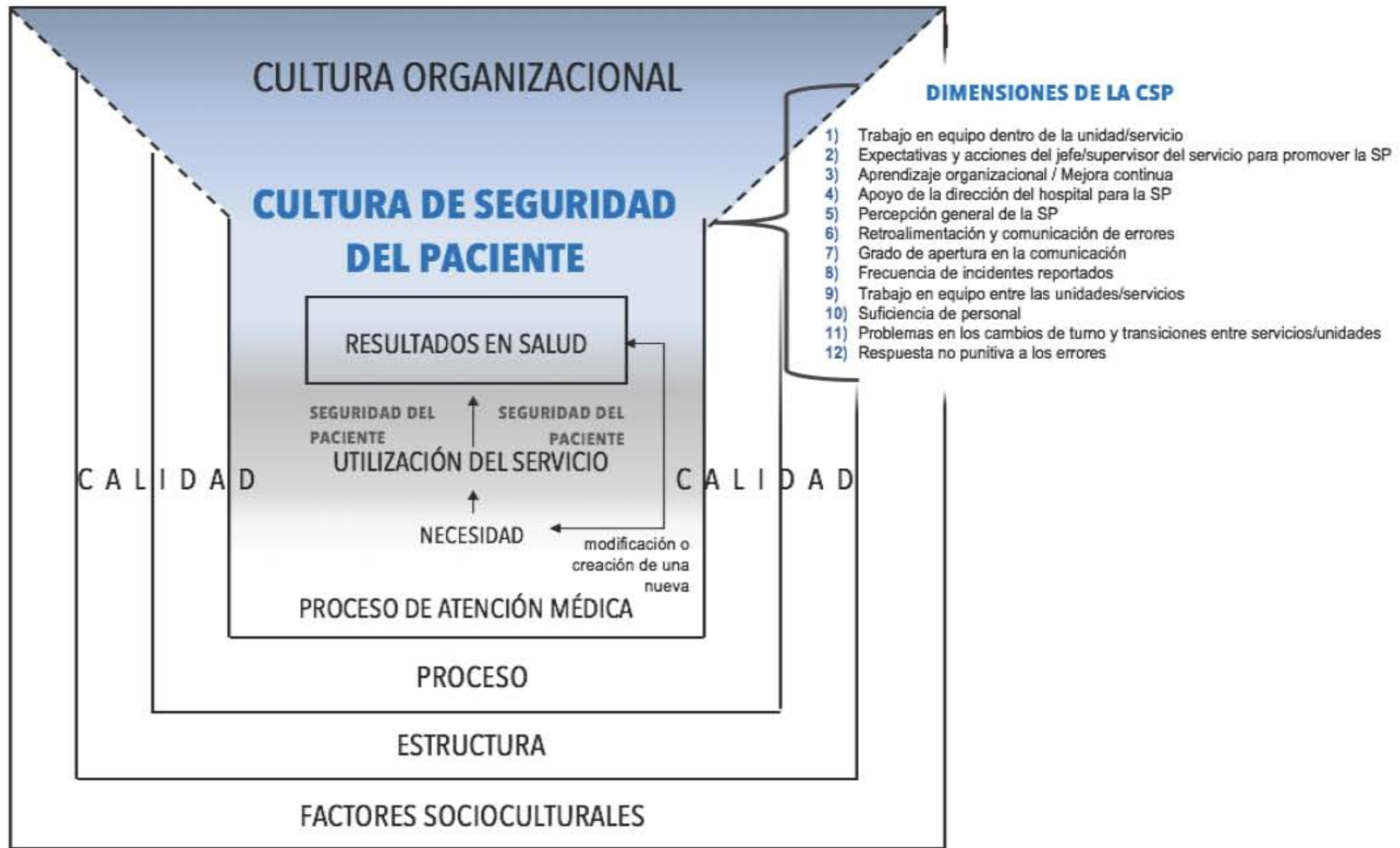
Por otro lado, parte de los valores, las normas, las expectativas y el comportamiento del personal sanitario integran el componente interpersonal de la calidad del proceso de atención, colaborando con el equilibrio entre beneficios y riesgos para los pacientes y, por ende, en la modificación de sus necesidades. Tales necesidades pueden o no mitigarse, e incluso, en caso de una mala práctica médica es probable que se incrementen o se instaure una nueva. Es aquí, donde la incorporación de la SP toma sentido, dado que se interpreta como la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención sanitaria, buscando así, no exacerbar o crear necesidades extras.

Al final, el grado de seguridad de una institución o servicio se ve determinado por los resultados en salud de los pacientes. Dentro del marco conceptual para la SP, se considera que la cultura organizacional contribuye a la generación de incidentes, al mismo tiempo que se califica a la CSP como una medida de mejora y de reducción de riesgos. Por consiguiente, cualquier cambio cultural apoyaría o afectaría la SP.

Teniendo en cuenta lo anterior y, sumado a la definición de CSP, se resume que la carga cultural de los profesionales de salud es producto de la agregación de

los factores socioculturales provenientes del exterior, los cuales convergen en un espacio compartido para dar forma a una cultura organizacional y a la vez, una CSP. Dicha carga cultural precisará el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la institución o servicio.

Figura 4. Integración de la CSP en el proceso de atención médica



Fuente: elaboración propia basada en Donabedian, 1988 (48); Donabedian, 1980 (50); OMS, 2009 (11); IOM, 2001 (51); Carrada-Bravo, 2002 (55); Schein, 2004 (57) y Sorra *et al*, 2016 (58).

6. METODOLOGÍA

A continuación, se detalla el método utilizado para responder a la pregunta del problema de investigación. Se presentan, en su orden: el diseño del estudio, las fuentes de información, los criterios de selección aplicados y las consideraciones éticas. Asimismo, se describen la unidad de análisis, las características del instrumento y la operacionalización de las variables que lo integran. Luego, se explican los procedimientos empleados para la recolección de la información y el plan de análisis.

6.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo un estudio de caso, el cual busca describir el fenómeno o unidad de análisis ubicado en relación a su contexto (59), lo que corresponde al objetivo de investigación centrado en la descripción de la percepción de la CSP de los profesionales sanitarios pertenecientes al servicio de nefrología del Hospital General de México (HGM).

6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se elaboró un censo de los profesionales sanitarios suscritos al servicio de nefrología del HGM. La recolección de la información necesaria se efectuó mediante la aplicación de la encuesta HSOPSC a los mismos (ver anexo 1).

Criterios de selección de los participantes:

Médicos adscritos, cuerpo de investigación, personal de enfermería y residentes médicos ya sean asalariados o en formación, con un tiempo de labor en el servicio mayor a seis meses; los cuales, se encontraron prestando actividades durante el periodo de recolección de los datos y aceptaron colaborar de manera voluntaria con el estudio a través de la firma del Consentimiento Informado (ver anexo 2).

Temporalidad

La aplicación del instrumento al personal de salud se realizó entre el 14 de febrero y el 18 de marzo de 2018.

6.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se apega a lo convenido en la Ley General de Salud y su reglamento en Materia de Investigación para la Salud, específicamente, en el Título segundo, Capítulo V de la investigación en grupos subordinados, Artículos 57 y 58.

A nivel institucional, cumplirá con los lineamientos establecidos por los Comités de Investigación y Ética en Investigación del HGM. El protocolo de estudio fue aprobado el 16 de enero de 2018 por ambos Comités con el título: “Cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario de un servicio de nefrología (Hospital General de México)” y clave de registro: DI/18/105-B/03/002, con vigencia de un año a partir de la fecha menciona (ver anexo 3).

Asimismo, se recabó el Consentimiento Informado de cada uno de los participantes (ver anexo 2).

6.4. UNIDAD DE ANÁLISIS: SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

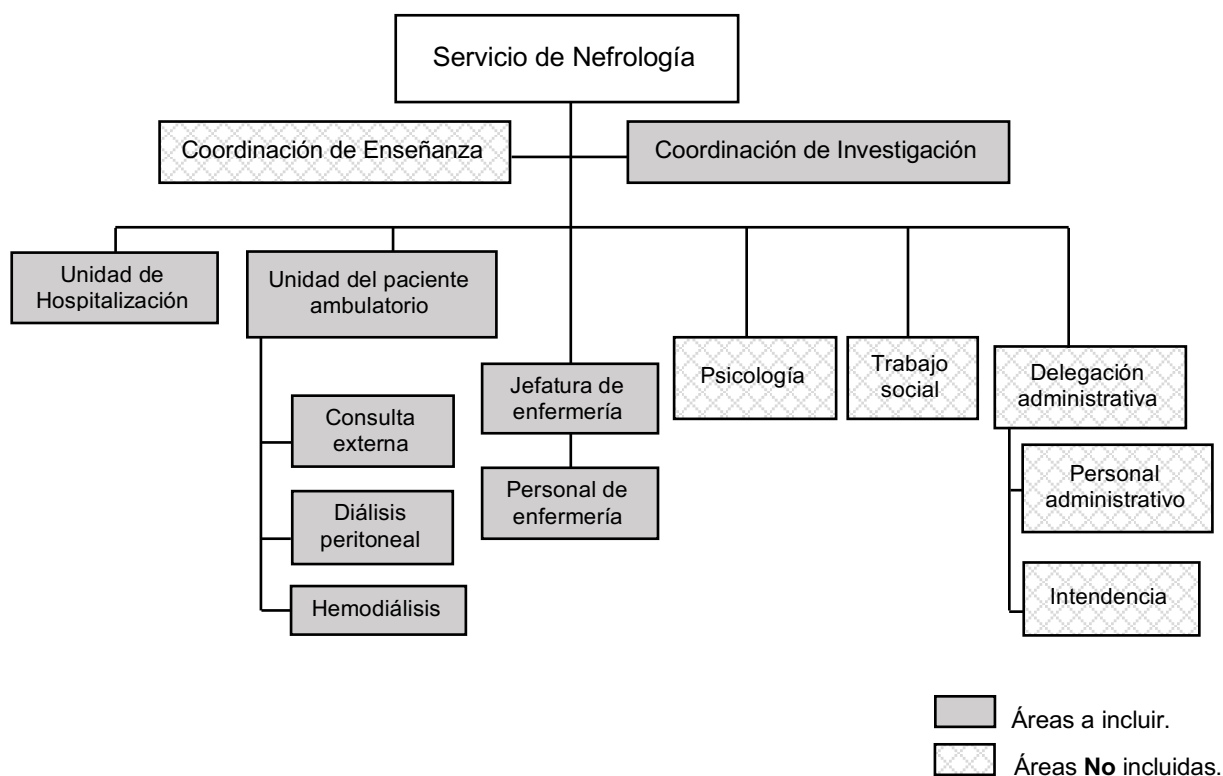
El Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga pertenece al conjunto de Hospitales Federales de Referencia del país, los cuales son considerados entidades de concentración. Dentro del ámbito de sus competencias se ubican el otorgar atención médica general y especializada, la capacitación y formación de recursos humanos, así como, el desarrollo de actividades de investigación (60).

En cuanto a las características de la población atendida, el HGM brinda sus servicios a pacientes de bajos recursos económicos no afiliados a la seguridad

social y sin acceso a la atención privada, a través de sus 48 especialidades y subespecialidades médicas (61, 62).

Específicamente, el servicio de nefrología otorga asistencia en consulta externa, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hospitalización, trasplante renal y urgencias, buscando atender las patologías estructurales y funcionales de los órganos renales (63). El servicio depende de la Subdirección Médica “A” que, a su vez, pertenece a la Dirección Médica del HGM (64). Actualmente, cuenta con un cuerpo médico conformado por 13 nefrólogos, una plantilla de 40 enfermeros, 17 residentes médicos y 2 profesionales en el área de investigación, además de personal de psicología, paraclínico, administrativo y de trabajo social (figura 5) (65).

Figura 5. Organigrama del servicio de nefrología (HGM)



Fuente: Secretaría de Salud (65).

Enseguida se detallan las características y dinámicas del servicio de nefrología¹¹:

El área de consulta externa se integra por seis consultorios (cuatro externos y dos más dentro del servicio), brindando atención de lunes a viernes a través de citas programadas en dos turnos: de 9:00 a 13:00 horas y de 15:00 a 18:00 horas. En el área laboran seis médicos(as) y cuatro enfermeros(as) para atender un promedio 70 consultas diarias, ya sean pacientes de primera vez o subsecuentes.

Por otra parte, en la unidad ambulatoria de diálisis peritoneal trabajan dos enfermeros(as) y tres médicos(as) otorgando seguimiento y ajuste de dosis a los pacientes, además de capacitaciones sobre la realización correcta de la diálisis en casa para pacientes y cuidadores. La unidad brinda atención en un horario de 7:00 a 15:00 horas de lunes a viernes.

El servicio cuenta también con un área de hospitalización con capacidad para 12 camas (seis de hombres y seis de mujeres), no obstante, en caso de requerirse, se apoya del espacio en otros servicios llegando a hospitalizar 20 pacientes adicionales. En el piso se requiere de un(a) médico(a) por cada 12 pacientes y de un(a) enfermero(a) por cada seis pacientes. El proceso de admisión se realiza por medio de urgencias y consulta externa, ingresando aproximadamente entre 50 y 60 pacientes a la semana.

En la unidad de hemodiálisis se precisa del trabajo de dos médicos(as) y cuatro enfermeros(as) por turno para prestar atención las 24 horas del día. En el área se dispone de 18 máquinas de hemodiálisis (dos para pacientes seropositivos a VIH), en las cuales se practican una media de 50 sesiones dialíticas por día. Se recibe tanto a pacientes ambulatorios programados como a aquellos hospitalizados que requieren el servicio.

Adicionalmente, el servicio se coordina con otras entidades del hospital para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La unidad de laboratorio auxilia en el procesamiento de muestras, estas son tomadas por los(as) médicos(as) de nefrología y transportadas por personal administrativo al laboratorio para su análisis. En el caso de radiología e imagen, los estudios se programan o se solicita

¹¹ (R. Valdez. [Comunicación personal]. 22 de mayo de 2018).

su realización de urgencia. Del mismo modo, el servicio de farmacia colabora surtiendo el medicamento requerido por los médicos(as) en un tiempo máximo de tres horas posterior a su solicitud con receta. Otros servicios médicos proporcionan atención a los pacientes de nefrología mediante las interconsultas.

6.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se utilizó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture diseñado por la AHRQ de los EE. UU. (27) y adaptado por la DGCES (19). La encuesta se compone de 42 ítems organizados en las siguientes 12 dimensiones (ver anexo 1):

1. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio.
2. Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP.
3. Aprendizaje organizacional / Mejora continua.
4. Apoyo de la dirección del hospital para la SP.
5. Percepción general de la SP.
6. Retroalimentación y comunicación de errores.
7. Grado de apertura en la comunicación.
8. Frecuencia de incidentes reportados.
9. Trabajo en equipo entre las unidades/servicios.
10. Suficiencia de personal.
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios /unidades.
12. Respuesta no punitiva a los errores.

Además, contiene seis preguntas sobre información complementaria concerniente al área de trabajo y dos preguntas extras (una respecto al grado de SP otorgado a la unidad y otra acerca del número de incidentes reportados en los últimos 12 meses). A esto, se agregó una sección de información general constituida por ocho ítems referentes a las características de la población, sumando un total de 58 ítems para responder en un tiempo aproximado de 15 minutos.

La encuesta utiliza una escala tipo Likert con cinco categorías (que van desde: totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo, nunca – siempre), así como, preguntas dicotómicas y politómicas. La tabla 5 muestra los ítems del cuestionario asociados a cada variable o dimensión, su definición operacional, tipo y escala de medición, así como, la codificación asignada a los datos.

Tabla 5. Operacionalización de variables (Cuestionario HSOPSC)

Variables	Definición Operacional	Sección	Indicadores	Tipo	Escala	Codificación
Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	El personal se apoya mutuamente, se trata con respeto y trabaja en equipo.	Área/unidad de trabajo	A1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			A3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo.	Cualitativa	Ordinal	
			A4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto.	Cualitativa	Ordinal	
			A11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden.	Cualitativa	Ordinal	
Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la seguridad de los pacientes	Los supervisores / gerentes consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, elogian al personal por seguir los procedimientos de seguridad del paciente y no pasan por alto los problemas de seguridad del paciente.	Área/unidad de trabajo	B1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			B2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	Cualitativa	Ordinal	
			B3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			B4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Aprendizaje organizacional / Mejora continua	Los errores han conducido a cambios positivos y los cambios son evaluados por efectividad.	Área/unidad de trabajo	A6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			A9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	
			A13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.	Cualitativa	Ordinal	

Variables	Definición Operacional	Sección	Indicadores	Tipo	Escala	Codificación
Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente	La gestión hospitalaria proporciona un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y demuestra que la seguridad del paciente es una prioridad.	Hospital	F1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			F8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad.	Cualitativa	Ordinal	
			F9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, solo después de que ocurre un evento adverso. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Percepción general de la seguridad del paciente	Los procedimientos y sistemas son buenos para prevenir errores y hay una falta de problemas de seguridad del paciente.	Área/unidad de trabajo	A15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			A18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.	Cualitativa	Ordinal	
			A10. En mi área o servicio solo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			A17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Retroalimentación y comunicación de errores	El personal es informado sobre los errores que ocurren, recibe retroalimentación sobre los cambios implementados y discute maneras de prevenir errores.	Área/unidad de trabajo	C1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio.	Cualitativa	Ordinal	1= Nunca 2= Rara vez 3= A veces 4= La mayoría de las veces 5= Siempre Blanco= MISSING
			C3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio.	Cualitativa	Ordinal	
			C5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	Cualitativa	Ordinal	
Grado de apertura en la comunicación	El personal habla libremente si ven algo que puede afectar negativamente a un paciente y se sienten libres de cuestionar a aquellos con más autoridad.	Área/unidad de trabajo	C2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente.	Cualitativa	Ordinal	1= Nunca 2= Rara vez 3= A veces 4= La mayoría de las veces 5= Siempre Blanco= MISSING
			C4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	Cualitativa	Ordinal	
			C6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	

Variables	Definición Operacional	Sección	Indicadores	Tipo	Escala	Codificación
Frecuencia de incidentes reportados	Se reportan errores de los siguientes tipos: (1) errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, (2) errores sin potencial para dañar al paciente, y (3) errores que pueden perjudicar al paciente, pero no lo hicieron.	Frecuencia de incidentes reportados	D1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿Qué tan frecuente se reporta?	Cualitativa	Ordinal	1= Nunca 2= Rara vez 3= A veces 4= La mayoría de las veces 5= Siempre Blanco= MISSING
			D2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?	Cualitativa	Ordinal	
			D3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?	Cualitativa	Ordinal	
Trabajo en equipo entre las unidades/servicios	Las unidades hospitalarias cooperan y se coordinan entre sí para proporcionar la mejor atención a los pacientes.	Hospital	F4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			F10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.	Cualitativa	Ordinal	
			F2. Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			F6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Suficiencia de personal	Hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo y las horas de trabajo son apropiadas para proporcionar la mejor atención a los pacientes.	Área/unidad de trabajo	A2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			A5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			A7. Utilizamos más personal temporal o eventual de lo que es mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			A14. Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis" tratando de hacer mucho y muy rápidamente. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	

Variables	Definición Operacional	Sección	Indicadores	Tipo	Escala	Codificación
Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	La información importante sobre el cuidado del paciente se transfiere entre las unidades del hospital y durante los cambios de turno.	Hospital	F3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			F5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención del paciente durante los cambios de turno. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			F7. Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			F11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Respuesta no punitiva a los errores	El personal siente que sus errores y los reportes de eventos no se toman contra ellos y que los errores no se mantienen en su archivo personal.	Área/unidad de trabajo	A8. El personal siente que los errores son utilizados en su contra. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	1= Totalmente en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ninguna 4= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo Blanco= MISSING
			A12. Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
			A16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral. (redactado negativamente)	Cualitativa	Ordinal	
Grado de seguridad del paciente		Resultado	E1. Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto.	Cuantitativa	Razón	De 0 a 10 Blanco= MISSING
Cantidad de incidentes reportados		Resultado	G1. En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Marque una sola respuesta.	Cuantitativa	Razón	a= Ninguno b= 1 a 2 eventos c= 3 a 5 eventos d= 6 a 10 eventos e= 11 a 20 eventos f= 21 o más eventos Blanco= MISSING

Variables	Definición operacional	Indicador	Tipo	Escala	Codificación
Antigüedad en la institución	Tiempo que tiene el trabajador prestando sus servicios en el hospital, transcurrido desde el día de la obtención del empleo hasta el momento de la encuesta.	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?	Cuantitativa	Intervalo	a= Menos de 1 año b= De 1 a 5 años c= De 6 a 10 años d= De 11 a 15 años e= De 16 a 20 años f= 21 años o más Blanco= MISSING
Antigüedad en el servicio	Tiempo que tiene el trabajador laborando en el servicio, transcurrido desde su llegada al mismo hasta el momento de la encuesta.	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en el que labora actualmente?	Cuantitativa	Intervalo	
Antigüedad en la profesión	Tiempo que tiene el individuo ejerciendo su profesión, transcurrido desde la obtención del grado técnico o de licenciatura hasta el momento de la encuesta.	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?	Cuantitativa	Intervalo	
Número de horas de trabajo a la semana	Número total de horas trabajadas a la semana.	Habitualmente, ¿cuántas horas trabaja por semana en este hospital?	Cuantitativa	Intervalo	a= Menos de 20 horas a la semana b= De 20 a 39 horas a la semana c= De 40 a 59 horas a la semana d= De 60 a 79 horas a la semana e= De 80 a 99 horas a la semana f= 100 horas a la semana o más Blanco= MISSING
Puesto de trabajo	Actividad profesional desempeñada en el hospital.	¿Qué puesto de trabajo desempeña en este hospital?	Cualitativa	Nominal	a= Enfermera general titulada b= Enfermera especialista titulada c= Auxiliar de enfermería d= Médico residente e= Médico general f= Médico especialista g= Directivo h= Otro Blanco= MISSING
Contacto directo con los pacientes	Interacción cercana con el paciente, prestándole servicios de manera personal.	En su puesto actual ¿tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2= No Blanco= MISSING

Variables	Definición operacional	Indicador	Tipo	Escala	Codificación
Edad	Número de años de vida cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Edad	Cuantitativa	Razón	Número Blanco= MISSING
Sexo	Características físicas que distinguen a los hombres y las mujeres.	Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Masculino 2= Femenino Blanco= MISSING
Universidad de procedencia	Institución de educación superior en la cual se cursaron los estudios técnicos o de licenciatura.	Universidad donde realizó sus estudios profesionales	Cualitativa	Nominal	Pregunta abierta Blanco= MISSING
Grado de estudios	Nivel más alto de estudios realizados o en curso actual.	Último grado de estudios	Cualitativa	Ordinal	1= Técnico 2= Licenciatura 3= Especialidad 4= Subespecialidad 5= Maestría 6= Doctorado 7= Posdoctorado Blanco= MISSING
Turno laboral	Jornada de trabajo distribuida por horario en mañana, tarde, noche y variado.	Turno en el que generalmente labora	Cualitativa	Nominal	1= Matutino 2= Vespertino 3= Nocturno 4= Variado Blanco= MISSING
Área o unidad de trabajo	Espacio físico en el que el individuo desarrolla habitualmente sus actividades laborales.	¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital?	Cualitativa	Nominal	1= Servicio de Nefrología 2= Dirección del Hospital 3= Otro Blanco= MISSING
Capacitaciones sobre SP	Actividades formativas orientadas a la ampliación del conocimiento y desarrollo de habilidades y aptitudes concernientes a la SP.	¿Ha recibido capacitaciones sobre Seguridad del Paciente?	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2= No Blanco= MISSING
Conocimiento previo sobre CSP	Conjunto de ideas y nociones pasadas adquiridas sobre el tema de CSP.	Antes de esta encuesta ¿había escuchado hablar sobre la Cultura de Seguridad del Paciente?	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2= No Blanco= MISSING

6.6. PROCEDIMIENTOS

La obtención de la información se llevó a cabo en el servicio de nefrología del HGM, posterior a la aprobación del proyecto por los Comités de Investigación y Ética en Investigación propios del hospital (ver anexo 3). Inicialmente, se acordaron con el jefe de servicio las estrategias para reunir a los participantes y, en su caso, puntos de contacto¹², con el propósito de presentar a la investigadora a cargo de la recolección de los datos, informar sobre el objetivo del estudio y resolver cualquier duda al respecto. Como primera acción, se convocó a los médicos residentes minutos previos a una sesión clínica para invitarlos a colaborar en la investigación. En particular para el personal de enfermería se solicitó el apoyo de su jefatura para actuar como punto de contacto a fin promover, distribuir y aplicar el cuestionario en los tres turnos laborales. Al mismo tiempo, se invitó de manera individual a cada uno de los médicos adscritos y miembros investigadores del servicio. En todas las circunstancias anteriores se enfatizó la colaboración voluntaria, el carácter confidencial de las respuestas y la no implicación de acciones punitivas en su contra en caso de aceptar o no participar. A aquellos que decidieron contribuir con el proyecto se les otorgó el Consentimiento Informado (ver anexo 2) solicitándoles su firma y entrega con la consecuente administración del instrumento HSOPSC (ver anexo 1). Es necesario enfatizar que los procedimientos aquí descritos se organizaron sin alterar o interrumpir el trabajo diario de la unidad.

6.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de la información se elaboraron dos bases de datos, tal y como se explica enseguida:

¹² **Puntos de contacto:** individuos pertenecientes a un área de trabajo o categoría de personal específica responsables de promover y administrar la encuesta dentro de su unidad. Generalmente se encuentran en el nivel de gestión o supervisión (jefes de enfermería, gerentes de departamento o supervisores de turno) (58).

- Base para descripción general de los participantes: realizada en Microsoft Excel (2017) con los datos de los ítems adicionales a la encuesta original.
- Base para el análisis de la CSP: capturada en la Hospital Data Entry and Analysis Tool de la AHRQ, utilizó la información de los ítems originales del cuestionario. Fue solicitada por correo electrónico a la AHRQ (58).

Explicación de los cálculos

Para los 42 ítems incluidos en las dimensiones, las categorías de respuesta se combinaron reportándose únicamente los porcentajes de respuestas positivas, neutras y negativas (58, 66). Algunos ítems se encuentran formulados en sentido positivo y otros en negativo; durante el análisis por ítem las opciones de respuesta permanecieron originales, sin embargo, para el análisis global por dimensiones, la escala de los ítems formulados de modo negativo se invirtió para facilitar la interpretación (67) (tabla 6 y 7).

Tabla 6. Combinación de categorías para obtener los porcentajes de respuestas positivas, negativas y neutras (HSOPSC)

Sentido de redacción del ítem	Respuestas negativas		Respuestas neutras	Respuestas positivas	
	REDACCIÓN POSITIVA	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo
Nunca		Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
REDACCIÓN NEGATIVA	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ninguna	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Rara vez	Nunca

Fuente: modificado del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2005 (66).

Tabla 7. Ejemplo para el análisis por ítems de la CSP (HSOPSC)

Ítems de la dimensión “Suficiencia de Personal”	% Respuestas negativas	% Respuestas neutras	% Respuestas positivas
Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo. (redactado positivamente)	63% Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo	6% Ninguna	31% De acuerdo/ Totalmente de acuerdo
El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	70% De acuerdo/ Totalmente de acuerdo	9% Ninguna	21% Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo
Utilizamos más personal temporal o eventual de lo que es mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	48% De acuerdo/ Totalmente de acuerdo	15% Ninguna	37% Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo
Con frecuencia trabajamos en “forma de crisis” tratando de hacer mucho, muy rápidamente. (redactado negativamente)	66% De acuerdo/ Totalmente de acuerdo	12% Ninguna	22% Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo

Fuente: elaboración propia basada en los resultados del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009 (30).

En primera instancia, se calculó el porcentaje de respuestas positivas por ítem dividiendo el número de respuestas positivas entre la cantidad total de respuestas (conformada por la suma de respuestas positivas, neutras y negativas, y la exclusión de datos faltantes). Sencillamente, el puntaje compuesto por dimensión corresponde al promedio de dichos porcentajes de respuestas positivas de los ítems contenidos en cada dimensión. En la tabla 8 se ejemplifica el cálculo de los porcentajes positivos por ítem y las puntuaciones compuestas por dimensión.

Tabla 8. Ejemplo para el análisis por dimensión de la CSP (HSOPSC)

Ítems de la dimensión "Percepción general de SP"	Para los ítems <u>formulados positivamente</u> , contar el número de respuestas De acuerdo / Totalmente de acuerdo	Para los ítems <u>formulados negativamente</u> , contar el número de respuestas En desacuerdo / Totalmente en desacuerdo	Número total de respuestas al ítem (excluyendo los datos perdidos)	% de respuestas positivas para el ítem
A15. En nuestro servicio la SP nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo. (redactado positivamente)	185	NO APLICA	260	185 / 260 = 71%
A18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir. (redactado positivamente)	160	NO APLICA	250	160 / 250 = 64%
A10. En mi área o servicio solo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad. (redactado negativamente)	NO APLICA	168	240	168 / 240 = 70%
A17. Tenemos problemas con la SP en esta área. (redactado negativamente)	NO APLICA	188	250	188 / 250 = 75%
	PUNTUACIÓN COMPUESTA = (71% + 64% + 70% + 75%) / 4 = 70% Un promedio aproximado de 70% de los individuos respondió positivamente a los ítems sobre "Percepción general de SP".			

Fuente: Sorra *et al*, 2016 (58).

7. RESULTADOS

En ese apartado se exponen los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento HSOPSC. Se invitó a colaborar a 72 profesionales entre médicos adscritos, personal de enfermería, residentes médicos y miembros de investigación suscritos al servicio de nefrología del HGM. De ellos, nueve no aceptaron participar tras explicarles el objetivo de la investigación y cinco estuvieron fuera del ejercicio profesional durante el periodo de levantamiento de la información. Por lo tanto, fueron encuestados 58 individuos, eliminándose una encuesta que contenía secciones sin responder e ingresando a la base de datos un total de 57 cuestionarios para su análisis (figura 6). Con lo anterior, se alcanzó una tasa de respuesta de 79%.

Figura 6. Resultados. Diagrama de flujo de los participantes

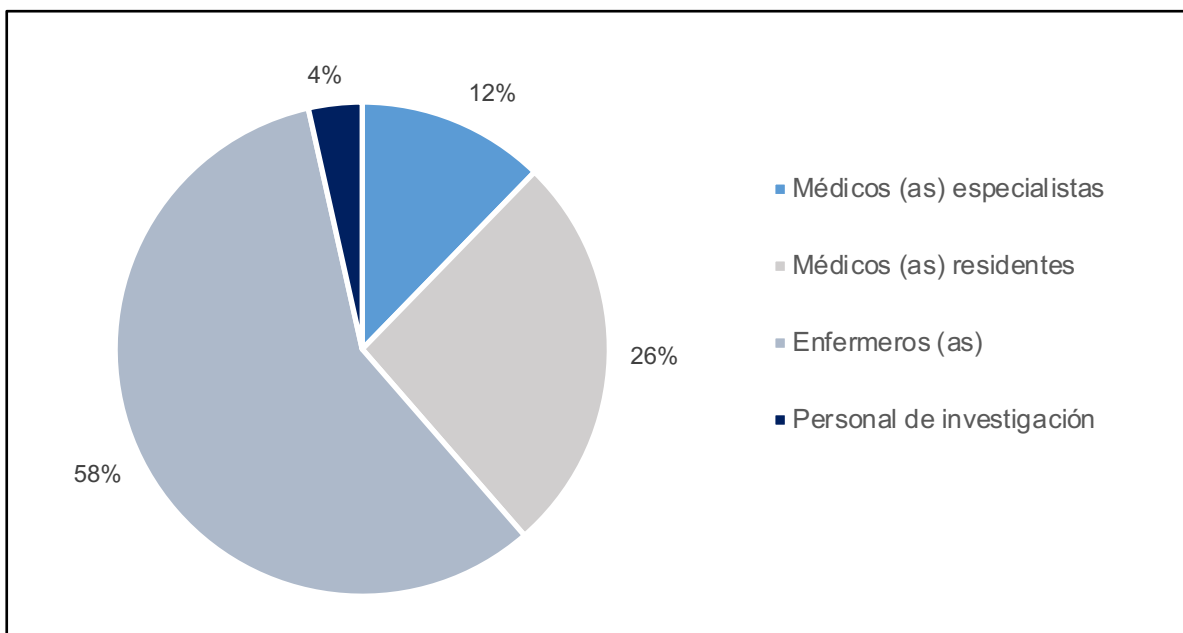


Fuente: elaboración propia.

7.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Respecto a la distribución por puesto de trabajo, se observó que el grupo más numeroso fue el personal de enfermería con 58% (33), seguido de los médicos(as) residentes con 26% (15), los médicos(as) especialistas con 12% (7) y los miembros de investigación con solo 4% (2) (figura 7). La edad promedio de los encuestados fue de 38 años (DE ± 7.8), edad mínima de 22 y máxima de 56. Del total, 78.9% (45) fueron mujeres y 21.1% hombres (12). En cuanto al grado de escolaridad, 45.6% (26) contaba con licenciatura, seguido de 24.6% (14) con un nivel técnico, 21.1% (12) con especialidad y un 8.8% (5) con estudios de posgrado. La mayoría de los profesionales, es decir, 91.2% (52) provenían de universidades nacionales. En relación con el turno de trabajo, 42.1% (24) atendían un horario matutino, 28.1% (16) ejercían sus actividades en el turno nocturno, 21.1% (12) afirmó contar con un horario cambiante y solo un 8.8% (5) laboraban en horario vespertino (tabla 9). El 100% de los profesionales confirmó interactuar de forma directa con los pacientes.

Figura 7. Resultados. Posición laboral de los participantes



Fuente: elaboración propia.

Tabla 9. Resultados. Información general de los participantes

Variable		Frecuencia	%
Edad			
Edad promedio	38		
Mínima	22		
Máxima	56		
DE	± 7.8		
Sexo			
	Masculino	12	21.1
	Femenino	45	78.9
	Total	57	100.0
Universidad de procedencia			
	Nacional	52	91.2
	Extranjera	5	8.8
	Total	57	100.0
Grado de estudios			
	Técnico	14	24.6
	Licenciatura	26	45.6
	Especialidad	12	21.1
	Maestría	3	5.3
	Doctorado	2	3.5
	Total	57	100.0
Turno laboral			
	Matutino	24	42.1
	Vespertino	5	8.8
	Nocturno	16	28.1
	Variado	12	21.1
	Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia.

Otros puntos explorados fueron el tiempo de labor en la institución, el servicio y, como tal, los años de ejercer la profesión. En relación con la vinculación al HGM, 37% (21) aseguró llevar trabajando entre 1 y 5 años dentro del hospital, otro 37% (21) ha laborado entre 6 y 20 años en la institución, 19% (11) contaba con 21 años o más asociados al HGM y solo 7% (4) ha permanecido menos de un año en la institución. Por lo que se refiere a la antigüedad en la unidad de nefrología, casi la mitad, es decir, 45.6% (26) ha colaborado 6 años o más con el servicio, un 42% (24) entre 1 y 5 años, y únicamente 12.3% (7) ha trabajado menos de 12 meses en el área de nefrología. Acerca de los años de ejercicio profesional, 42% (24) contaba con 1 a 10 años de experiencia en su profesión, 28% (16) entre 11 y 20

años, mientras que un destacado 30% (17) ha desempeñado actividades profesionales durante 21 años o más (tabla 10).

Tabla 10. Resultados. Antigüedad en la institución, servicio y profesión

Tiempo (años)	Institución (HGM)		Servicio (nefrología)		Profesión	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 1 año	4	7%	7	12.3%	0	0%
De 1 a 5 años	21	37%	24	42%	9	16%
De 6 a 10 años	9	16%	8	14%	15	26%
De 11 a 15 años	4	7%	7	12.3%	9	16%
De 16 a 20 años	8	14%	7	12.3%	7	12%
21 años o más	11	19%	4	7%	17	30%
Total	57	100%	57	100%	57	100%

Fuente: elaboración propia.

En consideración con las horas de trabajo semanales, 51% (29) del personal sanitario declaró laborar entre 40 y 59 horas por semana, 37% (21) osciló entre las 60 y las 99 horas y solo 12% (7) afirmó trabajar 39 horas o menos semanalmente (tabla 11).

Tabla 11. Resultados. Número de horas laborales a la semana

Horas / semana	Frecuencia	%
Menos de 20 horas a la semana	0	0%
De 20 a 39 horas a la semana	7	12%
De 40 a 59 horas a la semana	29	51%
De 60 a 79 horas a la semana	17	30%
De 80 a 99 horas a la semana	4	7%
100 horas a la semana o más	0	0%
Total	57	100%

Fuente: elaboración propia.

7.2. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA DE ESTUDIO

Por otra parte, se indagó entre los encuestados una posible introducción previa al tema de estudio, para lo cual, se les interrogó acerca de capacitaciones realizadas sobre SP, a lo que 86% (49) respondió haber recibido dichas actividades formativas; en tanto que, un 80.7% (46) ya había escuchado anteriormente sobre CSP (tabla 12).

Tabla 12. Resultados. Contacto previo con el tema de investigación

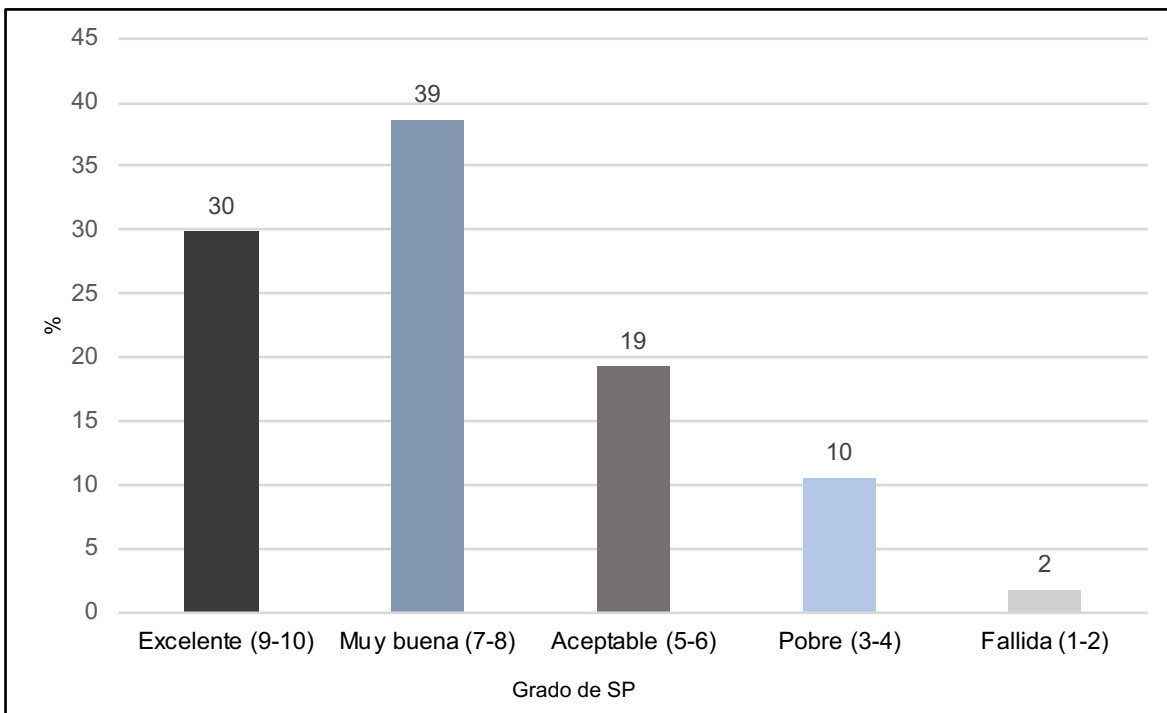
Variable	Frecuencia	%
Capacitaciones sobre SP		
Sí	49	86.0
No	8	14.0
Total	57	100.0
Conocimiento previo sobre CSP		
Sí	46	80.7
No	11	19.3
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia.

7.3. GRADO GENERAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La percepción global de SP alcanzó una media de 7.1 (en un rango de 0 a 10), con un 25% de los encuestados que otorgaron una puntuación por debajo de 6 y otro 25% por arriba de 9. Para fines comparativos se reagruparon los valores obtenidos a partir de la escala de Likert de cinco puntos empleada por la encuesta original (figura 8).

Figura 8. Resultados. Grado de SP asignado al servicio

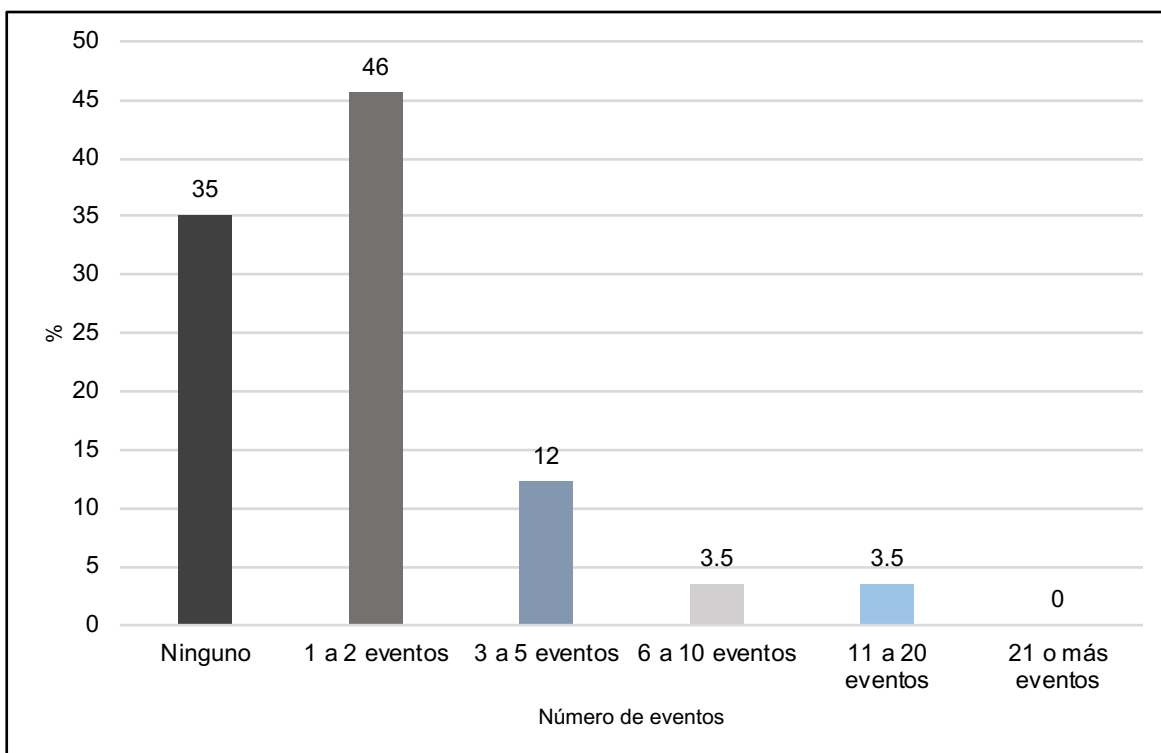


Fuente: elaboración propia.

7.4. REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Según los encuestados, 46% (26) manifestó haber reportado 1 a 2 incidentes o EA en el último año y solo un 19% (11) reportó más de tres, en cambio, 35% (20) de los profesionales aseveró no haber notificado ninguno (figura 9).

Figura 9. Resultados. Cantidad de eventos reportados en el último año



Fuente: elaboración propia.

7.5. RESULTADOS PARA LOS ÍTEMS DE LAS DIMENSIONES QUE INTEGRAN LA CSP

7.5.1. Dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”

Un promedio de 56.3% de los profesionales encuestados respondió positivamente a esta dimensión, lo que significa que han percibido apoyo mutuo, trato con respeto y trabajo en equipo por parte de sus compañeros en el servicio. En cuanto a la evaluación para cada ítem, el porcentaje de respuestas positivas también osciló alrededor de 50%, siendo el trato respetuoso el mejor valorado con 59.6% (tabla 13).

Tabla 13. Resultados de la dimensión
“Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
A1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente. (redactado positivamente)	35.1%	7%	57.9%
A3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo. (redactado positivamente) ‡	44.6%	1.8%	53.6%
A4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto. (redactado positivamente)	33.3%	7%	59.6%
A11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden. (redactado positivamente)	36.8%	8.8%	54.4%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 56.3%			

‡ un dato faltante.

Fuente: elaboración propia.

7.5.2. Dimensión “Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP”

El 68% de los profesionales percibió que los jefes o encargados del servicio consideran las sugerencias orientadas a mejorar la SP, reconocen el esfuerzo de los mismos por realizar procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP; siendo así, la segunda dimensión mejor valorada del cuestionario. El porcentaje de respuestas positivas para los ítems superó el 60% en todos los casos, llegando a 75.4% la apreciación positiva sobre los responsables de la unidad respecto a la aceptación de sugerencias que fortalezcan la SP (tabla 14).

Tabla 14. Resultados de la dimensión
“Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
B1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de SP establecidos. (redactado positivamente)	22.8%	8.8%	68.4%
B2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. (redactado positivamente)	19.3%	5.3%	75.4%
B3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la SP. (redactado negativamente)	26.3%	12.3%	61.4%
B4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de SP que ocurren una y otra vez. (redactado negativamente)	21.1%	12.3%	66.7%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 68%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.3. Dimensión “Aprendizaje organizacional / Mejora continua”

Con un promedio de 76% de respuestas positivas “Aprendizaje organizacional y mejora continua” obtuvo la valoración más alta para las doce dimensiones. Este 76% del personal consideró que los errores acontecidos dentro del servicio han conducido a cambios positivos los cuales se evalúan por efectividad. En cuanto a los ítems que la integran, los tres superaron el 68% de respuestas afirmativas, percibiendo hasta con un 87.7% las acciones activas en pro de la SP (tabla 15).

Tabla 15. Resultados de la dimensión
“Aprendizaje organizacional / Mejora continua”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
A6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes. (redactado positivamente)	1.8%	10.5%	87.7%
A9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo. (redactado positivamente)	19.3%	12.3%	68.4%
A13. Después de que hacemos cambios para mejorar la SP, evaluamos su efectividad. (redactado positivamente)	15.8%	12.3%	71.9%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 76%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.4. Dimensión “Apoyo de la dirección del hospital para la SP”

El 57.9% de los participantes consideró que la dirección del hospital provee un clima de trabajo que promueve la SP y un 56.1% percibió que las acciones de los directivos imponen a la SP como prioridad. Sin embargo, 57.9% expresó que la gerencia del hospital muestra interés por el tema solo después de que ocurre un EA. En general, la dimensión se valoró con un promedio de 49.7% de respuestas positivas, lo que representa que la mitad de los entrevistados han percibido el apoyo para la SP por parte de la gestión del HGM (tabla 16).

Tabla 16. Resultados de la dimensión
“Apoyo de la dirección del hospital para la SP”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
F1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la SP. (redactado positivamente)	33.3%	8.8%	57.9%
F8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la SP es de alta prioridad. (redactado positivamente)	26.3%	17.5%	56.1%
F9. La dirección del hospital parece interesada en la SP, solo después de que ocurre un evento adverso. (redactado negativamente)	57.9%	7%	35.1%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 49.7%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.5. Dimensión “Percepción general de la SP”

El 52.6% de los encuestados tuvo una percepción general positiva de la SP. Por lo que se refiere a los ítems, 68.4% afirmó que los procedimientos y sistemas son efectivos para prevenir errores, no obstante, solo un 40.4% negó la existencia de problemas relacionados con la SP en su área de trabajo. Casi la mitad de los profesionales (47.4%) aseguró que en el servicio no se pone en riesgo al paciente como consecuencia de la carga laboral, pero un 31.6% consideró que solo por casualidad no ocurren errores graves en la unidad (tabla 17).

Tabla 17. Resultados de la dimensión
“Percepción general de la SP”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
A10. En mi área o servicio solo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad. (redactado negativamente)	31.6%	14%	54.4%
A15. En nuestro servicio la SP nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo. (redactado positivamente)	43.9%	8.8%	47.4%
A17. Tenemos problemas con la SP en esta área. (redactado negativamente)	47.4%	12.3%	40.4%
A18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir. (redactado positivamente)	17.5%	14%	68.4%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 52.6%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.6. Dimensión “Retroalimentación y comunicación de errores”

El 64.9% de los participantes respondió positivamente a esta dimensión, reiterando que en la unidad existe retroalimentación y comunicación de errores, lo que la coloca como la tercera dimensión mejor valorada. En relación con los ítems, 59.6% manifestó que dentro del servicio se discuten acciones para prevenir errores, un 66.7% coincidió en que se les advierte sobre los errores acontecidos, en tanto que 68.4% declaró estar informado sobre los cambios realizados en la unidad a partir de los incidentes notificados (tabla 18).

Tabla 18. Resultados de la dimensión
“Retroalimentación y comunicación de errores”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
C1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio. (redactado positivamente)	7%	24.6%	68.4%
C3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio. (redactado positivamente)	3.5%	29.8%	66.7%
C5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer. (redactado positivamente)	10.5%	29.8%	59.6%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 64.9%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.7. Dimensión “Grado de apertura en la comunicación”

El 50.3% de los profesionales sanitarios evaluó de forma positiva la apertura en la comunicación. Para los ítems, 63.2% aseguró sentirse en plena libertad de expresarse ante situaciones que generen condiciones negativas para los pacientes, un 47.4% confirmó no tener miedo de cuestionar sobre algo que se lleve a cabo equivocadamente, pero esta cifra disminuyó a 40.4% al sentirse libres de interrogar las decisiones tomadas por sus superiores (tabla 19).

Tabla 19. Resultados de la dimensión
“Grado de apertura en la comunicación”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
C2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente. (redactado positivamente)	12.3%	24.6%	63.2%
C4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. (redactado positivamente)	31.6%	28.1%	40.4%
C6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho de forma incorrecta. (redactado negativamente)	17.5%	35.1%	47.4%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 50.3%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.8. Dimensión “Frecuencia de incidentes reportados”

En cuanto a la frecuencia de incidentes reportados, 55% de los entrevistados declaró notificarlos siempre o la mayoría de las veces. Acerca de las respuestas positivas por ítem, 59.6% expresó reportar habitualmente los errores que se estima, pudieron haber dañado al paciente, pero no lo hicieron; un 57.9% manifestó informar los errores detectados y corregidos antes perjudicar a los pacientes; en tanto que 47.4% aseveró comunicar con frecuencia los errores que se espera, no afecten al paciente (tabla 20).

Tabla 20. Resultados de la dimensión
“Frecuencia de incidentes reportados”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
D1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿Qué tan frecuente se reporta? (redactado positivamente)	17.5%	24.6%	57.9%
D2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta? (redactado positivamente)	28.1%	24.6%	47.4%
D3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta? (redactado positivamente)	17.5%	22.8%	59.6%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 55%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.9. Dimensión “Trabajo en equipo entre las unidades/servicios”

Únicamente 43.9% del personal encuestado valoró positivamente el trabajo en equipo entre los servicios, lo que coloca a la dimensión dentro de las tres con el menor porcentaje de respuestas positivas. Un 43.9% de los profesionales admitió percibir una buena cooperación entre las unidades, aunque manifestaron que a menudo es desagradable trabajar con el personal de otro servicio. No obstante, 52.6% afirmó que las unidades del hospital laboran bien juntas a fin de otorgar el mejor cuidado a los pacientes. Respecto a la percepción sobre la coordinación entre las áreas del hospital, esta obtuvo 35.1% de respuestas positivas (tabla 21).

Tabla 21. Resultados de la dimensión
“Trabajo en equipo entre las unidades/servicios”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
F2. Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas. (redactado negativamente)	49.1%	15.8%	35.1%
F4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas. (redactado positivamente)	40.4%	15.8%	43.9%
F6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital. (redactado negativamente)	31.6%	24.6%	43.9%
F10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes. (redactado positivamente)	36.8%	10.5%	52.6%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 43.9%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.10. Dimensión “Suficiencia de personal”

Menos de la mitad de los entrevistados (44.3%) valoró de manera positiva la dimensión “Suficiencia de personal”. Sobre los resultados por ítem, 43.9% asumió que se cuenta con el personal suficiente para hacer frente a la carga de trabajo, por el contrario, 40.4% aseguró que se labora más tiempo de lo adecuado para atender al paciente. Un 56.1% negó la participación de profesionales temporales en la atención de los pacientes, mientras que 54.4% expresó trabajar constantemente en “modo de crisis” haciendo mucho y muy rápido (tabla 22).

Tabla 22. Resultados de la dimensión
“Suficiencia de personal”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
A2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo. (redactado positivamente)	49.1%	7%	43.9%
A5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	40.4%	14%	45.6%
A7. Utilizamos más personal temporal o eventual de lo que es mejor para atender al paciente. (redactado negativamente)	21.1%	22.8%	56.1%
A14. Con frecuencia trabajamos como en “forma de crisis” tratando de hacer mucho y muy rápidamente. (redactado negativamente)	54.4%	14%	31.6%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 44.3%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.11. Dimensión “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”

Solo un 31.6% calificó positivamente la dimensión “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios”, situándola como la segunda menos valorada. Por otro lado, para los ítems, 56.1% del personal encuestado consideró la existencia de problemas durante el intercambio de información y pérdida de la misma cuando se transfiere a los pacientes a través de los servicios del hospital. Además, un 45.6% coincidió en que tal información se extravía durante los cambios de turno, en tanto que 61.4% percibió como problemáticas las entregas de turno (tabla 23).

Tabla 23. Resultados de la dimensión
“Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
F3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital. (redactado negativamente)	56.1%	14%	29.8%
F5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención del paciente durante los cambios de turno. (redactado negativamente)	45.6%	19.3%	35.1%
F7. Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital. (redactado negativamente)	56.1%	12.3%	31.6%
F11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital. (redactado negativamente)	61.4%	8.8%	29.8%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 31.6%			

Fuente: elaboración propia.

7.5.12. Dimensión “Respuesta no punitiva a los errores”

Con 31% de contestaciones positivas “Respuesta no punitiva a los errores” fue la menor puntuada del total de las doce dimensiones. En cuanto a los ítems, 54.4% de los participantes declaró percibir que los errores cometidos son tomados en su contra, un 59.6% afirmó tener la sensación de reportar a la persona y no al problema al momento de informar sobre un accidente, mientras que al 61.4% de los encuestados le ha preocupado que los errores efectuados sean incluidos en su archivo laboral (tabla 24).

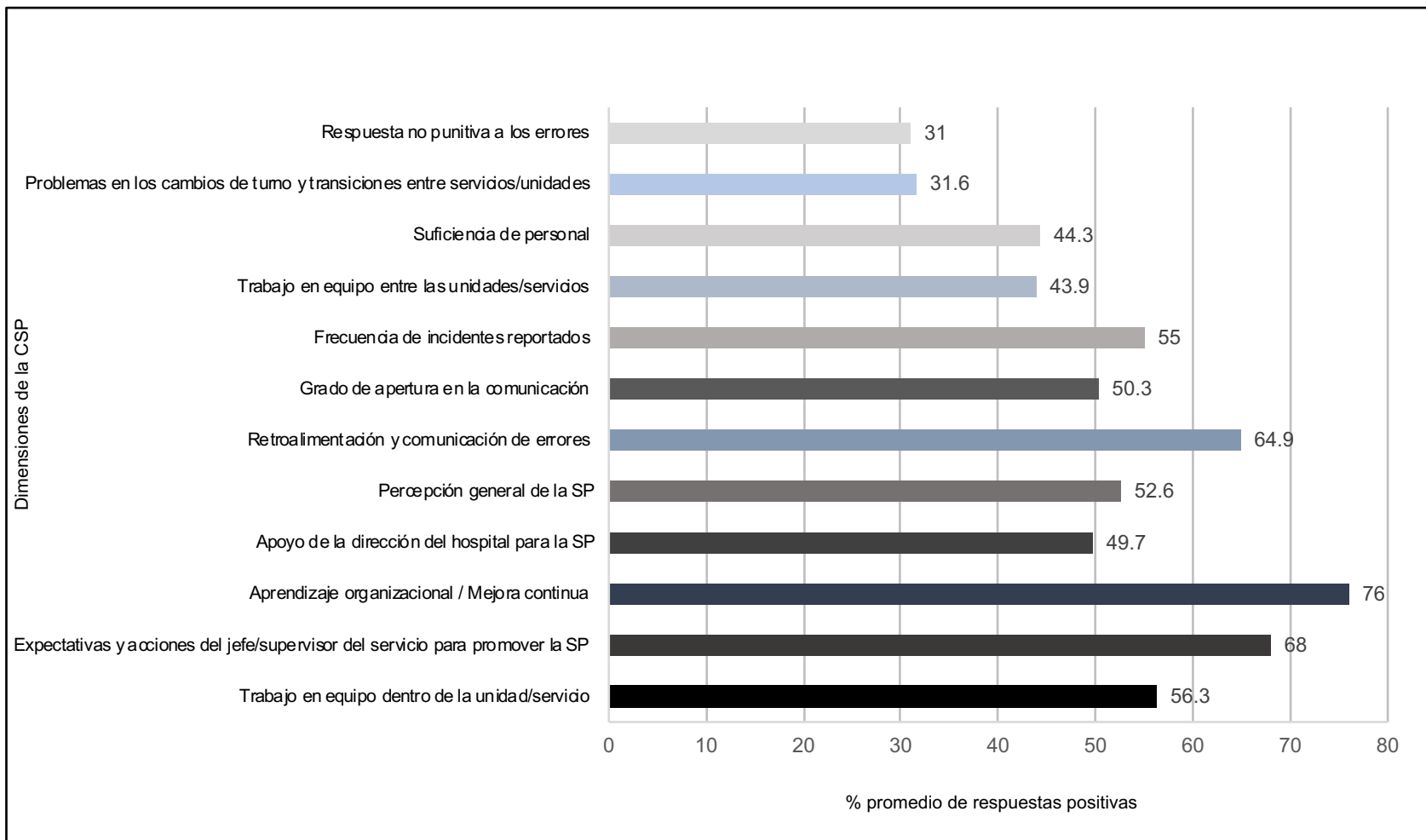
Tabla 24. Resultados de la dimensión
“Respuesta no punitiva a los errores”

Ítems	% de respuestas negativas	% de respuestas neutras	% de respuestas positivas
A8. El personal siente que los errores son utilizados en su contra. (redactado negativamente)	54.4%	12.3%	33.3%
A12. Cuando se informa de un accidente, se siente como que se reporta a la persona y no al problema. (redactado negativamente)	59.6%	3.5%	36.8%
A16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral. (redactado negativamente)	61.4%	15.8%	22.8%
PUNTUACIÓN COMPUESTA DE RESPUESTAS POSITIVAS = 31%			

Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes promedio de respuestas positivas para las 12 dimensiones oscilaron entre 31% y 76%. Aquellas con los puntajes positivos mayores fueron: “Aprendizaje organizacional / Mejora continua” (76%), “Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP” (68%) y “Retroalimentación y comunicación de errores” (64.9%). En cambio, las dimensiones: “Trabajo en equipo entre las unidades/servicios” (43.9%), “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” (31.6%) y “Respuesta no punitiva a los errores” (31%) obtuvieron los porcentajes positivos más bajos. Las seis dimensiones restantes se mantuvieron en torno a la media (44.3% - 56.3%) (Figura 10).

Figura 10. Resultados. Porcentajes promedio de respuestas positivas para cada dimensión de la CSP (HSOPSC)



Fuente: elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue describir la percepción sobre la CSP que tienen los profesionales sanitarios pertenecientes al servicio de nefrología del HGM. Se invitó a participar de manera voluntaria a 72 individuos entre médicos adscritos, personal de enfermería, miembros de investigación y residentes médicos. Al final, la tasa de respuesta fue de 79%, es decir, se incluyeron en el estudio 57 sujetos. Se utilizó el instrumento HSOPSC diseñado por la AHRQ de los EE. UU. (27) y propuesto por la DGCES para medir la CSP en los hospitales del SNS (19). Incluso, como se refirió en los antecedentes, diversos estudios alrededor del mundo han hecho uso del cuestionario (29-36).

En cuanto a los **resultados principales**, el grado general de SP asignado al servicio alcanzó una media de 7.1. Además, 35% de los encuestados afirmó no haber comunicado ningún incidente en los últimos 12 meses, mientras que un 46% manifestó haber reportado entre 1 y 2 incidentes. El porcentaje promedio de respuestas positivas para las 12 dimensiones se mantuvo en un rango de 31% a 76%. La dimensión mejor valorada fue “Aprendizaje organizacional y mejora continua” (76%), por el contrario, “Respuesta no punitiva a los errores” consiguió el porcentaje de respuestas afirmativas más bajo (31%). Todos los profesionales expresaron interactuar directamente con los pacientes.

Al contrastar estos resultados con otras investigaciones se observa que el **grado global de SP otorgado al servicio** (7.1) es muy similar al reportado por el MSPS de España donde el valor obtenido fue de 7 (30), así como, a los notificados por dos estudios mexicanos con medias de 6.8 y 6.9 (35, 36). No obstante, es importante señalar la existencia de diferencias en la presentación de este dato que, dependiendo de la adaptación de la encuesta, algunas publicaciones lo informan en escala Likert. Por otro lado, esta puntuación (7.1) es relevante debido a que refleja que los profesionales perciben fallas o aspectos a mejorar respecto a la SP.

En lo referente a la **cantidad de incidentes reportados en el último año**, 35% aseguró no haber notificado ninguno, cifra que se acerca a la reportada en

otros estudios nacionales de 34.2% a 46% (33, 35, 36). En particular, todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio otorgan atención clínica, un aspecto importante ya que es aquí donde confluyen la mayoría de los riesgos para los pacientes con ERC.

La dimensión “**Aprendizaje organizacional y mejora continua**” obtuvo el porcentaje más alto de respuestas positivas, lo que significa que 76% de los encuestados percibe que los errores acontecidos dentro del servicio han conducido a cambios positivos, evaluándose su efectividad. Este resultado concuerda con lo encontrado por Fajardo-Dolci y colaboradores quienes reportaron a esta dimensión como la mejor puntuada (33); incluso se ubica dentro de las tres dimensiones más altas en la mayoría de las publicaciones (30-32, 35-37).

Contrariamente, la dimensión más baja fue “**Respuesta no punitiva a los errores**” revelando que 69% del personal considera que sus errores y reportes de eventos son tomados en su contra y mantenidos en su archivo laboral. Tal hallazgo concuerda con varios de los estudios internacionales en donde se sitúa dentro de los valores positivos más bajos (29, 31, 32), sin embargo, en tres de las investigaciones mexicanas se coloca como la menos valorada de las 12 dimensiones, lo que pudiera evidenciar un problema de contexto cultural (34-36). Al mismo tiempo, el temor a sanciones pudiera tener relación con que 35% de las personas no han comunicado incidentes en los últimos doce meses.

Una dimensión menor puntuada en comparación con otros estudios fue “**Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio**” con un 56.3% de respuestas positivas. Fajardo-Dolci *et al.* la notificaron con un 66% (33), en tanto que el personal encuestado en Indonesia la valoró hasta con 92% de opiniones a favor (32). De hecho, fue la dimensión mejor calificada en ocho de las nueve publicaciones revisadas. Esto es destacable debido a que la OMS considera el mal trabajo en equipo como una circunstancia que desempeña un papel en el origen o la evolución de un incidente, aumentando el riesgo de que se produzca. Asimismo, el buen trabajo en equipo es visto como un factor atenuante que previene o modera la progresión de un incidente hacia generación de un daño al

paciente (11). Por tal motivo, se debe prestar atención a la gestión de equipos de trabajo dentro del servicio de nefrología.

Respecto a la percepción sobre la **“Suficiencia del personal”**, solo 44.3% coincidió con que se cuenta con el personal suficiente para afrontar la carga de trabajo y que la cantidad de horas laborales son adecuadas para brindar la mejor atención a los pacientes, lo que significa que el restante 55.7% no concuerda con ello. Otros estudios comunican cifras entre 23% y 61%, siendo de las dimensiones menor puntuadas en la mayoría de los mismos. Tal percepción acerca de la cantidad de personal en el servicio se puede analizar en conjunto con las horas laborales reportadas, puesto que 51% expresó trabajar de 40 a 59 horas a la semana y un considerable 30% entre 60 y 79 horas. Por otra parte, el servicio otorga diariamente una media de 70 consultas de especialidad, atiende a más de 30 hospitalizados, hemodializa un promedio de 50 personas, además de dar seguimiento y capacitaciones a pacientes de diálisis peritoneal y cuidadores; esto para una plantilla de 72 profesionales clínicos repartidos en cuatro turnos laborales. Lo anterior pudiera vincularse con la percepción de los encuestados, evidenciando una posible sobrecarga de trabajo y la falta de personal para hacerle frente.

En lo relativo a las **“Expectativas y acciones del jefe/ supervisor del servicio para promover la SP”**, 68% afirmó que los jefes o gerentes de la unidad consideran las sugerencias que realizan, los elogian por seguir los procedimientos de SP y no pasan por alto los problemas referentes al tema, alcanzando así, el segundo porcentaje de respuestas positivas más alto. Este resultado coincide con los hallazgos de ciertos autores que revelan cifras de 44% a 73%, colocándose también entre las dimensiones mejor percibidas.

En cuanto a la tercera valoración más alta, la dimensión **“Retroalimentación y comunicación de errores”** obtuvo 64.9% de respuestas positivas. Otras investigaciones la ubican en un amplio rango que va desde 20% según Ibarra-Cerón *et al.* (34) hasta 72% de acuerdo con Irviranty y otros (32). Incluso, mantiene porcentajes bajos en dos publicaciones mexicanas (33, 34). Conviene señalar que, a pesar de percibir una respuesta punitiva en el servicio,

los incidentes que se logran reportar son comunicados a los trabajadores quienes reciben retroalimentaciones sobre los cambios implementados y discuten acciones para su prevención. Tales cambios, además, son considerados como positivos y evaluados conforme se apreció en la dimensión “Aprendizaje organizacional / Mejora continua”.

Al mismo tiempo, para el “**Grado de apertura en la comunicación**” solo un 50.3% de los participantes admitió sentirse en libertad de hablar frente a situaciones que puedan afectar a un paciente y cuestionar a sus superiores. En contraste con otros estudios, el promedio de porcentajes positivos para esta dimensión es variado, entre 21% y 69%. Fajardo-Dolci y colaboradores argumentan que se precisa de una comunicación óptima si se pretende que el personal sea partícipe en cambios decisivos que mejoren la SP (33).

Por lo que se refiere a la “**Frecuencia de incidentes reportados**”, 55% manifestó notificarlos siempre o la mayoría de las veces. Sobre esta dimensión, la mayoría de los autores informan datos semejantes en torno a la media (29, 30, 33, 36, 37). Específicamente, los errores que menos se informan en el servicio de nefrología analizado son los que se estima no pueden dañar al paciente (47.4%). Es destacable que, a pesar de que 100% de los profesionales entrevistados mantienen contacto directo con los pacientes, casi la mitad de ellos no reportan los incidentes acontecidos en su área. A su vez, como ya se aludió, un 35% expresó no haber comunicado ningún incidente en el último año. Es necesario indagar las causas del no reporte, ya que posiblemente existan otras además de la respuesta punitiva.

Las dimensiones ya desarrolladas describen la percepción de la CSP a nivel de la unidad o área de trabajo; la última de ellas es “**Percepción general de SP**” que recibió 52.6% de respuestas afirmativas, es decir, solo este porcentaje de profesionales reconoce que los procedimientos y sistemas son buenos para prevenir errores y hay una ausencia de problemas de SP en la unidad. Los resultados mostrados por distintas investigaciones la sitúan con 48% a 67% de respuestas positivas, mientras que los nacionales se acercan aún más (46%-62%) (33-36). Así pues, la mitad del personal encuestado percibe la existencia de

riesgos de daños innecesarios para los pacientes relacionados con la atención sanitaria otorgada por el servicio de nefrología. Se debe subrayar que dentro de la unidad de trabajo (el servicio de nefrología) se localizan las dimensiones mayor y menor puntuadas; ya que, si bien, se valoran de manera positiva el aprendizaje organizacional y la mejora continua, esto se ve limitado por el miedo a las acciones punitivas y la insuficiencia de personal.

Con respecto a las dimensiones que describen la percepción de la CSP a nivel del hospital, **“Apoyo de la dirección del hospital para la SP”** recibió 49.7% de respuestas positivas. Esto demuestra que tal cifra de encuestados perciben el compromiso de la Subdirección Médica “A” y de la Dirección Médica del HGM con promover y priorizar la SP en la institución. Se debe agregar que parte de las acciones que influyen en la SP son responsabilidad de la gerencia del hospital, puesto que tiene injerencia en la disponibilidad y difusión de políticas, protocolos y procedimientos; la promoción de los sistemas de registro de EA; la organización de los servicios; la disponibilidad y distribución de recursos materiales y humanos; y la gestión de la carga laboral. Sin embargo, este resultado únicamente describe la percepción de los encuestados y no evalúa de forma directa las acciones de dichas direcciones. Acerca de los hallazgos de otros autores para esta dimensión, cinco de los nueve estudios revisados obtuvieron porcentajes positivos mayores a 60% (32, 33, 35-37).

Por su parte, la dimensión **“Trabajo en equipo entre las unidades/ servicios”** mostró un 43.9% de respuestas afirmativas. Comparado con el trabajo en equipo dentro del propio servicio de nefrología (56.3%), la percepción del trabajo en conjunto a través de las unidades es menor. Siendo el HGM un hospital de concentración al cual le compete otorgar atención médica general y especializada, además del desarrollo de actividades de investigación, capacitación y formación de recursos humanos, la coordinación y cooperación entre los distintos servicios es necesaria para la continuidad de la prestación de cuidados a través del hospital. Constantemente, la mayoría de los servicios del HGM, incluyendo el de nefrología se apoyan de otras unidades para realizar actividades de diagnóstico y tratamiento, asimismo, presentan una clara conexión con las

áreas de urgencias y consulta externa, razón por la que es indispensable fomentar la responsabilidad compartida y el buen trabajo en equipo entre los mismos (30). La evidencia de otras publicaciones la colocan con 40% a 70% de percepciones positivas, en tanto que en estudios mexicanos ronda en 50% (33-35).

Centrándose en la dimensión **“Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades”**, se observó que solo 31.6% considera que la información importante sobre la asistencia del paciente se transmite de manera adecuada entre los servicios del hospital y durante la transferencia de turnos, convirtiéndola en la segunda dimensión con las respuestas positivas más bajas. Concretamente, un paciente renal debe transitar en un inicio por la unidad de consulta externa o urgencias para llegar al servicio de nefrología y ser atendido en hospitalización o hemodiálisis, retornando, una vez dado de alta, a consulta externa como subsecuente o derivándose al área de diálisis peritoneal y en su caso, hemodiálisis programadas. Se deben revisar y coordinar los procesos de aquellas áreas vinculadas al servicio de nefrología para evitar la pérdida de información durante el traspaso de pacientes y los cambios de turno. En cuanto a los hallazgos de otras investigaciones, esta dimensión mantiene valores entre 36% y 57% (29-36).

Considerando el **contacto previo de los profesionales encuestados con el tema de estudio**, 86% afirmó haber recibido capacitaciones sobre SP, al tiempo que 80.7% mencionó tener un conocimiento anticipado acerca de la CSP. Si bien, es destacable que gran parte del personal esté concientizado sobre el tema, los resultados anteriores muestran que el grado global de SP asignado al servicio es de 7.1 (en una escala de 0 a 10). En consecuencia, se observa una ventana de oportunidad para que el personal vinculado con el servicio de nefrología emprenda acciones de mejora en aquellos puntos o dimensiones mal valoradas. Se recomienda manejar de forma multidisciplinaria el trabajo en equipo, entre médicos(as) residentes, enfermeros(as), médicos(as) especialistas y el personal restante con el fin de evitar la segmentación del servicio. Más aún, tratar la SP como un tema de equipo asumiendo que todos son responsables de la

misma, lo cual podría evitar el miedo a las sanciones, mejorar la comunicación y el reporte de incidentes.

En relación con los **años de antigüedad en la institución, en el servicio y la profesión**, como es natural, un porcentaje mayor de los entrevistados llevan ejerciendo sus actividades profesionales más tiempo de lo que han permanecido en la institución y el servicio, ya que 58% ha desarrollado su profesión desde hace 11 años o más, 40% ha permanecido el mismo tiempo en el HGM y un 31.6% ha trabajado en el área de nefrología cerca de 11 o más años. Esto evidencia que un porcentaje importante del personal encuestado tiene una amplia experiencia en el ejercicio profesional y posiblemente, cierto sentido de pertenencia hacia la institución, lo cual pudiera ser provechoso para la SP, pero también pudiera implicar un factor de resistencia al cambio. Simultáneamente, siete individuos declararon tener una antigüedad menor a un año en el servicio de nefrología y 24 personas más refirieron tener colaborando de uno a cinco años en la unidad. Describir la variación de la percepción de la CSP entre los recién llegados y el personal veterano, podría indicarnos cómo se da la trasmisión de los elementos culturales en la organización.

No se buscaron resultados por tipo de personal debido a que el objetivo de la investigación fue describir la CSP del servicio de nefrología en su conjunto. La AHRQ no hace una recomendación específica respecto a la frecuencia de aplicación de la encuesta HSOPSC, no obstante, señala que los hospitales que integran la base de datos de los EE. UU. son sometidos a su administración cada 24 meses y advierten no realizarla con menos de seis meses de diferencia.

8.1. Limitaciones

- Este estudio de caso proporciona un diagnóstico sobre la CSP existente en el servicio de nefrología del HGM, puesto que caracteriza la percepción que tiene el personal sanitario sobre la misma. Se debe subrayar que los resultados alcanzados no son aplicables a otras organizaciones similares, ni generalizables para el propio hospital.
- Dado que, el objetivo de esta investigación fue describir la percepción de la CSP de los profesionales sanitarios, no se estimó la consistencia interna del instrumento HSOPSC, sin embargo, no se desconoce como limitante.
- Al tiempo de ser encuestados, algunos individuos manifestaron lo extenso del cuestionario HSOPSC, haciéndolo tedioso y agotador.
- No se pueden establecer comparaciones directas, ya que el instrumento de recolección HSOPSC ha sido modificado en los diferentes estudios publicados y, por otro lado, la forma de presentación de los datos difiere entre los mismos.
- La encuesta HSOPSC únicamente mide percepción y no el concepto integral de CSP (el cual contempla un producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento tanto individuales como colectivos), siendo necesario desarrollar un estudio con un enfoque mixto dada la complejidad del término.

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran un diagnóstico inicial sobre la percepción de la CSP de los profesionales sanitarios asociados al servicio de nefrología del HGM. Se observó que estos individuos valoran positivamente las retroalimentaciones derivadas de la notificación de los incidentes que ocurren dentro de la unidad, aceptando que ello conduce a cambios en pro de la SP. Además, perciben que sus supervisores directos permanecen pendientes de las sugerencias y los procedimientos orientados hacia la mejora de la SP, e inclusive, no minimizan los problemas acontecidos al respecto. No obstante, tales percepciones optimistas se ven afectadas por el temor a repercusiones en su expediente laboral, sumándose la sobrecarga de trabajo y la posible pérdida de información durante las transiciones de los pacientes entre los servicios y cambios de turno.

Así pues, lo anterior debe tomarse como aspectos de mejora que demanden la implementación de estrategias centradas en la mejora y educación continua, el cambio en las condiciones laborales que equilibren la cantidad actividades para el personal, el trabajo en equipo y la responsabilidad compartida y la promoción constante del reporte de incidentes, todo lo cual, fortalecerá la gestión de la seguridad dentro del servicio de nefrología.

El determinar la CSP del personal sanitario es una herramienta útil en la gestión de los servicios de salud, ya que evidencia parte de las acciones sobre SP dispuestas por las organizaciones, siendo así, un paso primordial para la toma de decisiones encaminadas a otorgar atención médica de calidad, sobretodo en los pacientes renales, en quienes su patología de base implica riesgos permanentes a lo largo del proceso asistencial.

REFERENCIAS

1. Hernández-Montes YM, Valle-Alonso J, García-Jiménez CM, Lopera-Lopera E, Luna-Chamizo R, Fernández-Bejarano JA. Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *Rev CONAMED*. 2013;18(4):148-56.
2. Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):331-2.
3. Lancis-Sepulveda ML, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Rev Calid Asist*. 2014;29(2):78-83.
4. Lucas-Imbernon FJ, Aranaz-Andres JM, Gea-Velazquez de Castro MT, Gallardo-Martinez D, Limon-Ramirez R, Garcia-Fernandez C. Plan de seguridad clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA). Diagnóstico inicial: estudio de eventos adversos. *Rev Calid Asist*. 2012;27(4):189-96.
5. Mulas-Lobato D, Roldán-Osuna J. Primum non nocere. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2009;56:67-8.
6. Arrizabalaga-Clemente P. Primum non nocere. Una reflexión sobre la aplicación del juramento hipocrático en la organización de las empresas sanitarias. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(5):181-3.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2000.
8. Muíño-Míguez A, Jiménez-Muñoz A, Pinilla-Llorente B, Durán-García M, Cabrera-Aguilar F, Rodríguez-Pérez M. Seguridad del paciente. *An Med Interna (Madrid)*. 2007;24:602-6.
9. World Health Organization. Resolution WHA55.18. Quality of Care: Patient Safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly. Resolutions and decisions; 13-18 May 2002. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. World Health Organization. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Geneva;2008 [cited 2017 14 junio]. Available from: http://who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
11. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
12. 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.
13. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare - 2010 Update: A Consensus Report Washington DC;: NQF; 2010 [cited 2017 16 junio]. Available from: https://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_Practices_for_Better_Healthcare.aspx.
14. Secretaría de Salud. Seguridad del Paciente Ciudad de México;2015 [cited 2017 18 junio]. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html.
15. Consejo de Salubridad General. Centenario del Consejo de Salubridad General 1917-2017 Ciudad de México, México.2017 [cited 2017 03 septiembre]. Available from: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/1.SiNaCEAM/HISTORICO/HISTORICO-web.pdf>.
16. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Gobierno de la República; 2013 [cited 2017 18 junio]. Available from: <http://pnd.gob.mx/>.
17. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Secretaría de Salud; 2013 [cited 2017 18 junio]. Available from: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html.

18. H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México: H. Congreso de la Unión; DOF 27-01-2017. [cited 2017 18 junio]. Available from: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf.
19. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. México: Secretaría de Salud; 2017 [cited 2017 18 junio]. Available from: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf.
20. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2010 [cited 2017 18 junio]. Available from: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/sirais/?id=1>.
21. Secretaría de Salud. Sistema de Registro de Eventos Adversos. México: Secretaría de Salud; 2016 [cited 2017 18 junio]. Available from: <http://desdgc.es.salud.gob.mx/srea/>.
22. Klinger AS. Patient Safety in the Dialysis Facility. *Blood Purif.* 2006;24:19–21.
23. Renal Physicians Association. Health and safety survey to improve patient safety in end stage renal disease. Report on the findings from the ESRD professional survey. Rockville, MD: Renal Physicians Association; 2007.
24. Consejo de Salubridad General. Certificación de Unidades de Hemodiálisis. Estándares 2015. Ciudad de México, México. 2015 [cited 2017 03 septiembre]. Available from: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hemodialisis/2015/2015-EstandaresHemodialisis.pdf>.
25. Pan American Health Organization. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica en México Ciudad de México, México. 2017 [cited 2017 04 septiembre]. Available from: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=463:catalogo-maestro-guias-practica-clinica-mexico&Itemid=499.
26. Skodova M, Velasco Rodriguez MJ, Fernandez 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.
27. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Rockville, MD [cited 2017 mayo 28]. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>.
28. 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 Services Research.* 2006;6(44).
29. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *int J Health Care Qual Assur.* 2007;20(7):620-32.
30. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: MSPS; 2009.
31. Khater WA, Akhu-Zaheya LM, Al-Mahasneh SI, Khater R. Nurses perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review.* 2015;62(1):82–91.
32. Irviranty A, Ayuningtyas D, Misnaniarti M. Evaluation of Patient Safety Culture and Organizational Culture as a Step in Patient Safety Improvement in a Hospital in Jakarta, Indonesia. *Patient Saf Qual Improv.* 2016;4(3):394-9.
33. 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(5):527-32.

34. Ibarra ME, Olvera V, Santacruz J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED*. 2011;16(2):65-73.
35. 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):52-8.
36. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro y Vázquez JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MÁ, et al. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED*. 2015;20(2):54-63.
37. Ulrich B, Kear T. Patient safety culture in nephrology nurse practice settings: Initial findings. *Nephrol Nurs J*. 2014;41(5):459-75.
38. López-Cervantes M, Rojas-Russell ME, Tirado-Gómez LL, Durán-Arenas L, Pacheco-Domínguez RL, Venado-Estrada AA. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
39. Tamayo-Orozco J, Lastiri-Quirós H. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM); 2016.
40. Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gómez-Acosta L, Gaona-Pineda E, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Informe final de resultados. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
41. Tirado-Gómez L, Durán-Arenas J, Rojas-Russell M, Venado-Estrada A, Pacheco-Domínguez R, López-Cervantes M. Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados. *Salud Publica Mex*. 2011;53 supl 4:491-8.
42. Poblete-Umanzor R, Conejeros-Fritz S, Corrales-Fernandez MJ, Miralles-Bueno JJ, Aranaz-Andres J. Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):359-66.
43. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
44. Chapin E, Zhan M, Hsu VD, Seliger SL, Walker LD, Fink JC. Adverse Safety Events in Chronic Kidney Disease: The Frequency of "Multiple Hits." *CJASN*. 2010;5(1):95-101.
45. Holley JL. A descriptive report of errors and adverse events in chronic hemodialysis units. *Nephrol News Issues*. 2006;20(12):57-63.
46. Patel PR, Yi SH, Booth S, Bren V, Downham G, Hess S, et al. Bloodstream infection rates in outpatient hemodialysis facilities participating in a collaborative prevention effort: a quality improvement report. *Am J Kidney Dis*. 2013;62(2):322-30.
47. Clancy CM. New research highlights the role of patient safety culture and safer care. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(3):193-6.
48. Donabedian A. El proceso de atención médica y su entorno. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica (trad de Álvarez B). México: Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.; 1988. p. 71-8.
49. Betancourt J. Cultural competence-marginal or mainstream movement? *N Engl J Med*. 2004;351:953-5.
50. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. The definition of quality and approaches to its assessment. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 3-6.

51. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2018 febrero 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
52. García-Pérez S, Sarría-Santamera A. Cultura organizacional en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio realizado en el marco del Foro Gerencia. Aten Primaria. 2015;47(3):185-6.
53. Davies H, Nutley S, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. Quality in Health Care : QHC,. 2000;9(2):111-9
54. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. Health Serv Res. 2003;38(3):923–45.
55. Carrada-Bravo T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Rev Med IMSS 2002;40(3):203-11.
56. Diccionario de la lengua española 23.^a ed. Madrid, España: RAE; 2017. Cultura.
57. Schein E. Organizational Culture and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
58. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2017 23 julio]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>.
59. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio MP. Metodología de la Investigación. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A. DE C.V., editor 2014.
60. Secretaría de Salud. Hospitales Federales de Referencia 2013 [cited 2017 mayo 27]. Available from: <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/referencia.html>.
61. Secretaría de Salud. Manual de Organización Específico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2017 [cited 2018 23 abril]. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/manual_org_hgm.pdf.
62. Secretaría de Salud. Informe de Autoevaluación Enero-Diciembre 2017 2018 [cited 2018 abril 23]. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/informes_junta/info_ene_dic_04_17.pdf.
63. Secretaría de Salud. Hospital General de México. Servicio de Nefrología 2018 [cited 2018 abril 24]. Available from: <http://www.hgm.salud.gob.mx/interna/unidades/nefro/nefro.html>.
64. Secretaría de Salud. Hospital General de México. Organigrama de la Dirección General Adjunta Médica [cited 2017 mayo 21]. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/organi_area_medica1.pdf.
65. Secretaría de Salud. Hospital General de México. Manual de Organización del Servicio de Nefrología 2017 [cited 2017 mayo 27]. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/nefro/ManOrgNefrologia.pdf.
66. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid;2005 [cited 2017 23 julio]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.
67. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2017 23 julio]. Available from: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario HSOPSC



Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México

Instrucciones

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital.

El contestarlo le tomará solo entre 10 y 15 minutos.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas consúltelas con el encuestador.

- Un **“incidente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente, desviación a la norma o falta de consideración en la atención del paciente, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- Un **“evento adverso”** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- **“Seguridad del paciente”** atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.
- **“Cultura de Seguridad del Paciente”** se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione “unidad”, usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sección A: Su área de trabajo

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene SOLO EL CÍRCULO QUE REFLEJE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO en relación a lo que se vive EN EL ÁREA DONDE USTED TRABAJA EN EL HOSPITAL. Observe que, en algunos casos, la respuesta que refleja la condición ideal es la que dice totalmente de acuerdo y en otras, por el contrario, la que dice totalmente en desacuerdo.

PIENSE EN ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente acuerdo
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Utilizamos más personal temporal o eventual, de lo que es mejor para atender al paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un incidente, se siente como que se está reportando a la persona y no el problema.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

PIENSE EN ÁREA DE TRABAJO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente acuerdo
13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Con frecuencia trabajamos como en "forma de crisis" tratando de hacer mucho y muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo, son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su supervisor/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN círculo.

PIENSE EN SU SUPERVISOR/JEFE	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente acuerdo
1. Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



Sección C: Comunicación

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

¿QUÉ TAN FRECUENTE OCURRE ESTO EN SU ÁREA DE TRABAJO?	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho en forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección D: Frecuencia de eventos reportados

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿Qué tan frecuentemente se reportan? Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca	Rara vez	A veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, de 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sección F: Su Hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones DE SU HOSPITAL (no de su unidad o área de trabajo). Marque su respuesta rellenando el círculo que corresponda.

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La dirección de este hospital proporciona 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. Las áreas o servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de pacientes durante los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Con frecuencia surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es gran prioridad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, solo después de que ocurre un evento adverso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ninguna	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de eventos reportados

En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Marque una sola respuesta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Ninguno | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 eventos |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 eventos | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 eventos |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 eventos | <input type="checkbox"/> f. 21 o más eventos |

Sección H: Información Complementaria

Esta información ayudará para el análisis de los resultados de la encuesta. Marque UNA respuesta relleno el círculo que corresponde.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en el que labora actualmente?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

3. ¿Habitualmente, cuántas horas trabaja por semana en este hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas a la semana | <input type="checkbox"/> d. De 60 a 79 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> b. De 20 a 39 horas a la semana | <input type="checkbox"/> e. De 80 a 99 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> c. De 40 a 59 horas a la semana | <input type="checkbox"/> f. 100 horas a la semana o más |



4. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en este hospital? Marque una sola respuesta.

- a. Enfermera general titulada
- b. Enfermera especialista titulada
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Médico residente
- e. Médico general
- f. Médico Especialista
- g. Directivo
- h. Otro, por favor, especifique: _____

5. ¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?

- Sí, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- NO, yo habitualmente NO tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

- a. Menos de 1 año
 - b. De 1 a 5 años
 - c. De 6 a 10 años
 - d. De 11 a 15 años
 - e. De 16 a 20 años
 - f. 21 años o más
- _____

INFORMACIÓN GENERAL

1.- Edad: _____

2.- Sexo:

- Masculino
- Femenino

3.- Universidad donde realizó sus estudios profesionales: _____

4.- Último grado de estudios:

- Técnico
- Licenciatura
- Especialidad
- Subespecialidad
- Maestría
- Doctorado
- Posdoctorado



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

5.- Turno en el que generalmente labora:

- Matutino Vespertino Nocturno Variado

6.- ¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque solo UNA respuesta.

- Servicio de Nefrología Dirección del Hospital
 Otro, por favor, especifique: _____

7.- ¿Ha recibido capacitaciones sobre Seguridad del Paciente?

- Sí No

8.- Antes de esta encuesta ¿había escuchado hablar sobre la Cultura de Seguridad del Paciente?

- Sí No

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

* Esta encuesta es una traducción realizada por la CONAMED, de la original elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

Anexo 2. Consentimiento Informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)

Proyecto de investigación sin riesgo de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

PRESENTACIÓN DEL ENCUESTADOR:

Buen día. Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación donde participan los siguientes investigadores: Dr. Rafael Valdez Ortiz, Servicio de Nefrología del Hospital General de México; Dra. Marcela Agudelo Botero, Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (UNAM), Médica General Diana Vázquez Moctezuma, Maestría en Gestión y Políticas de Salud (UNAM).

Mi nombres es Diana Vázquez Moctezuma. Soy parte del equipo de investigadores quienes actualmente estamos indagando acerca de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) ejercida por los profesionales sanitarios pertenecientes al Servicio de Nefrología del Hospital General de México.

I. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

El objetivo de este estudio es describir la Cultura de Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios que laboran en el Servicio de Nefrología del Hospital General de México. Este concepto hace referencia al conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta tanto individuales como grupales, los cuales determinan el compromiso con la gestión y la seguridad en la organización. Su participación es muy valiosa, ya que nos permitirá identificar las áreas de oportunidad relacionadas con la Cultura de Seguridad del Paciente a fin de reforzar las acciones orientadas a la mejora de la calidad de la atención del Servicio de Nefrología.

II. PROCEDIMIENTO

Se le entregará un cuestionario auto-administrable, el cual le llevará aproximadamente 15 minutos llevarlo a cabo. El cuestionario se encuentra compuesto por 58 preguntas, algunas relacionadas a su área de trabajo, otra respecto al grado de Seguridad del Paciente (SP) percibido en el servicio y una más acerca del número de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente reportados en los últimos 12 meses.

1 de 4



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)

El resto de las preguntas integran las 12 dimensiones que componen la Cultura de Seguridad del Paciente: 1) trabajo en equipo dentro del servicio, 2) expectativas y acciones del jefe del servicio para promover la Seguridad del Paciente, 3) aprendizaje organizacional / mejora continua, 4) apoyo de la dirección del hospital para la Seguridad del Paciente, 5) percepción general de la Seguridad del Paciente, 6) reatrolimentación y comunicación de errores, 7) grado de apertura en la comunicación, 8) frecuencia de incidentes reportados, 9) trabajo en equipo entre los servicios, 10) suficiencia de personal, 11) problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios, y 12) acciones no disciplinarias o de no castigo frente a los errores.

III. MOLESTIAS Y RIESGOS ESPERADOS

No existen ningún riesgo ni consecuencia laboral para usted por responder esta encuesta. Siéntase en completa libertad de aceptar o no participar en el presente estudio.

IV. BENEFICIOS

No obtendrá ningún beneficio directo por participar en el estudio, sin embargo, la información proporcionada servirá para generar evidencias que conduzcan a mejorar la calidad de la atención médica otorgada por el Servicio de Nefrología.

V. PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO

Usted esta en todo su derecho de participar o no en el estudio. Si decide participar, tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento y retirar su consentimiento.

VI. DUDAS Y ACLARACIONES

Durante la aplicación del cuestionario usted podrá preguntarme libremente las dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio. Asimismo, si en otro momento requiere de información adicional puede comunicarse con el **Dr. Rafael Valdez Ortiz**, Jefe de Nefrología del Hospital General de México al teléfono: 5521285063 o al correo electrónico: rafavaldez@gmail.com, quien es el investigador principal. También puede contactar al **Dr. Jesús Carlos Briones Garduño**, presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de México al teléfono: 27 89 20 00 ext. 1164.

2 de 4



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)

VII. PAGO POR SU PARTICIPACIÓN

Su participación en el estudio no implica costo alguno para usted ni tampoco obtendrá ninguna compensación económica por participar.

VIII. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La participación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito ajeno a esta investigación. Su nombre no será mencionado en los hallazgos del estudio ya que sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación siendo completamente confidenciales. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo o consecuencias financieras, laborales o profesionales. El análisis de los datos se realizará en conjunto y no de forma individual o personal. A su vez, los resultados del estudio podrían ser presentados en reuniones de investigación científica.

IX. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si tiene dudas sobre su participación puede ponerse en contacto con el investigador principal, **Dr. Rafael Valdez Ortiz**, Jefe de Nefrología del Hospital General de México al teléfono 5521285063 o al correo electrónico: rafavaldez@gmail.com.

De igual manera, si tiene dudas acerca de sus derechos como participante en la investigación, puede hablar con el **Dr. Rafael Valdez Ortiz** (investigador responsable) al teléfono 5521285063 y con el **Dr. Jesús Carlos Briones Garduño**, presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de México al teléfono: 27 89 20 00 ext. 1164.

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE
UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)**

Si está usted de acuerdo en participar en este estudio le pediremos que firme este documento del cual le daremos una copia.

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio “**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)**” **Mi participación es voluntaria.** He sido informado sobre el objetivo de la investigación, además he tenido la oportunidad de cuestionar mis dudas al respecto. Me han indicado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en el momento que así lo desee sin que esto cause inconvenientes hacia mi persona. Reconozco que la información proporcionada es estrictamente confidencial y no será usada para ningún propósito fuera de los de este estudio. Del mismo modo, se me ha informado que mi participación no tendrá consecuencias en mi situación laboral, financiera o profesional. Puedo solicitar información adicional si así lo requiero, para ello, puedo contactar al **Dr. Rafael Valdez Ortiz** al teléfono celular 044 5521285063. Si tengo preguntas acerca de mis derechos como participante en el estudio, puedo hablar con el presidente del Comité de Investigación del Hospital General de México, el **Dr. Jesús Carlos Briones Garduño** al teléfono: 27 89 20 00 ext. 1164. Debo informar a los investigadores que he leído y entendido toda información proporcionada sobre mi participación en la investigación, que he tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas siendo estas respondidas satisfactoriamente. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado. **Estoy de acuerdo en participar:**

Nombre y firma del participante

Fecha

Testigo 1

Nombre y firma

Fecha

Relación con el participante

Testigo 2

Nombre y firma

Fecha

Relación con el participante

4 de 4



Anexo 3. Documentos de aprobación del protocolo por los Comités de Investigación y Ética en Investigación del HGM

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



“2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”

**HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO**
DR. EDUARDO LICEAGA

No. de Of. CI/003/18
Ciudad de México a 16 de enero de 2018

DR. RAFAEL VALDEZ ORTIZ
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”
Dr. Balmis 148 Col. Doctores
Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06720
P R E S E N T E

Notificamos a usted la autorización del protocolo titulado: **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)”**

Esta carta tiene una vigencia de un año a partir de la fecha

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

“A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida”


DR. LUIS G. MOLINA FERNÁNDEZ DE LARA
El Presidente del Comité de Investigación



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.igps.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06720

T - 52 (55) 5034 8842
Cea - 52 (55) 2769 2000
Ext. 1164



No. de Of. CE/18/006
Ciudad de México a 17 de enero de 2018

DR. RAFAEL VALDÉZ ORTIZ
Servicio de Nefrología
Presente

Estimado Dr. Valdez:

Hacemos de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación aprobó su Protocolo titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)".

La última versión ha sido aprobada por el Comité de Ética en Investigación de este Hospital el día 16 de enero del presente, para su realización a cargo de usted en el Servicio de Nefrología.

Así mismo, el Consentimiento Informado ha sido revisado y aprobado por ser empleado en este ensayo.


Toda vez que el Protocolo original, sufra modificaciones, éstas deberán someterse a este Comité para su re-aprobación.

Agradeciendo a usted renovar la autorización de su ensayo al año de emitido este oficio, debiendo presentar anexo a su solicitud, un resumen del desarrollo de la investigación a su cargo.

Una vez que concluya el estudio le solicitamos amablemente nos envíe un informe de los resultados obtenidos.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente
"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"


DRA. CAROLINA GUZMÁN ARRIAGA

Secretaria del Comité de Ética en Investigación

CAGA/GMM/adg*



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACION
www.agn.salud.gob.mx

Dr. Balbuena 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3842
Can +52 (55) 2789 2000
Ext 1164



Of. No. DI/03/18/19

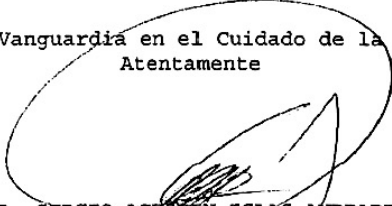
Ciudad de México a 23 de enero de 2018

DR. RAFAEL VALDEZ ORTIZ
Servicio de Nefrología
Presente

Estimado Dr. Valdez:

Se informa a usted que la última versión del protocolo titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)" con clave de registro DI/18/105-B/03/002, fue presentado a los Comités de Ética en Investigación y Comité de Investigación, quienes dictaminaron su **A P R O B A C I Ó N**. Por lo tanto, puede dar inicio a su investigación.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"
Atentamente


DR. SERGIO AGUSTÍN ISLAS ANDRADE
Con fundamento en lo establecido en el artículo 44
Del Estatuto Orgánico del Hospital General de México
El Dr. Guillermo Meléndez Nier, firma en suplencia del
Director de Investigación.

SALA/GMM/adg*



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.igym.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3842
Can +52 (55) 2789 2000
Ext 1164

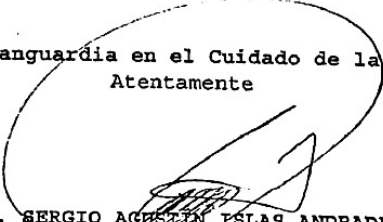


Ciudad de México a 23 de enero de 2018

DR. RAFAEL VALDEZ ORTIZ
Servicio de Nefrología
Presente

Por este conducto me permito informarle a usted que deberá conducir su protocolo de investigación de acuerdo a las Buenas Prácticas Clínicas. Por ser el expediente un documento auditable, le comunico que adquiere Usted la responsabilidad de incluir en el mismo, la nota de inicio del estudio y anexar copia debidamente firmada de la carta de consentimiento informado de su paciente y deberá incluir en el expediente clínico la identidad de la persona que brinda la información así como la que recaba la información. Así mismo que adquiere el compromiso de avisar a esta Dirección de Investigación por escrito, cuando inicie el protocolo, Así como el enviar los reportes parcial (al cumplir un año de aprobado) y/o final según sea el caso.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"
Atentamente


DR. SERGIO AGUSTÍN ISLAS ANDRADE
Con fundamento en lo establecido en el artículo 44
Del Estatuto Orgánico del Hospital General de México
El Dr. Guillermo Meléndez Mier, firma en suplencia del
Director de Investigación.

SAI/GMH/adg*



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.spm.salud.gob.mx

Dr. Bahías 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06736

T +52 (55) 5004 3842
Cen +52 (55) 2789 2000
Ext. 164



Ciudad de México a 23 de enero de 2018

DR. RAFAEL VALDEZ ORTIZ
Servicio de Nefrología
Presente

Se solicita que cada vez que se incluya un paciente en el protocolo titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA (HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO)", se informe a esta Dirección el nombre y número de expediente del mismo, para interrelacionarlo con la Jefatura de Trabajo Social y a la Unidad Contable de Proyectos.

Sin más por el momento, quedo de usted.

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"
Atentamente

DR. SERGIO AGUIRRE YSLAS ANDRADE
Con fundamento en lo establecido en el artículo 44
Del Estatuto Orgánico del Hospital General de México
El Dr. Guillermo Meléndez Nier, firma en suplencia del
Director de Investigación.

SAI/CBM/edg*



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.hgsa.salud.gob.mx

Dr. Salomé 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06716

T +52 (55) 5004 3842
Cen +52 (55) 2789 2000
Ext 1964

Anexo 4. Comparación de porcentajes promedio de respuestas positivas para cada dimensión de la CSP (HSOPSC).
Algunos estudios internacionales y nacionales sobre CSP

Dimensión	Autores									
	Hellings	Ministerio de Sanidad y Política Social de España	Khater	Irviranty	Fajardo-Dolci	Ibarra-Cerón	Pérez-Castro y Vázquez	Hamui-Sutton	Ulrich y Kear	NEFROLOGÍA HGM
Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	70 ¥	72	79	92	66	67 φ	71	78	81 φ	56
Expectativas y acciones del jefe/supervisor del servicio para promover la SP	59 φ	62	58	73	44	53 φ	54	67	72 φ	68
Aprendizaje organizacional / Mejora continua	50 φ	54	68	90	68	24 φ	66	77	73 φ	76
Apoyo de la dirección del hospital para la SP	35	25	54	85	63	41 φ	65	61	67 φ	50
Percepción general de la SP	48 φ	48	60	67	51	46 φ	52	62	65 φ	53
Retroalimentación y comunicación de errores	51 φ	44	60	72	44	20 φ	68	60	59 φ	65
Grado de apertura en la comunicación	56 φ	48	49	69	38	21 φ	49 φ	45	60 φ	50
Frecuencia de incidentes reportados	44 φ	47	69 ¥	70	44	20 φ	33 φ	55	55 φ	55
Trabajo en equipo entre las unidades/servicios	40	42	42	70	51	53 φ	56	62	---	44
Suficiencia de personal	38	28	35	23	40	42 φ	32	38	61 φ	44
Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	36	54	41	53	47	57 φ	46 φ	54	33 §	32
Respuesta no punitiva a los errores	36	53	21	37	45	16 φ	30 φ	36	55 φ	31

--- dato no reportado. φ dato inferido a partir de la información reportada. § dato no comparable. ¥ modificación en el número de ítems.

Fuente: elaboración propia basada en Hellings *et al.* 2007 (29); Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009 (30); Khater *et al.* 2015 (31); Irviranty *et al.* 2016 (32); Fajardo-Dolci *et al.* 2010 (33); Ibarra-Cerón *et al.* 2011 (34); Pérez-Castro y Vázquez *et al.* 2014 (35); Hamui-Sutton *et al.* 2015 (36) y Ulrich *et al.* 2014 (37).