



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
ESTATAL HIDALGO  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**TÍTULO**

**“PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR  
LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR”**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1201-017

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ**

**ASESOR CLÍNICO  
MTRA. MARÍA DEL PILAR PADILLA RODRÍGUEZ**

**ASESORES METODOLÓGICOS  
DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES  
DR. ERICK MONTOYA PÉREZ**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2018 – 2021**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



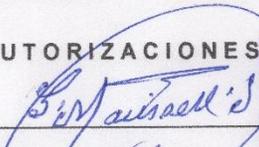
**"PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR  
LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR"**

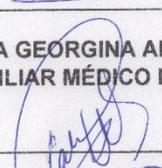
**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

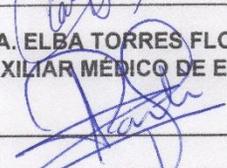
**PRESENTA:**

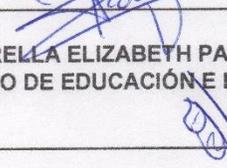
**DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ  
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

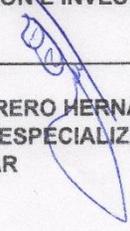
**AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA**  
**COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ**  
**COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ELBA TORRES FLORES**  
**COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ**  
**COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL



ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
H. G. Z. M. F. No. 1

**ASESORES DE TESIS**



---

**MTRA. MARÍA DEL PILAR PADILLA RODRÍGUEZ  
SUBJEFA DE EDUCACIÓN  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No 1**



---

**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 32**



---

**DR. ERICK MONTOYA PÉREZ  
MÉDICO FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 6**

**PACHUCA, HIDALGO 2021**

**“PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR  
LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

---

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

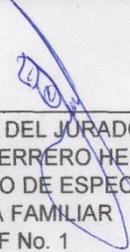
**“PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR  
LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR”**

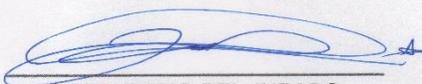
**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

  
\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE DEL JURADO  
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ  
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR  
HGZMF No. 1**

  
\_\_\_\_\_  
**SECRETARIO DEL JURADO  
JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF No. 32**

  
\_\_\_\_\_  
**VOCAL DEL JURADO  
DR. FRANCISCO CESAR NAVA MARTÍNEZ  
MÉDICO FAMILIAR  
UMF No. 32**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1201,  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 13 048 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 13 CEI 001 2018041

FECHA Martes, 29 de diciembre de 2020

Lic. maria del pilar padilla rodríguez

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**

Número de Registro Institucional

R-2020-1201-017

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**OCTAVIO CONTRERAS VALDEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

[Imprimir](#)

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA**

Este presente trabajo quiero dedicárselo primero a la mujer que me dio la vida, la cual me impulso a ser la mujer que hoy soy, aunque no está conmigo físicamente siempre tengo presente sus consejos tan hermosos y sabios los cuales me permitieron fijar una meta, y que hoy he alcanzado; Ana María Hernández Díaz este sueño hecho realidad te lo dedico con todo mi corazón, gracias por darme la vida, ya soy especialista. A mi padre Ernesto que confía plenamente en mí, gracias por estar conmigo. A mis hermanos Dayne y Enrique, porque quiero ser una inspiración para ustedes porque ustedes lo son para mí.

También a ti esposo Erick, ya seremos colegas, tú también me inspiraste mucho a seguir preparándome, es una bendición tenerte en mi vida, te dedico este trabajo ya que a parte de mi asesor siempre estuviste animándome para no desistir.

También me dedico esta tesis a mí, porque creí en mí, porque no desistí a pesar de todos los obstáculos que se presentaron y por llegar a la meta.

## **AGRADECIMIENTOS**

Doy gracias a Dios por permitirme concluir mi posgrado, creo que gracias a él todo es posible, siempre traigo a mi mente este versículo de la biblia “Esfuézate y se valiente, no temas ni desmayes, porque yo soy el señor tu Dios, y estaré contigo por dondequiera que vayas” Josué 1:9, gracias porque Él cumple los anhelos de nuestros corazones.

Gracias a mi familia por siempre apoyarme a concluir este sueño; desde mi esposo que me apoyo en todo momento y que estuvo siempre al pendiente en cualquier situación, a mis hermanos y mi padre por el tiempo que tal vez no pudimos estar juntos por las guardias.

Gracias a cada adscrito que tuvo paciencia en enseñarme, gracias a la Dra. Rosy y Dra. Estrella porque son grandes líderes, siempre he creído que de todos aprendemos algo y sin duda me llevo grandes enseñanzas de cada uno.

Gracias también al Dr. Martínez por que fue pieza clave junto con Dr. Montoya (mi esposo) para este trabajo. La jefa Pilar porque acepto ser mi asesor clínico.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### ASESOR CLÍNICO:

Mtra. María del Pilar Padilla Rodríguez  
Maestra en Administración de Hospitales  
Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1  
Tel. 771-202-80-28  
Correo: [maria.padillarod@imss.gob.mx](mailto:maria.padillarod@imss.gob.mx)  
Dirección: Prolongación Av. Madero No. 407;  
Col. Nueva Francisco I. Madero;  
C.P. 42090 Pachuca de Soto Hidalgo.

### ASESOR METODOLOGICO:

Dr. Jesús Martínez Ángeles  
Médico especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No.32  
Tel. 771-189-54-86  
Correo: [drjma13@gmail.com](mailto:drjma13@gmail.com)  
Dirección: Blvd. Luis Donaldo Colosio No. 201;  
Esquina con Jaime Torres Bodet, Fracc. Rincón del Valle;  
C.P. 42800 Pachuca de Soto Hidalgo.

Dr. Erick Montoya Pérez  
Médico especialista en Medicina Familiar  
Hospital General de Subzona y Medicina Familiar No.6  
Tel. 246-469-14-46  
Correo: [erick\\_medico@live.com.mx](mailto:erick_medico@live.com.mx)  
Dirección: Avenida Melchor Ocampo No. 32;  
Col. Centro; C.P. 42850 Tepeji del Rio de Ocampo Hidalgo.

### TESISTA:

Dra. Mónica Gálvez Hernández  
Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1  
Tel. 771-220-54-07  
Correo: [monyk\\_gh08@hotmail.com](mailto:monyk_gh08@hotmail.com)  
Dirección: Prolongación Av. Madero No. 407;  
Col. Nueva Francisco I. Madero;  
C.P. 42090 Pachuca de Soto Hidalgo.

## INDICE

RESUMEN.....	5
I. MARCO TEORICO.....	7
II. JUSTIFICACIÓN.....	20
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
IV. OBJETIVOS.....	23
V. HIPOTESIS.....	24
VI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	25
6.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	25
6.3. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	25
6.4. TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
6.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
6.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	27
6.8. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	29
6.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	29
6.10 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y MUESTREO.....	30
VII. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
VIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, Y FINANCIAMIENTO.....	35
IX. RESULTADOS.....	36
X. DISCUSIÓN.....	81
XI. CONCLUSIONES.....	83
XII. RECOMENDACIONES.....	85
XIII. CRONOGRAMA.....	86
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87
XV. ANEXOS.....	90

## RESUMEN

**TÍTULO:** PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR.

**ANTECEDENTES:** La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. Actualmente los estándares para la certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General contemplan la medición de la Cultura de Seguridad, incluida en las Acciones Esenciales para la Seguridad en el paciente, en específico la acción esencial 8, de observancia obligatoria en el sistema de salud. Los médicos Residentes participan activamente en la atención a la salud dentro de las unidades hospitalarias, por lo que la medición de la percepción de Cultura de Seguridad en el paciente en este grupo es importante para desarrollar estrategias orientadas a mejorar la cultura de seguridad en el paciente. Actualmente existen herramientas que permiten medir la percepción de cultura de seguridad, utilizando un cuestionario validado a nivel internacional.

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por los médicos residentes de medicina familiar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuantitativo, observacional transversal descriptivo, mediante la aplicación del cuestionario estructurado y validado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), sobre la Seguridad del Paciente a los médicos residentes de medicina familiar, para conocer la percepción que tienen acerca de la seguridad del paciente.

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Infraestructura del HGZMF No.1, equipo de cómputo, impresora, material de oficina: hojas, encuestas, lápices, bolígrafos, gomas, asesor clínico y asesores metodológicos.

**EXPERIENCIA DE GRUPO:** Un asesor clínico, enfermera especialista en pediatría y maestra en administración de Hospitales; dos asesores metodológico especialista en Medicina Familiar, un tesista médico residente de medicina familiar

**RESULTADOS:** El 96.82% de los residentes participo en el presente estudio, 42.6% son residentes del primer año, 66% son mujeres, 50.8% de los participantes consideran trabajar en equipo de manera eficiente, 39.3% manifiesta no se revisan los proceso de trabajo para mejorar la seguridad del paciente, 45.9% percibe que ante un incidente se reporta a la persona y no al problema, 44.3% de los encuestados respondieron que solo algunas veces se les informa sobre los errores que se cometen en la unidad, 68.9% (porcentaje acumulado de las respuestas: nunca, rara vez y algunas veces) reportan errores que afectan o pudieron haber causado daño al paciente, 67.2% de los residentes no han reportado ningún evento relacionado a la seguridad del paciente, 47.5% (porcentaje acumulado) califican la seguridad del paciente como mala y regular.

**DISCUSIÓN:** En el presente estudio se encontró que la percepción global de seguridad del paciente fue de buena a muy buena en el 52.46% de los residentes siendo esta la mejor calificada, este resultado se ubicó por debajo de la media publicada en la AHRQ (76%). De igual forma este valor también tendríamos que considerarlo como un probable riesgo para la ocurrencia de eventos adversos. El 64.5% de los residentes considera que no se cuenta con el personal suficiente para hacer todo el trabajo, dimensión que ocupa el 4to lugar de mejor calificada en este estudio. En relación a la dimensión de trabajo en equipo dentro del servicios se encontró una tasa de respuestas positivas del 29.5% ubicada en el séptimo lugar de calificación por los residentes.

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:** Con los resultados obtenidos concluimos que las 3 principales fortalezas en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca son: 1) percepción general de la seguridad del paciente, 2) apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente y 3) problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos. Las principales debilidades identificadas son: 1) retroalimentación y comunicación de errores, 2) aprendizaje organizacional/mejora continua y el tercer lugar lo comparten dos dimensiones la primera frecuencia de incidentes reportados y el grado de apertura de la comunicación.

**PALABRAS CLAVE:** Percepción, cultura de seguridad

## MARCO TEÓRICO

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria<sup>1</sup>.

Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios calificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención<sup>1</sup>.

En la actualidad, en muchos países se han realizado importantes avances en la valoración de la naturaleza y la escala del daño a los pacientes. Una cantidad considerable de intervenciones de diversos tipos ha demostrado que los errores pueden reducirse y que es posible lograr procesos más fiables, las mejoras de seguridad más espectaculares obtenidas hasta ahora han sido aquellas que estaban fuertemente dirigidas a una cuestión asistencial central y en una escala temporal relativamente reducida, sin embargo, ha resultado mucho más difícil mejorar la seguridad en las instituciones en su conjunto, mejorar la seguridad de la población ha sido un desafío aún mayor, y los resultados generalmente han sido decepcionantes<sup>1</sup>.

El éxito de la asistencia sanitaria y de las mejoras de las condiciones de vida supone que las personas viven más tiempo con enfermedades crónicas que antes eran mortales. Esto ha llevado a una importante transferencia de la responsabilidad de los hospitales al domicilio y a la atención primaria. Los modelos de seguridad, los métodos de seguridad y las intervenciones estratégicas deben cambiar en consecuencia. La combinación de la austeridad, los crecientes costos de la asistencia sanitaria y el aumento de los estándares y de la demanda ejercerán una enorme presión sobre los sistemas sanitarios, lo que incrementará la probabilidad de fallos graves en la atención<sup>1</sup>.

La definición oficial de la Organización Mundial de la Salud señala qué: “La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria o como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”<sup>2,3</sup>. Actualmente la seguridad del paciente se está instalando como un imperativo social, científico, ético y legal en la atención médica de toda persona, que procura la prevención de los riesgos y evitar daños a quien se encuentra enfermo y bajo el cuidado de un profesional, de una institución o de un sistema de salud, ya sea en el momento de su internación o en su atención ambulatoria<sup>3, 4</sup>.

Como consecuencia del auge de estudios significativos y bien diseñados sobre los eventos adversos y su impacto en muchos hospitales, en 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” (To err is human: building a safer health system); cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país a considerar “la seguridad de los pacientes” como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria. Las asociaciones de pacientes también reaccionaron exigiendo mejores controles tanto en EE.UU. como en otras naciones del primer mundo<sup>5, 6</sup>.

Derivado de lo anterior. En el año 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, contempló el tema en sus deliberaciones y propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud. Como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Un año después, en 2005, la OMS creó esa Alianza y lanzó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado

“Atención Limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la “seguridad del paciente” en todo el planeta<sup>5, 6</sup>.

Es así que, en el año 2007 en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), que incluyó 11,379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes. La publicación de los resultados y metodología de este estudio se realizaron algunos años después, en el 2011<sup>7,12</sup> Por su magnitud y calidad de diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos<sup>8</sup>.

### **Datos y cifras**

En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria<sup>9</sup>. El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles<sup>10</sup>. Cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2,6 millones de muertes<sup>11</sup>. A nivel mundial, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria. Hasta el 80% de los daños se pueden prevenir. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos<sup>9</sup>. En los países de la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es un resultado directo de eventos adversos<sup>9</sup>.

Otros estudios sobre la frecuencia y el tipo de eventos adversos señalan que el 18 % de estos ocasiona el reingreso al hospital y que el 24 % provoca daño grave al paciente, que incluye la defunción<sup>12</sup>. Entre el 5 % y el 10 % de los pacientes que ingresan a hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones. En países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países emergentes, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25 %<sup>13</sup>.

## **Normatividad y guías para la seguridad de los pacientes**

La Secretaría de Salud, a través de los comités consultivos<sup>14</sup>, ha emitido a la fecha 146 Normas Oficiales Mexicanas<sup>15</sup>, que gozan de las características de generalidad, abstracción y obligatoriedad, así como establecen reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieren a su cumplimiento o aplicación<sup>16</sup>.

Según la materia y finalidad reguladas en las Normas Oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud, los sujetos obligados son, en general, los proveedores, productores y prestadores de servicios; ello atendiendo a los múltiples temas en salud y basándose en las políticas, estrategias y programas emitidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud<sup>16</sup>.

Otro importante trabajo para la homologación de los modelos de atención son las Guías de Práctica Clínica emitidas por la Secretaría de Salud, en virtud de que fungen como un elemento de rectoría en la atención médica y tienen como objetivo el establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y efectividad de la atención médica<sup>16</sup>.

En la actualidad, se han emitido 810 Guías de Práctica Clínica, integradas en un Catálogo Maestro, las cuales han sido elaboradas por los Grupos de Desarrollo de acuerdo a la metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud en México<sup>17</sup>.

Los textos jurídicos y las recomendaciones emitidas por la Secretaría de Salud son numerosas y tienen la tarea de llevar a cabo la estandarización de la atención médica, sin que ello equivalga positivizar el acto médico o impedir el ejercicio de la libertad prescriptiva de los profesionales de la salud, pues las normas determinan parámetros obligatorios y los protocolos orientan la labor de los profesionales con el fin de mejorar la calidad de los servicios<sup>17</sup>.

Bajo este contexto, el 8 de septiembre de 2017, el Consejo de Salubridad General (CSG) <sup>22</sup> publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, dicho documento, se denomina “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”<sup>18</sup>.

En efecto, en México, durante el centenario del Consejo de Salubridad General y para la certificación de los hospitales, se elaboró un documento que detalla todos los procesos y estándares para las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG, dicha organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide, al menos una vez por año, la cultura de la seguridad de la organización<sup>19</sup>.

La cultura de seguridad de una organización es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la organización gestiona la seguridad<sup>19</sup>.

Esta medición se lleva a cabo al realizar el cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación sanitaria y la Calidad (AHRQ), con enfoque multidisciplinario (personal clínico y no clínico) y con enfoque sistémico (todas las áreas, todos los turnos) <sup>19</sup>.

Los resultados del cuestionario se analizan y se identifican prioridades para mejorar. Se diseñan e implementan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas<sup>19</sup>.

La información obtenida se toma en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y sistemas del Modelo de Seguridad del paciente del CSG, en especial del Sistema Organizacional de calidad y Seguridad del Paciente<sup>19</sup>.

El diseño y la implementación se basan en el Acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las “Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud<sup>19</sup>.

## **Antecedentes**

Durante los últimos años se ha visto un progreso real en el ámbito de la cultura de seguridad del paciente, generado por una mejor y mayor comprensión de lo que dicha cultura significa, y existir herramientas precisas, verificables y sólidas para medirla<sup>20, 21</sup>.

Aunque no hay un instrumento perfecto se han comparado múltiples encuestas y la más utilizada es la “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC), elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la cual ha sido probada en países como: Estados Unidos, Japón, Nueva Zelanda, España y América Latina incluyendo a México donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) la ha utilizado en diversas oportunidades<sup>20-23</sup>.

Los trabajos realizados en México para medir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente se han efectuado en poblaciones diversas como: médicos pasantes del servicio social, médicos residentes y trabajadores de la salud (realizados por la CONAMED); y otros en personal de enfermería (Universidad de Tamaulipas y del Instituto Mexicano del Seguro Social). La suma, comparación y análisis de estos trabajos permite contar con una aproximación general sobre la Percepción de Cultura de Seguridad del Paciente en los hospitales manifestadas por distintas poblaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud en México<sup>24</sup>.

Una forma de evaluar la cultura de seguridad es mediante el clima de seguridad<sup>25, 26</sup>. Para ello se han desarrollado y validado diversas escalas para medir el clima de seguridad, como el Hospital Survey on Patient Safety Culture, desarrollada por Sorra y Dyer, que evalúa 12 dimensiones sobre las opiniones del personal de salud sobre la seguridad del paciente y sobre la notificación de errores médicos<sup>27</sup>.

Como antecedente, en el año 2004, la AHRQ puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario HSOPSC. Presenta un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Además de su extensa aplicación anual en cientos de

hospitales de EEUU, ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana<sup>28-30</sup>.

### **Diferentes resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario**

En un estudio realizado por CONAMED en médicos residentes, la Percepción Global de Seguridad del Paciente fue de 6.9. El 93% conocía previamente el concepto de Seguridad del Paciente. Las fortalezas de este estudio fueron: “Trabajo en equipo” y “Aprendizaje Organizacional y Mejora continua”, las debilidades fueron: “Franqueza en la comunicación”, “Dotación de Personal” y “Respuesta No Punitiva a Errores”. La “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 0 en 34%, de 1 a 2 en el 40%, 3 a 5 en 18%, 6 a 10 eventos 6%, más de 11 el 1% y más de 21 eventos el 1%<sup>31</sup>.

Otro estudio transversal y descriptivo aplicado a 2500 médicos residentes de 78 especialidades médicas: Quirúrgicas, Clínicas, Salud Pública y Atención Primaria, y Especialidades Auxiliares y de Diagnóstico. Los datos demográficos relevantes fueron similitud de participación por género, edad promedio de 28 años, según la participación institucional la SS y el IMSS tuvieron 42.2% y 29% respectivamente. El 92.4% de los encuestados conocía el concepto de seguridad del paciente previamente, y la calificación promedio para la seguridad hospitalaria fue de 6.9 /10, concluyéndose que, la principal fortaleza detectada es el Aprendizaje organizacional y mejora continua; las debilidades fueron Franqueza en la comunicación, Suficiencia de personal, Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades, y Respuesta no punitiva a los errores. Adicionalmente el comportamiento de las doce dimensiones de la encuesta se revisó entre institución, bloque de especialidad y años de residencia. Finalmente, se efectuaron recomendaciones generales sobre las bondades que ofrece este tipo de estudios<sup>32</sup>.

Un estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante recogió los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español<sup>33</sup>.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 35,36%. El colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%), y el servicio más implicado, el de urgencias (9%). El 86,4% tuvo contacto con el paciente. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. No se identificó ninguna fortaleza de manera global. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la 9 (dotación de personal) y la 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente)<sup>33</sup>.

Conclusiones. La percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No se han identificado fortalezas. Las debilidades identificadas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad<sup>33</sup>.

En el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. En una muestra aleatoria de 24 hospitales, proporcionalmente estratificada por tamaño, se distribuyó el cuestionario auto administrado sobre Seguridad de los Pacientes a una muestra representativa de 6257 profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia, y otros titulados universitarios)<sup>34</sup>.

Resultados. Se analizan 2503 encuestas (respuesta: 40%, siendo ligeramente mayor en los hospitales medianos: 42%). Tanto a nivel global como por tamaño de hospital se consiguió una buena representación de tipo de profesionales y servicios, aunque la tasa de respuesta fue generalmente mayor en farmacéuticos y otros titulados (74,4 y 72,2 % respectivamente) que para enfermería (35,5%) o medicina (26,2%)<sup>34</sup>.

Ajustando los resultados por el potencial sesgo de no-respuesta, no hay diferencias apreciables entre los valores ajustados y los obtenidos con las encuestas analizadas. El 93% de los profesionales que responden tiene contacto directo con pacientes. El 50% califica la seguridad entre 6 y 8; el 95% ha notificado <2 eventos el último año. En positivo, destacan las dimensiones «Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios» (71,8±1,8) y «Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad» (61,8±1,9). Como debilidades

destacan «Dotación de personal», «Trabajo en equipo entre unidades/servicios», «Percepción de seguridad», y «Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente»<sup>34</sup>.

Las diferencias significativas entre hospitales, tipo de profesional y servicio, señalan una percepción generalmente más positiva en hospitales pequeños y servicios de Farmacia, y algo más negativa entre los médicos. En general, las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo y sobre todo en hospitales grandes y medianos, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios<sup>34</sup>.

Conclusiones. Se han identificado las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad que pueden servir para diseñar estrategias de mejora en los hospitales del SNS español. A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar el clima de seguridad en nuestros hospitales serían las siguientes<sup>34</sup>:

1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.
2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. La buena percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser asimismo aprovechada.
3. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Ya que, en este ámbito, es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.
4. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios. Particularmente en hospitales de tamaño grande y mediano se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios y debería por tanto desarrollarse una estrategia tendente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.

5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

En otro estudio descriptivo transversal, realizado mediante cuestionario autoadministrado, durante el segundo trimestre de 2011. Los participantes fueron los 52 médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria pertenecientes a la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Zaragoza III. Todos ellos realizaron parte de su tarea asistencial en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Tras un segundo recordatorio se obtuvieron 44 cuestionarios debidamente cumplimentados, lo que supone una tasa de respuesta del 84,6%<sup>35</sup>.

En cuanto a los resultados por dimensiones, la mejor valorada hace referencia al «Trabajo en equipo dentro del servicio» con una tasa de respuestas positivas del 64,7%. Ninguna otra de las dimensiones valoradas alcanzó un porcentaje de respuestas positivas del 50%. La peor calificada fue «Dotación de personal» con un porcentaje del 68,1% de respuestas negativas y a la que solo un 15,9% respondieron con una opinión positiva. Con una alta proporción de respuestas negativas encontramos también «Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente» (54,9% de respuestas negativas), «Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios» y «Trabajo en equipo entre servicios» con un 46% y un 40,9% respectivamente. La dimensión «Percepción de seguridad» también contó con una tasa de respuestas negativas del 40,9%<sup>35</sup>.

Es digno de destacar un elevado porcentaje de respuestas neutras en las dimensiones «Retroalimentación y comunicación sobre errores» (55,3%), «Aprendizaje organizacional y mejora continua» con un 52,2% y «Franqueza en la comunicación» y «Frecuencia de eventos notificados» con un 51,9% y un 51,5% de respuestas neutras respectivamente.

El cuestionario contaba con una pregunta en la que se solicitaba a los encuestados que valorasen, en una escala del 1 al 10, el grado de seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Fue respondida en el 72,7% de los casos, obteniéndose una nota media de 5,9<sup>35</sup>.

## **Aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture en México**

El Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México, 1 tiene como objetivo el evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud hospitalario. Fue diseñada originalmente por la Agency for Healthcare Research and Quality (“Agencia para la Calidad e Investigación en Servicios de Salud”) de los Estados Unidos, bajo el nombre de Hospital Survey on Patient Safety Culture.<sup>2</sup> En México, esta herramienta es el resultado de un proceso de adaptación al personal de salud, que consistió en una aplicación piloto a 12 hospitales públicos del sector salud en el 2009. Está compuesto por 53 preguntas agrupadas en ocho secciones, 42 de las cuales se relacionan con 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y las restantes con información general del encuestado. En la última sección se solicita al participante hacer comentarios libres sobre la seguridad del paciente en su hospital<sup>36</sup>. (ANEXO)

Secciones del Cuestionario:

- A) Su área o servicio de trabajo
- B) Su supervisor/jefe
- C) Comunicación
- D) Frecuencia con que se reportan los eventos
- E) Grado de seguridad del paciente
- F) Su hospital
- G) Número de eventos reportados
- H) Información complementaria
- I) Sus comentarios

Al igual que en su versión original, las preguntas del cuestionario proporcionan información sobre la percepción del personal de salud relacionada con las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente<sup>36</sup>:

1. Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio (Agrupa 4 reactivos)
2. Expectativas y acciones del jefe/supervisión del departamento/servicio para promover la seguridad de los pacientes (Agrupa 4 reactivos).
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua (agrupa 3 reactivos)
4. Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente (agrupa 3 reactivos)
5. Percepción general de la seguridad del paciente (agrupa 4 reactivos)
6. Retroalimentación y comunicación sobre errores (agrupa 3 reactivos)
7. Grado de apertura de la comunicación (agrupa 3 reactivos).
8. Frecuencia de incidentes reportados (agrupa 3 reactivos)
9. Trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios (agrupa 4 reactivos)
10. Personal: Dotación, suficiencia y gestión (agrupa 4 reactivos)
11. Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios (agrupa 4 reactivos)
12. Respuesta no punitiva a los errores (agrupa 3 reactivos)

Con los resultados de este cuestionario, los hospitales obtendrán información sobre la cultura de seguridad del paciente de su personal, así como las fortalezas y oportunidades para mejorarla<sup>36</sup>.

De acuerdo a los criterios de clasificación de resultados establecidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>3</sup>, una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (“Totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre”). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”<sup>36</sup>. (ANEXO).

### **Aspecto relevante relacionado con COVID-19.**

En la actualidad es necesario incorporar elementos clave de la cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la salud ya que, la crisis sanitaria provocada por la

pandemia del virus SARS COV-2 ha evidenciado la necesidad de implementar protocolos adecuados de bioseguridad orientados a evitar la transmisión entre profesionales de la salud y los pacientes con COVID-19, así como su sistematización, ya que acciones esenciales como la acción esencial 5 (Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud), la acción esencial 7 (Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas) y la 8, (Cultura de seguridad del paciente), están directamente relacionadas con las estrategias orientadas a las acciones de prevención difundidas por el IMSS<sup>37</sup>. Es importante destacar que esta unidad hospitalaria ha sido convertida para atención de pacientes con COVID-19 para lo cual se trabajó de manera intensiva con todo el personal involucrado en la atención de estos pacientes con la finalidad de minimizar y contener el posible daño al paciente y a los trabajadores de este hospital, para lo cual se difundió ampliamente todos los temas prioritarios con apego a la normatividad vigente y oficial del instituto, así mismo se ha reforzado los algoritmos de atención a población afectada por esta enfermedad, reconociendo a la capacitación como uno de los pilares más importantes ante esta situación de emergencia.

## JUSTIFICACIÓN

Para conocer la magnitud del problema, en el año 2007 en América Latina, se realizó un estudio sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, que incluyó 11,379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Resalta la tasa de eventos adversos documentada de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes.

Por otra parte, y en el caso específico y en concordancia con el tema objeto de la investigación propuesta para desarrollarse en el HGZ con MF No 1 de Pachuca, Hgo, se tiene el antecedente un estudio realizado por la CONAMED en médicos residentes acerca de la Percepción Global de Seguridad del Paciente obteniéndose como resultados que, el 93% conocía previamente el concepto de Seguridad del Paciente. Las fortalezas de este estudio fueron: trabajo en equipo, aprendizaje organizacional y mejora continua, las debilidades fueron: franqueza en la comunicación, dotación de Personal y respuesta no punitiva a errores. La frecuencia de reporte de eventos adversos” fue de 0 en 34%, de 1 a 2 en el 40%, 3 a 5 en 18%, 6 a 10 eventos 6%, más de 11 el 1% y más de 21 eventos el 1%.

Con base a los antecedentes expuestos y ante la carencia de estadísticas globales en el Hospital, se consideró necesario realizar una investigación acerca de la percepción que tienen los médicos residentes de medicina familiar sobre cultura de seguridad en el paciente, y cuyos resultados obtenidos podrían contribuir a mejorar los procesos de atención médica y otras intervenciones que tengan asignadas los residentes de medicina familiar, además, se favorecerá la atención que reciban los propios residentes y sus familiares, así como extensivamente la población usuaria.

La investigación se realizó con el apoyo de las autoridades del hospital, con la experiencia de los asesores e investigador principal y con los recursos necesarios, incluyendo el instrumento para el acopio de los datos de la encuesta directa que es: Hospital Survey on Patient Safety Culture, elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública porque, además de poner en riesgo la salud y la vida de las personas inciden en la elevación de costos por atención médica y hospitalización.

Durante la atención hospitalaria, debido a la dinámica entre el personal de salud y los pacientes, se presentan eventos adversos, como lo son las iatrogenias, las infecciones nosocomiales, etc.

De acuerdo a las cifras, se observa que casi el 50% de los eventos adversos son prevenibles siendo de acuerdo a la experiencia, aquellos que están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos lo cual impacta en el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario; por otra parte, se sabe que, el 18 % de estos sucesos ocasiona el reingreso al hospital exponiendo a los pacientes a mayores riesgos e incluso a la muerte.

Como respuesta a la problemática planteada, actualmente el énfasis en la seguridad del paciente que es una de las dimensiones de la atención; en efecto, en México, durante el centenario del Consejo de Salubridad General y para la certificación de los hospitales, se elaboró un documento que detalla todos los procesos y estándares para las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente cuya información es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar.

En efecto, la cultura de seguridad es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la organización gestiona la seguridad.

Tomando en consideración los argumentos anteriores y que, la seguridad del paciente es uno de los nuevos desafíos que deben afrontar las instituciones de salud, se requiere incorporar aspectos de la cultura de la seguridad del paciente en los planes de formación de los médicos residentes de medicina familiar; sin embargo, se

hace indispensable primero contar con información acerca de la percepción que tienen los médicos residentes de medicina familiar acerca del tema.

En el HGZ No 1 del IMSS en Pachuca, Hgo. No se encontraron resultados de estudios realizados en médicos residentes de medicina familiar, por lo que es importante conocer la percepción de la seguridad del paciente que actualmente se tiene y con ello desarrollar estrategias educativas orientadas a mejorar la cultura de seguridad del paciente, ya que serán los futuros médicos familiares.

Los médicos especialistas en formación constituyen un sector profesional de especial interés a la hora de abordar los problemas de seguridad y de cultura de seguridad. Su corta experiencia puede ser un factor favorecedor de la presencia de errores, y la fase de aprendizaje constituye una oportunidad para infundir los valores y principios de la cultura de seguridad que han de desarrollar en el futuro. Por lo anterior surgió la siguiente pregunta:

**¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar cuál es la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por los médicos residentes de medicina familiar

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a trabajo en equipo dentro del departamento/servicio
2. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a expectativas y acciones del jefe/supervisor del departamento/servicio para promover la seguridad de los pacientes
3. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto aprendizaje organizacional/mejora continua
4. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente
5. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a retroalimentación y comunicación sobre errores
6. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto al grado de apertura de la comunicación
7. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a frecuencia de incidentes reportados
8. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios
9. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a personal: Dotación, suficiencia y gestión
10. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios
11. Conocer la percepción de los médicos residentes con respecto a respuesta no punitiva a los errores

## HIPÓTESIS

### HIPOTESIS DE TRABAJO

La percepción global de los médicos residentes de medicina familiar acerca de la seguridad del paciente indicará como principal fortaleza: el trabajo en equipo, y como principal debilidad la dotación de personal.

**H0:** El trabajo en equipo no es la principal fortaleza.

**Ha:** El trabajo en equipo es la principal fortaleza.

**H0:** La dotación de personal no es la principal debilidad.

**Ha:** La dotación de personal es la principal debilidad.

## METODOLOGÍA

### a. UNIVERSO DE TRABAJO

✓ **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Residentes de medicina familiar adscritos al HGZMF No. 1 de la Cd. de Pachuca, Hgo.

✓ **SITIO DEL ESTUDIO**

Hospital General de Zona con medicina familiar del IMSS en la Cd. de Pachuca, Hidalgo.

✓ **TIEMPO DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Dos meses posteriores a su aprobación por los Comités de Ética e Investigación en Salud

### b. TIPO DE DISEÑO

Diseño cuantitativo, observacional, transversal, prolectivo, descriptivo.

- ✓ **CUANTITATIVO:** Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías
- ✓ **OBSERVACIONAL:** El investigador examina la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los factores que los influyen.
- ✓ **TRANSVERSAL:** La recolección de los datos se da en una población dada y en un punto específico de tiempo.
- ✓ **PROLECTIVO:** la recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se da después de la planeación de esta.

- ✓ **DESCRIPTIVO:** permiten detallar situaciones, eventos o fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

### **c. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Residentes de medicina familiar
2. Adscritos al HGZMF No. 1 Pachuca, Hgo.
3. De los tres grados
4. Ambos sexos
5. Que acepten participar en la investigación y den su consentimiento por escrito.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

1. Residentes de medicina familiar que no se encuentren activos en el momento del estudio (por incapacidad, por convenio, o por rotación parcial externa o de campo)

#### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

1. Residentes de medicina familiar, que aceptaron participar y que en algún momento de la investigación externen el deseo de retirarse de la misma
2. Encuestas incompletas o ilegibles

## d. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADO
<b>TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD / SERVICIO</b>	Es el esfuerzo integrado de un conjunto de personas para la realización de un proyecto	Cuatro preguntas; Apoyo, respeto y solidaridad del personal en situación normal y de sobredemanda	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN / SERVICIOS PARA FAVORECER LA SEGURIDAD</b>	Es una actitud mental de espera de algo que se desea que ocurra con apoyo de la dirección y de los responsables de vigilar el desempeño de actividades.	Cuatro preguntas; Retroinformación, apertura para la comunicación y grado de interés de la gerencia por la seguridad del paciente.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL / MEJORA CONTINUA</b>	Se denomina a la acción y efecto de aprender. Como tal, el aprendizaje es el proceso de asimilación de información mediante el cual se adquieren nuevos conocimientos, técnicas o habilidades	Tres preguntas; Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de las acciones para mejorar la seguridad y su evaluación.	Ordinal Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Es la acción de facilitar el trabajo de los subordinados para lograr lo que se proponen	tres preguntas; Interés de la gerencia para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD</b>	Hace alusión a las impresiones que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos (vista, olfato, tacto)	Cuatro preguntas; prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN</b>	Reconocer y aceptar con realidad ciertos acontecimientos adversos y tomar acciones para evitar la repetición	Tres preguntas; informe de la gerencia sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>FEED BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE LOS ERRORES</b>	Respuesta o reacción para manifestar hechos y cuestionar situaciones.	Tres preguntas; Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que parece no estar bien.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS</b>	Número de veces que se repite un proceso periódico en un intervalo de tiempo determinado	Tres preguntas; Reporte de errores con o sin potencial de dañar al paciente	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES / SERVICIOS</b>	Es el esfuerzo integrado de un conjunto de personas para la realización de un proyecto que se comparte con diferentes instituciones.	Cuatro preguntas; cooperación, coordinación y gusto por trabajar entre áreas/servicios/unidades.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>DOTACIÓN DE PERSONAL</b>	Es la asignación de trabajadores de acuerdo a necesidades	Cuatro preguntas; disponibilidad y organización del personal.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>PROBLEMAS EN LOS CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS / UNIDADES</b>	Es un asunto o cuestión que se debe solucionar o aclarar, una contradicción o un conflicto entre lo que es y lo que debe ser, una dificultad o un inconveniente para la consecución de un fin	Cuatro preguntas; pérdidas de información y problemas durante los cambios y transiciones.	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas
<b>RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES</b>	Es una acción dirigida más a convencer y/o a negociar más que castigar	Tres preguntas; Utilización negativa de la información sobre errores y temor a las represalias	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas>75% de respuestas positivas

## VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADO
<b>CULTURA DE SEGURIDAD</b>	Es un conjunto de maneras de hacer y de pensar ampliamente compartidas por los actores de una organización en todo lo relativo al control de los principales riesgos de sus actividades.	La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria o como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. Grado o calificación general derivado de los resultados de las 12 dimensiones del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC),	Cualitativa Ordinal	Porcentaje fortalezas >75% de respuestas positivas
<b>MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR</b>	Profesional de la medicina que ingresa a una institución de salud receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo, a través de pruebas selectivas de convocatorias anuales.	Médico titulado que cursa estudios de posgrado "Especialidad en Medicina Familiar", por un periodo de tiempo de tres años 1. R1 (Primer año) 2. R2 (Segundo año) 3. R3 (tercer año)	Cualitativa Ordinal	1. R1 2. R2 3. R3

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADO
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa Discreta De intervalo	1. 20-29 3. 30-39 4. 40-49 5. 50
<b>SEXO</b>	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos	Características, fenotípicas de individuo	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
<b>ESTADO CIVIL</b>	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Se refiere al estado marital. Como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa Nominal Politómica	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Separada 6. Viuda

#### **e. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el HGZMF No 1, previa aprobación por el Comité de Ética en Investigación y por el Comité de Investigación en Salud; Presentación del protocolo de investigación ante el comité de ética para su autorización; una vez autorizado, se elaboró la lista de residentes de medicina familiar clasificándola de acuerdo al ciclo que se esté cursando, se realizó un exhorto individual para que participaran en la investigación, se les informo acerca de los objetivos de la misma, puntualizando el carácter voluntario y confidencial de la participación en la investigación, se procedió a invitarles a participar en la misma, una vez que aceptaron, se les pidió su consentimiento por escrito; acto seguido se otorgó el cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), para ser respondido; el cual es un instrumento sencillo, rápido y de fácil de aplicación con un tiempo para ser contestado aproximado de 15 min.; tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Una vez obtenida el total de la muestra se procedió a la creación de una base de datos en Excel, la cual se manejó mediante folios para garantizar la confidencialidad de la información, se procedió al análisis estadístico. De esta manera, se determinó la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por los médicos residentes de medicina familiar.

#### **f. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Por tratarse de un diseño cuantitativo descriptivo, se determinaron las frecuencias absolutas y relativas; se obtuvo medidas de tendencia central como lo son la media, mediana, moda, así como las de dispersión (varianza y desviación estándar), coeficiente de variación e intervalos de confianza del 95%.

El análisis se realizó para cada una de las 12 dimensiones que contiene el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (ANEXO). Se determino de manera general el grado de percepción en seguridad del paciente que tienen los residentes de medicina familiar.

### g. TAMAÑOS DE LA MUESTRA

**MUESTRA.** Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula para cálculo de la muestra para poblaciones finitas tenemos un total de 63 médicos residentes de medicina familiar, de los cuales son 26 R1, 18 R2 y 19 R3.

$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$		
Tamaño de la población	N	<b>63</b>
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	<b>1.96</b>
Proporción esperada	P	<b>5%</b>
1-p	Q	95%
Precisión	D	<b>0.05</b>
Tamaño de la muestra	N	<b>55</b>

### Muestra 55 Residentes

**MUESTREO** se hará de manera no probabilística, al tomar de la lista de asistencia de enseñanza, el número de residentes según el fenómeno a estudiar

## **ASPECTOS ETICOS Y LEGALES**

### **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)**

Para la recolección de datos se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

### **LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION EN SALUD**

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Fracc. II. Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,

# INVESTIGACIÓN DE RIESGO MÍNIMO.

## ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial (fue manejada mediante folios) y son de uso exclusivo de los investigadores, es ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de dos años. Con base en el Art. 16 Fracción I de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

## LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adaptada por la 64ª asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

**Introducción:** El presente trabajo cumple con los criterios de la Ley de Helsinki en la última actualización.

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios

### Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están sobre presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### **Requisitos científicos y protocolos de investigación**

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

### **Comités de ética de investigación**

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores

deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

### **Privacidad y confidencialidad**

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO**

### **Recursos humanos:**

- a. Asesor clínico
- b. Asesores metodológicos
- c. Residentes de medicina familiar de todos los ciclos de la especialidad.

### **Recursos materiales:**

Hojas impresas de la hoja de consentimiento informado y del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (ANEXO). Artículos de oficina. Equipo de cómputo Impresora, Cartuchos de tinta, Libros, revistas médicas de investigación e internet.

### **Recursos financieros:**

Los gastos generados por la presente investigación corren a cargo de los investigadores que participan en la misma.

## IX. RESULTADOS

Se realizaron un total de 61 encuestas, obteniendo los siguientes resultados

### Residentes de acuerdo a la edad

Cuadro 1. Edad

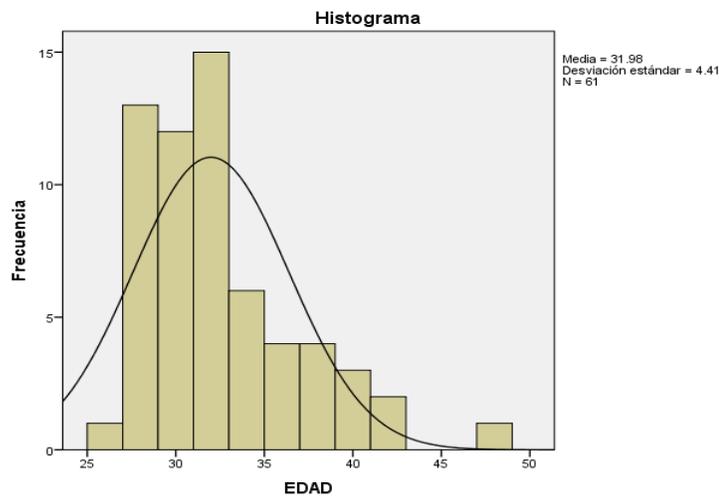
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	26	1	1.6	1.6	1.6
	27	4	6.6	6.6	8.2
	28	9	14.8	14.8	23.0
	29	8	13.1	13.1	36.1
	30	4	6.6	6.6	42.6
	31	7	11.5	11.5	54.1
	32	8	13.1	13.1	67.2
	33	5	8.2	8.2	75.4
	34	1	1.6	1.6	77.0
	35	3	4.9	4.9	82.0
	36	1	1.6	1.6	83.6
	37	2	3.3	3.3	86.9
	38	2	3.3	3.3	90.2
	39	2	3.3	3.3	93.4
	40	1	1.6	1.6	95.1
	42	2	3.3	3.3	98.4
	48	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

Edad. El rango de edad de los residentes de medicina familiar, es de 26 la mínima y de 48 edad máxima; sin embargo, el 75.4% tienen edad menor a 34 años y 4 rebasan los 40 años. (Cuadro 1)

**Cuadro 2.**  
**EDAD: Estadísticos**

N	Válido	61
	Perdidos	0
Media		31.98
Mediana		31.00
Moda		28
Mínimo		26
Máximo		48

Con una media de 31.98 años, mediana de 31 años; y una moda de 28 años. El rango es de 26 años de edad mínima a 48 años la edad máxima, con una desviación estándar de 4.41 años. El intervalo para un 95% de confianza (cuadro 2 y gráfica 1) es de 23.8 años----40.8 años.



Grafica 1

Edad. Se puede observar en la gráfica que, dentro de la curva Normal, se tiene un promedio o media aritmética de prácticamente 32 años de edad, con una desviación estándar de 4.41 años. El intervalo para un 95% de confianza (de acuerdo a la gráfica) es de 23.8 años----40.8 años.

**Cuadro 3**

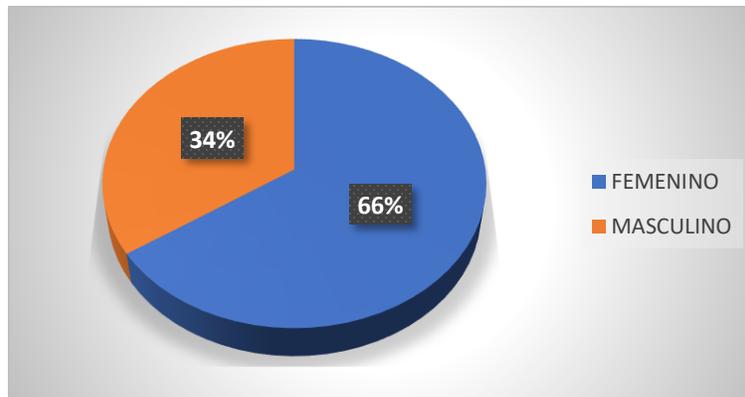
**SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	40	65.6	65.6	65.6
	MASCULINO	21	34.4	34.4	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

En relación al sexo, el 65.6% son mujeres y el 34.4 varones, (cuadro 3 y gráfica 2).

**Gráficas 2**

**Sexo**

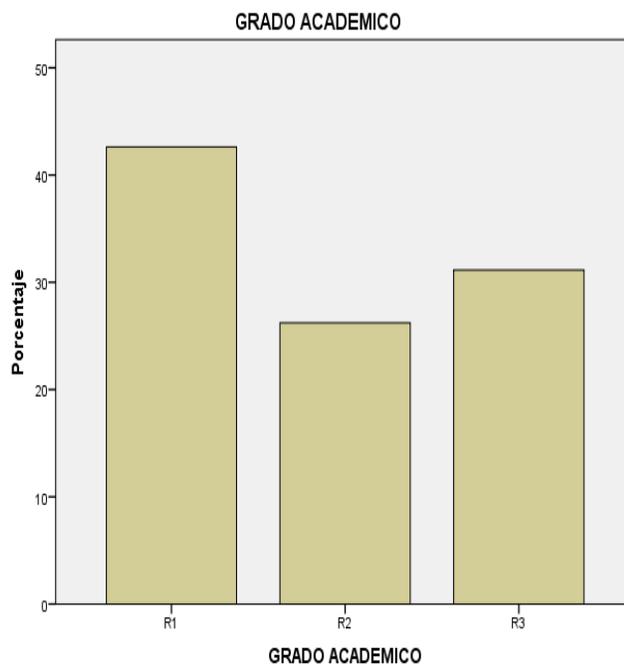


**Cuadro 4**

**GRADO ACADEMICO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido R1	26	42.6	42.6	42.6
R2	16	26.2	26.2	68.9
R3	19	31.1	31.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Grado académico. Sobresalen los médicos residentes R1 con el 42.6%, seguido de los médicos R2 que representan el 31.1%; con el 26.2% los médicos R3. (Cuadro 4, gráfica 3).



**Gráfica 3**

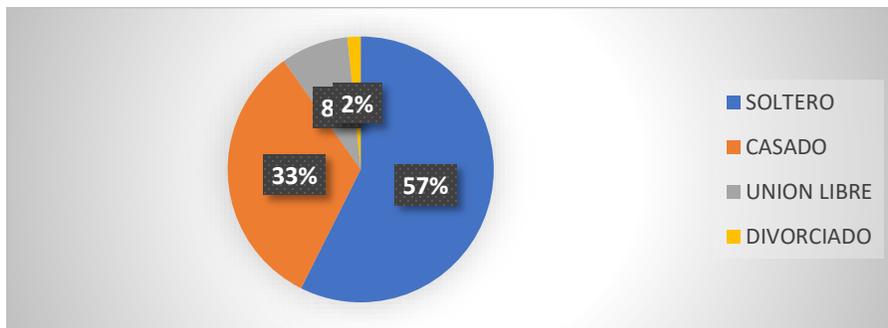
**Cuadro 5**

**ESTADO CIVIL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SOLTERO	35	57.4	57.4	57.4
CASADO	20	32.8	32.8	90.2
UNION LIBRE	5	8.2	8.2	98.4
DIVORCIADO	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Estado civil. En primer lugar, se observa que, el 57.4% de los residentes de medicina familiar declararon ser solteros(as), el 32.8% casados(as), en unión libre el 8.2% y solo 1 médico declaró ser divorciado. (Cuadro 5, gráfica 4).

**Grafica 4 Estado civil**



Cuadro 6

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RESIDENTE	Válido 61	100.0	100.0	100.0

**¿CUAL ES SU CARGO EN ESTE HOSPITAL?**

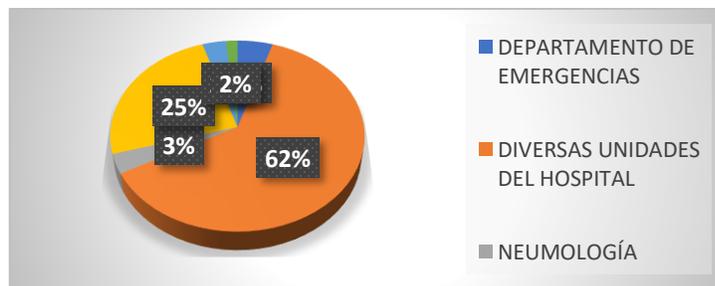
El 100% solo cumple con ser Residente de medicina familiar

**PIENSE EN SU UNIDAD COMO EL AREA DE TRABAJO, DEPARTAMENTO O AREA CLINICA DEL HOSPITAL DONDE PASA LA MAYOR PARTE DE SU TIEMPO DE TRABAJO**

**¿CUAL ES SU UNIDAD O AREA DE TRABAJO PRINCIPAL EN ESTE HOSPITAL?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	3	4.9	4.9	4.9
DIVERSAS UNIDADES DEL HOSPITAL	38	62.3	62.3	67.2
NEUMOLOGÍA	2	3.3	3.3	70.5
UNIDAD MÉDICA NO QUIRÚRGICA	15	24.6	24.6	95.1
UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA COMBINADA	2	3.3	3.3	98.4
OTROS	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

¿CUAL ES SU UNIDAD O AREA DE TRABAJO PRINCIPAL EN ESTE HOSPITAL? El 62.3% declaró que tiene rotación en diferentes servicios del hospital; en segundo lugar, el 24.6% declaró rotar en áreas médicas no quirúrgicas; en el departamento de emergencias solo el 4.9% y otros el 1.6%. (Cuadro 6, gráfica 5).



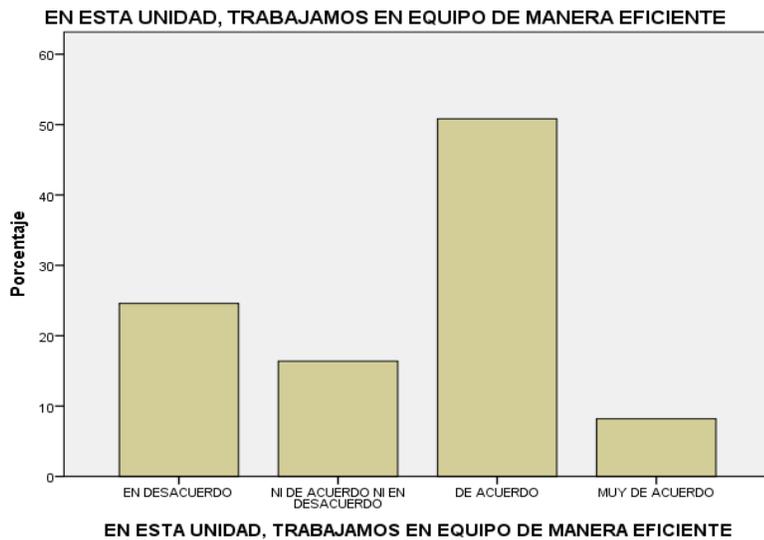
Gráfica 5

**Cuadro 7**

**EN ESTA UNIDAD, TRABAJAMOS EN EQUIPO DE MANERA EFICIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido EN DESACUERDO	15	24.6	24.6	24.6
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	10	16.4	16.4	41.0
DE ACUERDO	31	50.8	50.8	91.8
MUY DE ACUERDO	5	8.2	8.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

EN ESTA UNIDAD, TRABAJAMOS EN EQUIPO DE MANERA EFICIENTE. La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo en que se trabaja en equipo de manera eficiente; sin embargo, hay un 24.6% que declaró estar en desacuerdo; el 16.4% ni de acuerdo, pero tampoco en desacuerdo; solo el 8.2% manifestaron estar muy de acuerdo. (Cuadro 7 y gráfica 6).



Gráfica 6

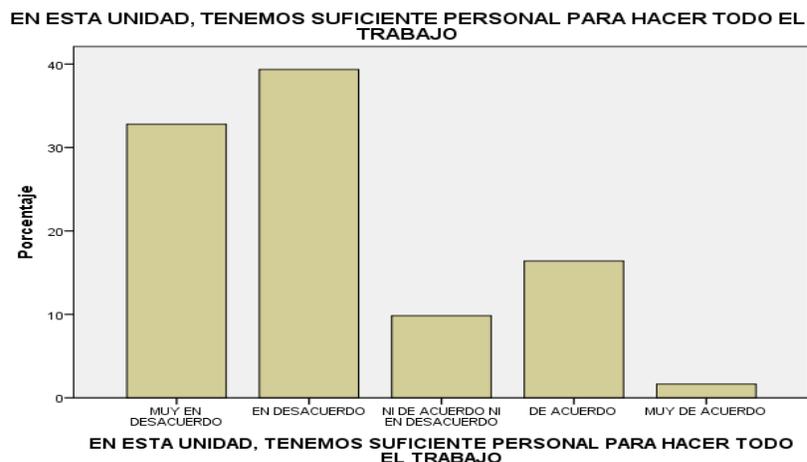
**Cuadro 8**

**EN ESTA UNIDAD, TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA HACER TODO EL TRABAJO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	32.8
	EN DESACUERDO	24	39.3	39.3	72.1
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	6	9.8	9.8	82.0
	DE ACUERDO	10	16.4	16.4	98.4
	MUY DE ACUERDO	1	1.6	1.6	100.0
Total		61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD, TENEMOS SUFICIENTE PERSONAL PARA HACER TODO EL TRABAJO.** La respuesta más frecuente fue el estar en desacuerdo, significando el 39.3% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% la respuesta fue estar muy en desacuerdo; estas dos cifras acumulan el 72.1%; solo el 18% de los encuestados dijo estar de acuerdo y muy de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo el 9.8%. (Cuadro 8, gráfica 7).

**Grafica 7**



**Cuadro 9**

**EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD TRABAJA MAS HORAS DE LO QUE ES MEJOR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	4	6.6	6.6	6.6
	EN DESACUERDO	12	19.7	19.7	26.2
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	21	34.4	34.4	60.7
	DE ACUERDO	16	26.2	26.2	86.9
	MUY DE ACUERDO	8	13.1	13.1	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD TRABAJA MAS HORAS DE LO QUE ES MEJOR PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 34.4% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 26.2% la respuesta fue estar de acuerdo; el 19.7% declararon estar en desacuerdo; el 6.6% muy en desacuerdo, el 26.2% de acuerdo y solo el 13.1% muy de acuerdo. (Cuadro 9 y gráfica 8).



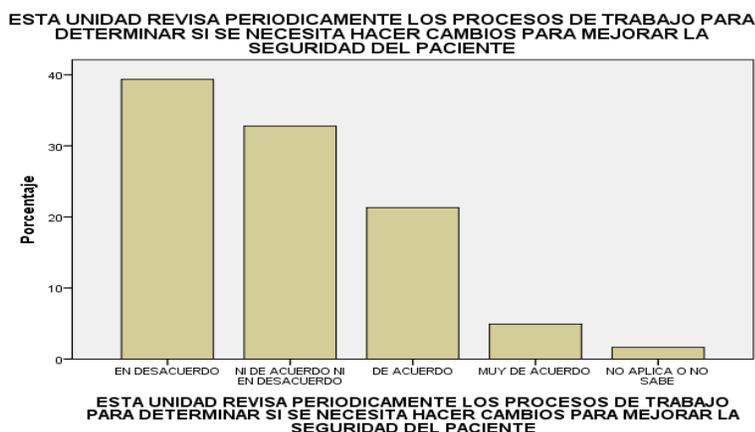
Gráfica 8

**Cuadro 10**

**ESTA UNIDAD REvisa PERIODICAMENTE LOS PROCESOS DE TRABAJO PARA DETERMINAR SI SE NECESITA HACER CAMBIOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido EN DESACUERDO	24	39.3	39.3	39.3
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	72.1
DE ACUERDO	13	21.3	21.3	93.4
MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	98.4
NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**ESTA UNIDAD REvisa PERIODICAMENTE LOS PROCESOS DE TRABAJO PARA DETERMINAR SI SE NECESITA HACER CAMBIOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar en desacuerdo, representando el 39.3% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 21.3% declararon estar de acuerdo; el 4.9% muy de acuerdo y solo 1 médico declaró que no aplica o no sabe. (Cuadro 10, gráfica 9).



Gráfica 9

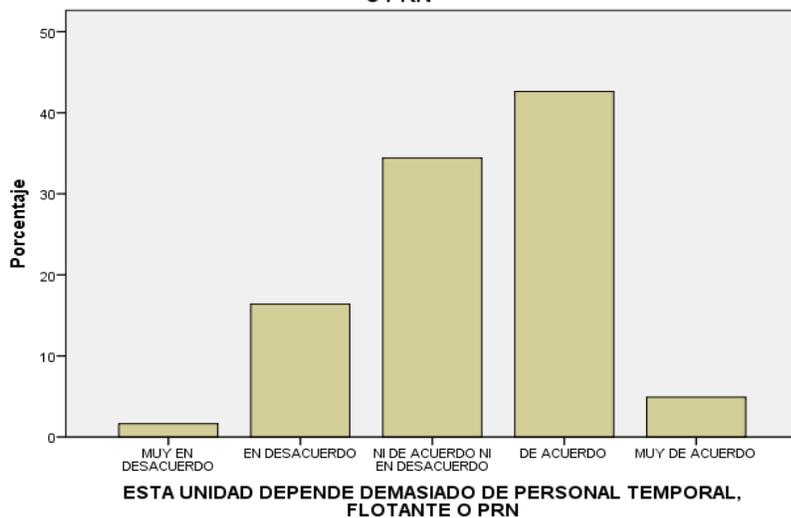
**Cuadro 11**

**ESTA UNIDAD DEPENDE DEMASIADO DE PERSONAL TEMPORAL, FLOTANTE O PRN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	1	1.6	1.6	1.6
	EN DESACUERDO	10	16.4	16.4	18.0
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	21	34.4	34.4	52.5
	DE ACUERDO	26	42.6	42.6	95.1
	MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**ESTA UNIDAD DEPENDE DEMASIADO DE PERSONAL TEMPORAL, FLOTANTE O PRN.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, representando el 42.6% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 34.4% ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 16.4% declararon estar en desacuerdo; el 4.9% de acuerdo y solo 3 médicos (4.9%) declaró estar muy de acuerdo. (Cuadro 11, gráfica 10).

**ESTA UNIDAD DEPENDE DEMASIADO DE PERSONAL TEMPORAL, FLOTANTE O PRN**



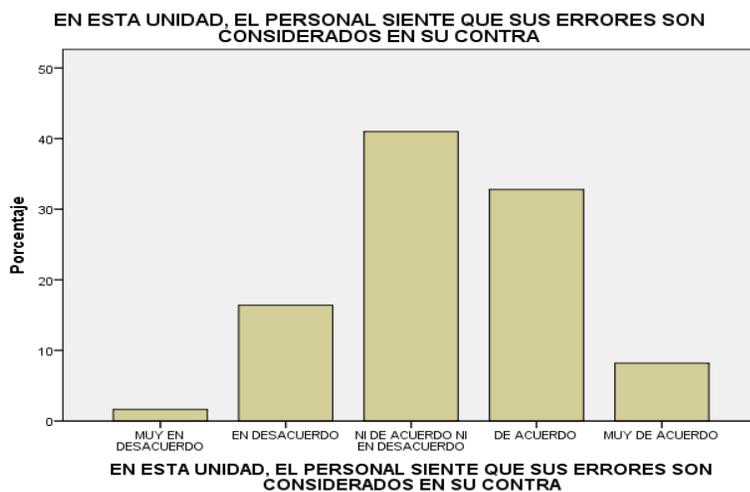
Gráfica 10

**Cuadro 12**

**EN ESTA UNIDAD, EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON CONSIDERADOS EN SU CONTRA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	1	1.6	1.6	1.6
	EN DESACUERDO	10	16.4	16.4	18.0
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	25	41.0	41.0	59.0
	DE ACUERDO	20	32.8	32.8	91.8
	MUY DE ACUERDO	5	8.2	8.2	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD, EL PERSONAL SIENTE QUE SUS ERRORES SON CONSIDERADOS EN SU CONTRA.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 41% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% declararon estar de acuerdo; el 16.4% declararon estar en desacuerdo; el 8.2% muy de acuerdo y solo 1 médico declaró estar muy en desacuerdo. (Cuadro 12, gráfica 11).



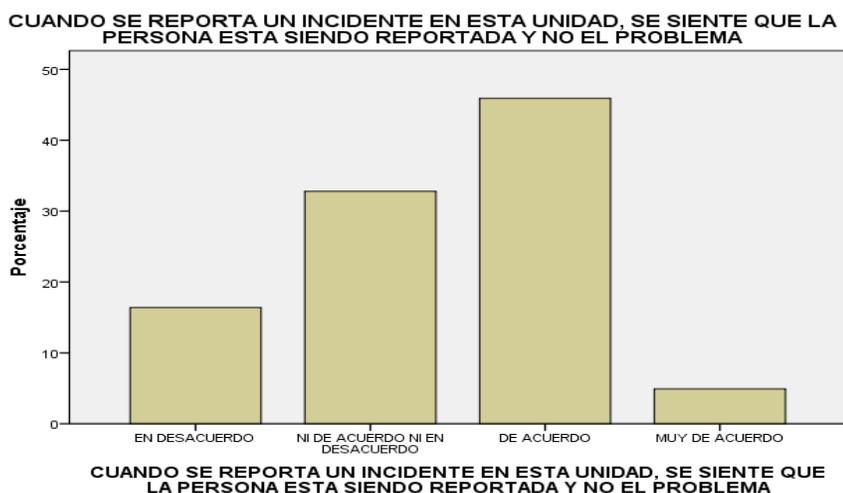
Gráfica 11

**Cuadro 13**

**CUANDO SE REPORTA UN INCIDENTE EN ESTA UNIDAD, SE SIENTE QUE LA PERSONA ESTA SIENDO REPORTADA Y NO EL PROBLEMA**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EN DESACUERDO	10	16.4	16.4	16.4
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	49.2
	DE ACUERDO	28	45.9	45.9	95.1
	MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO SE REPORTA UN INCIDENTE EN ESTA UNIDAD, SE SIENTE QUE LA PERSONA ESTA SIENDO REPORTADA Y NO EL PROBLEMA.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 45.9% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% declararon estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 16.4% declararon estar en desacuerdo y solo el 4.9% declaró estar muy de acuerdo. (Cuadro 13, gráfica 12).



Gráfica 12

**Cuadro 14**

**CUANDO HAY MUCHO TRABAJO, EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD SE AYUDA MUTUAMENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	3	4.9	4.9	4.9
	EN DESACUERDO	14	23.0	23.0	27.9
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	14	23.0	23.0	50.8
	DE ACUERDO	26	42.6	42.6	93.4
	MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	98.4
	NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO HAY MUCHO TRABAJO, EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD SE AYUDA MUTUAMENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 42.6% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con cifra similar del 23% el estar en desacuerdo, pero además estar ni de acuerdo ni en desacuerdo. Igualmente, con cifra similar del 4.9% el estar muy en desacuerdo, pero también otros médicos declararon estar muy de acuerdo, solo 1 médico declaró que no aplica o no sabe. (Cuadro 14, gráfica 13)



Gráfica 13

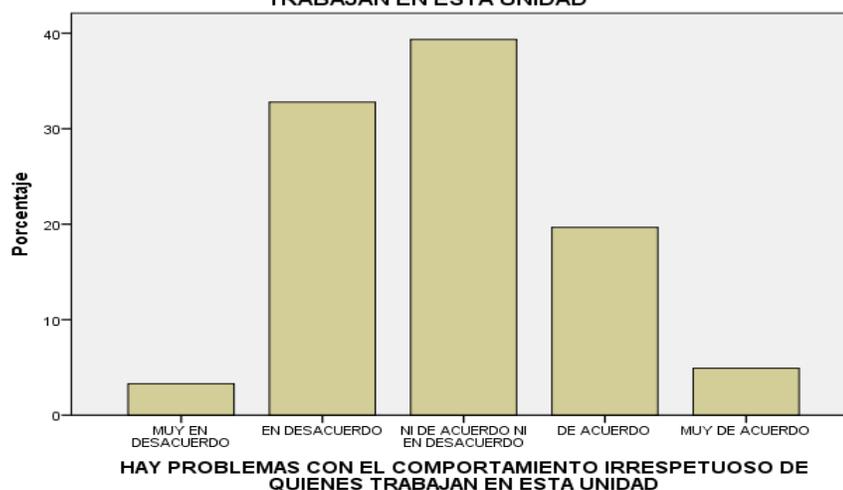
**Cuadro 15**

**HAY PROBLEMAS CON EL COMPORTAMIENTO IRRESPECTUOSO DE QUIENES TRABAJAN EN ESTA UNIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	2	3.3	3.3	3.3
EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	36.1
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	24	39.3	39.3	75.4
DE ACUERDO	12	19.7	19.7	95.1
MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**HAY PROBLEMAS CON EL COMPORTAMIENTO IRRESPECTUOSO DE QUIENES TRABAJAN EN ESTA UNIDAD.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 39.3% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% el estar en desacuerdo; el 19.7% el estar de acuerdo; el 4.9% muy de acuerdo y solo 2 médicos declararon estar muy en desacuerdo. (Cuadro 15, gráfica 14).

**HAY PROBLEMAS CON EL COMPORTAMIENTO IRRESPECTUOSO DE QUIENES TRABAJAN EN ESTA UNIDAD**



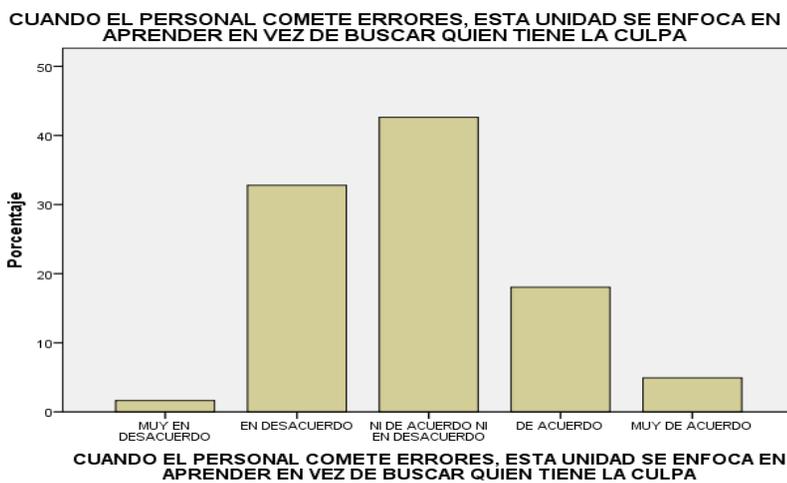
Gráfica 14

**Cuadro 16**

**CUANDO EL PERSONAL COMETE ERRORES, ESTA UNIDAD SE ENFOCA EN APRENDER EN VEZ DE BUSCAR QUIEN TIENE LA CULPA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	1	1.6	1.6	1.6
EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	34.4
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	26	42.6	42.6	77.0
DE ACUERDO	11	18.0	18.0	95.1
MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO EL PERSONAL COMETE ERRORES, ESTA UNIDAD SE ENFOCA EN APRENDER EN VEZ DE BUSCAR QUIEN TIENE LA CULPA.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 42.6% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% el estar en desacuerdo; el 18% el estar de acuerdo; el 4.9% muy de acuerdo y solo 1 médico declaró estar muy en desacuerdo. (Cuadro 16, gráfica 15).



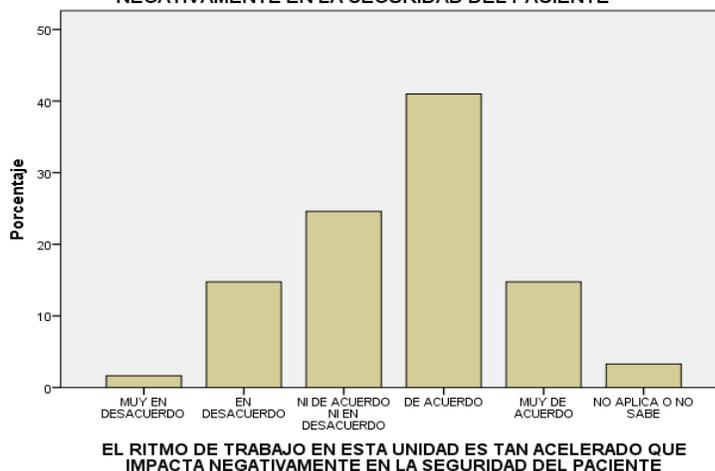
Gráfica 15

**Cuadro 17**  
**EL RITMO DE TRABAJO EN ESTA UNIDAD ES TAN ACELERADO QUE IMPACTA NEGATIVAMENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	1	1.6	1.6	1.6
EN DESACUERDO	9	14.8	14.8	16.4
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	15	24.6	24.6	41.0
DE ACUERDO	25	41.0	41.0	82.0
MUY DE ACUERDO	9	14.8	14.8	96.7
NO APLICA O NO SABE	2	3.3	3.3	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**EL RITMO DE TRABAJO EN ESTA UNIDAD ES TAN ACELERADO QUE IMPACTA NEGATIVAMENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 41% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 24.6% el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; con similar cifra del 14.8% el estar muy de acuerdo, pero otros médicos respondieron estar en desacuerdo; solo 2 médicos respondieron no aplica o no sabe. (Cuadro 17, gráfica 16).

**EL RITMO DE TRABAJO EN ESTA UNIDAD ES TAN ACELERADO QUE IMPACTA NEGATIVAMENTE EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**



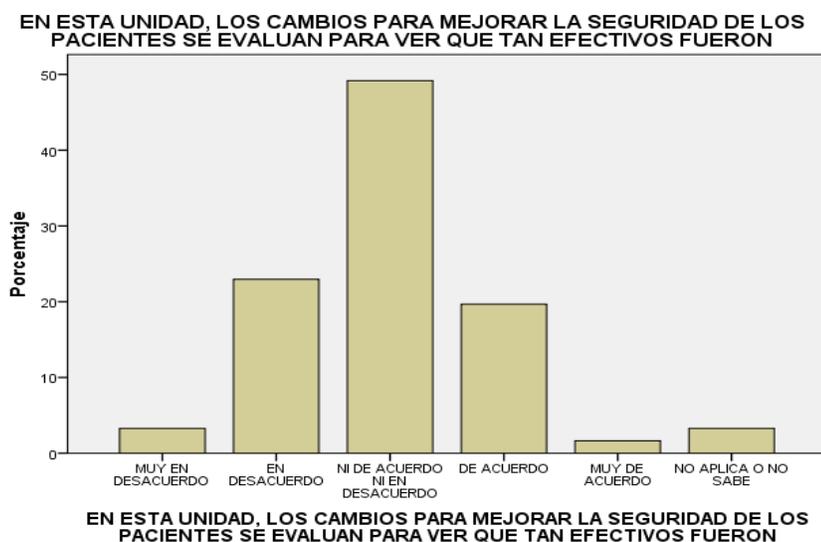
Gráfica 16

**Cuadro 18**

**EN ESTA UNIDAD, LOS CAMBIOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES SE EVALUAN PARA VER QUE TAN EFECTIVOS FUERON**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	2	3.3	3.3	3.3
	EN DESACUERDO	14	23.0	23.0	26.2
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	30	49.2	49.2	75.4
	DE ACUERDO	12	19.7	19.7	95.1
	MUY DE ACUERDO	1	1.6	1.6	96.7
	NO APLICA O NO SABE	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

EN ESTA UNIDAD, LOS CAMBIOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES SE EVALUAN PARA VER QUE TAN EFECTIVOS FUERON. La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 49.2% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 23% el estar en desacuerdo; el 19.7% el estar de acuerdo; con similar cifra del 3.3% el estar muy en desacuerdo, pero otros médicos contestaron no aplica o no sabe; solo 1 médico respondió el estar muy de acuerdo. (cuadro 18, gráfica 17).



Gráfica 17

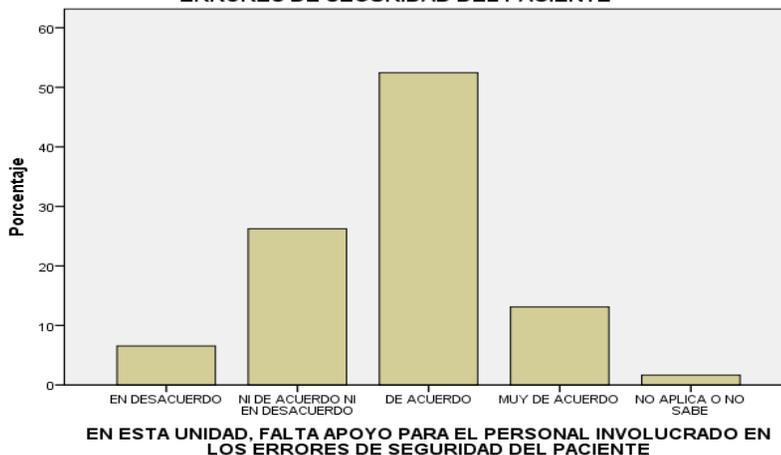
**Cuadro 19**

**EN ESTA UNIDAD, FALTA APOYO PARA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LOS ERRORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido EN DESACUERDO	4	6.6	6.6	6.6
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	16	26.2	26.2	32.8
DE ACUERDO	32	52.5	52.5	85.2
MUY DE ACUERDO	8	13.1	13.1	98.4
NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD, FALTA APOYO PARA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LOS ERRORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 52.5% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 26.2% el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 13.1% el estar muy de acuerdo; con el 6.6% estar en desacuerdo y solo 1 médico respondió no aplica o no sabe. Cuadro 19, gráfica 18).

**EN ESTA UNIDAD, FALTA APOYO PARA EL PERSONAL INVOLUCRADO EN LOS ERRORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**



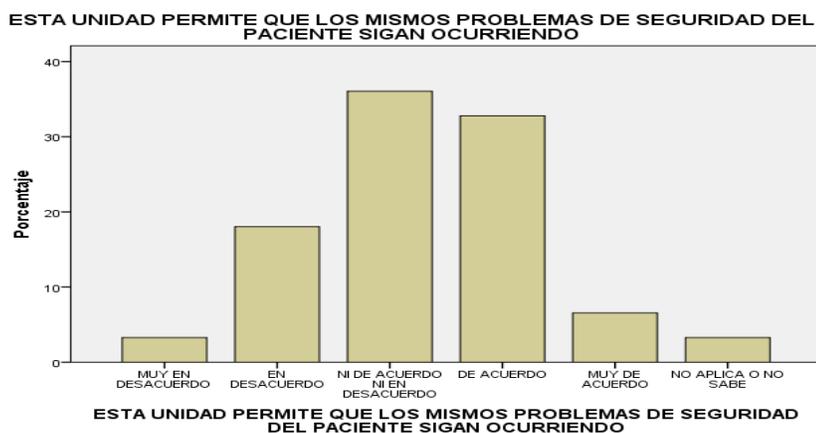
Gráfica 18

**Cuadro 20**

**ESTA UNIDAD PERMITE QUE LOS MISMOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIGAN OCURRIENDO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	2	3.3	3.3	3.3
	EN DESACUERDO	11	18.0	18.0	21.3
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	22	36.1	36.1	57.4
	DE ACUERDO	20	32.8	32.8	90.2
	MUY DE ACUERDO	4	6.6	6.6	96.7
	NO APLICA O NO SABE	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**ESTA UNIDAD PERMITE QUE LOS MISMOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SIGAN OCURRIENDO.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 36.1% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 32.8% el estar de acuerdo; el 18% el estar en desacuerdo, y con similar cifra del 3.3% el estar muy en desacuerdo, pero otros 2 médicos respondieron no aplica o no sabe. Cuadro 20, gráfica 19).



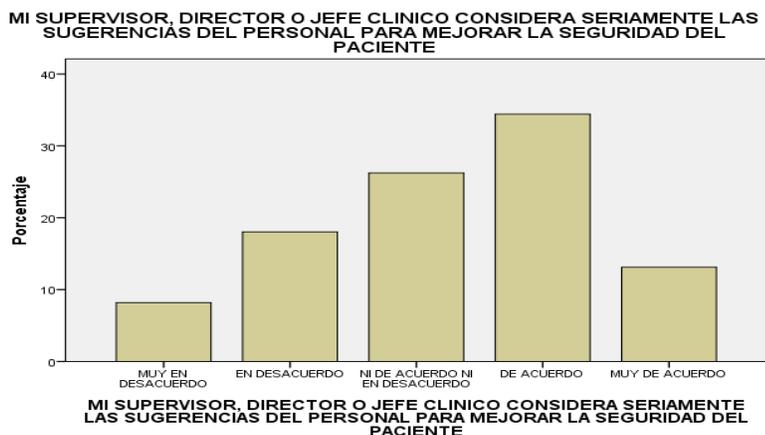
Gráfica 19

**Cuadro 21**

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO CONSIDERA SERIAMENTE LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	5	8.2	8.2	8.2
EN DESACUERDO	11	18.0	18.0	26.2
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	16	26.2	26.2	52.5
DE ACUERDO	21	34.4	34.4	86.9
MUY DE ACUERDO	8	13.1	13.1	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO CONSIDERA SERIAMENTE LAS SUGERENCIAS DEL PERSONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 34.4% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 26.2% el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 18% el estar en desacuerdo; el 13.1% contestó muy de acuerdo y el 8.2% muy en desacuerdo. (Cuadro 21, gráfica 20).



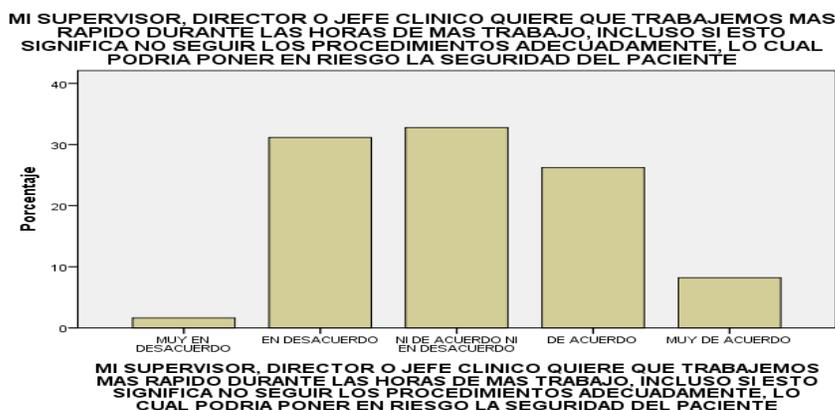
Gráfica 20

**Cuadro 22**

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO QUIERE QUE TRABAJEMOS MAS RAPIDO DURANTE LAS HORAS DE MAS TRABAJO, INCLUSO SI ESTO SIGNIFICA NO SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS ADECUADAMENTE, LO CUAL PODRIA PONER EN RIESGO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	1	1.6	1.6	1.6
	EN DESACUERDO	19	31.1	31.1	32.8
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	65.6
	DE ACUERDO	16	26.2	26.2	91.8
	MUY DE ACUERDO	5	8.2	8.2	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO QUIERE QUE TRABAJEMOS MAS RAPIDO DURANTE LAS HORAS DE MAS TRABAJO, INCLUSO SI ESTO SIGNIFICA NO SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS ADECUADAMENTE, LO CUAL PODRIA PONER EN RIESGO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 32.8% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 31.1% el estar en desacuerdo; el 26.2% el estar de acuerdo; el 8.2% contestó muy de acuerdo y solo 1 médico contestó muy en desacuerdo. (Cuadro 22, gráfica 21).



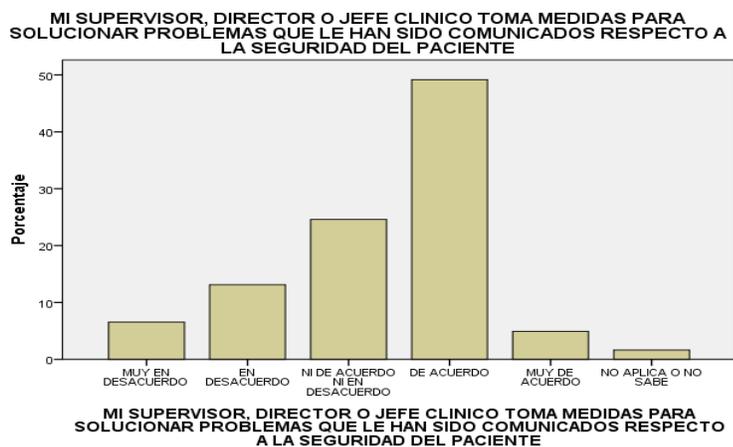
Gráfica 21

**Cuadro 23**

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO TOMA MEDIDAS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS QUE LE HAN SIDO COMUNICADOS RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	4	6.6	6.6	6.6
	EN DESACUERDO	8	13.1	13.1	19.7
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	15	24.6	24.6	44.3
	DE ACUERDO	30	49.2	49.2	93.4
	MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	98.4
	NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**MI SUPERVISOR, DIRECTOR O JEFE CLINICO TOMA MEDIDAS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS QUE LE HAN SIDO COMUNICADOS RESPECTO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 49.2% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 24.6% el estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 13.1% el estar en desacuerdo; el 6.6% contestó muy de acuerdo y solo 1 médico contestó no aplica o no sabe. (Cuadro 23, gráfica 22).



Gráfica 22

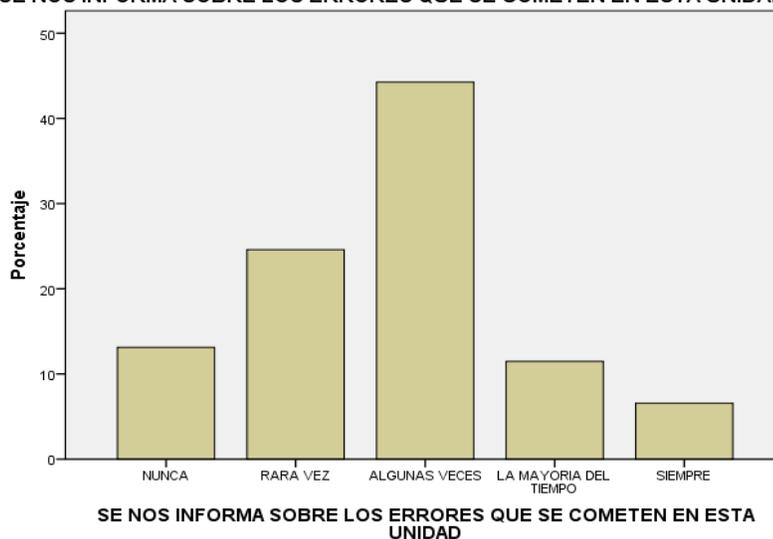
**Cuadro 24**

**SE NOS INFORMA SOBRE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN ESTA UNIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	8	13.1	13.1	13.1
	RARA VEZ	15	24.6	24.6	37.7
	ALGUNAS VECES	27	44.3	44.3	82.0
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	7	11.5	11.5	93.4
	SIEMPRE	4	6.6	6.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**SE NOS INFORMA SOBRE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN ESTA UNIDAD.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 44.3% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 24.6% rara vez; el 13.1% contestó que nunca; el 11.5% contestó que la mayoría del tiempo y el 6.6% contestó que siempre. (Cuadro 24, gráfica 23).

**SE NOS INFORMA SOBRE LOS ERRORES QUE SE COMETEN EN ESTA UNIDAD**



Gráfica 23

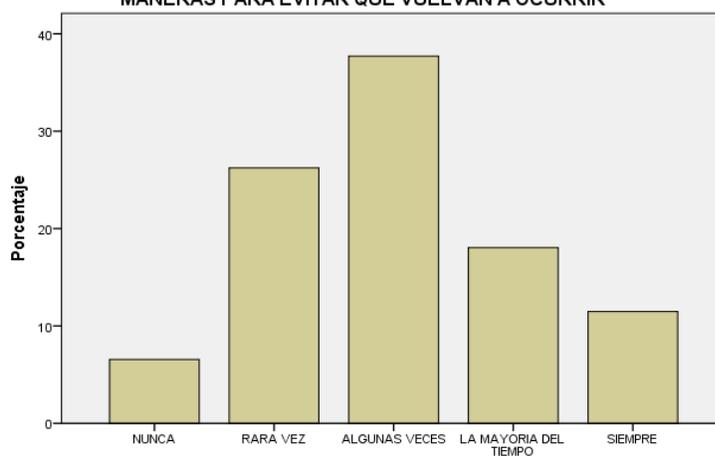
**Cuadro 25**

**CUANDO SE COMETEN ERRORES EN ESTA UNIDAD HABLAMOS SOBRE LAS MANERAS PARA EVITAR QUE VUELVAN A OCURRIR**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	4	6.6	6.6	6.6
	RARA VEZ	16	26.2	26.2	32.8
	ALGUNAS VECES	23	37.7	37.7	70.5
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	11	18.0	18.0	88.5
	SIEMPRE	7	11.5	11.5	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO SE COMETEN ERRORES EN ESTA UNIDAD HABLAMOS SOBRE LAS MANERAS PARA EVITAR QUE VUELVAN A OCURRIR.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 37.7% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 26.2% rara vez; el 18% contestó que la mayoría del tiempo; el 11.5% contestó que siempre y el 6.6% contestó que nunca. (Cuadro 25, gráfica 24).

**CUANDO SE COMETEN ERRORES EN ESTA UNIDAD HABLAMOS SOBRE LAS MANERAS PARA EVITAR QUE VUELVAN A OCURRIR**



**CUANDO SE COMETEN ERRORES EN ESTA UNIDAD HABLAMOS SOBRE LAS MANERAS PARA EVITAR QUE VUELVAN A OCURRIR**

Gráfica 24

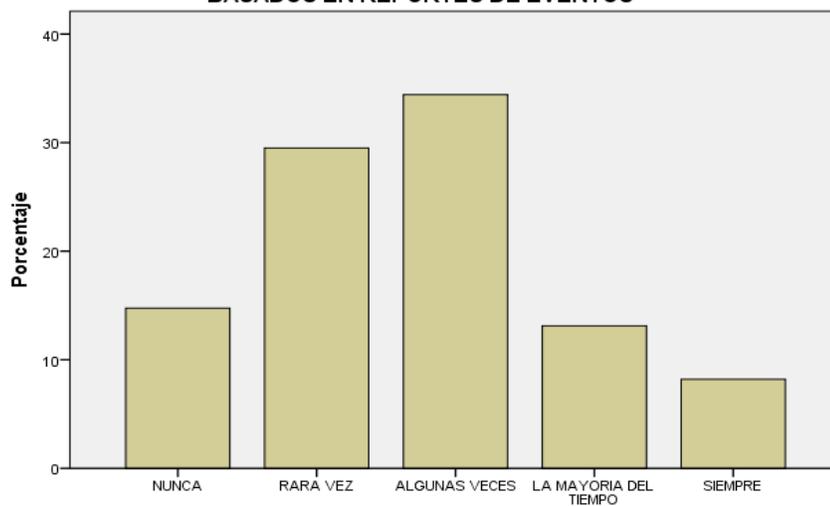
**Cuadro 26**

**EN ESTA UNIDAD SE NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS QUE SE HACEN BASADOS EN  
REPORTES DE EVENTOS**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	9	14.8	14.8	14.8
	RARA VEZ	18	29.5	29.5	44.3
	ALGUNAS VECES	21	34.4	34.4	78.7
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	8	13.1	13.1	91.8
	SIEMPRE	5	8.2	8.2	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD SE NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS QUE SE HACEN BASADOS EN REPORTES DE EVENTOS.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 34.4% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 29.5% rara vez; el 14.8% contestó que nunca; el 8.2% contestó que siempre. (Cuadro 26, gráfica 25).

**EN ESTA UNIDAD SE NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS QUE SE HACEN  
BASADOS EN REPORTES DE EVENTOS**



**EN ESTA UNIDAD SE NOS INFORMA SOBRE LOS CAMBIOS QUE SE HACEN  
BASADOS EN REPORTES DE EVENTOS**

Gráfica 25

**Cuadro 27**

**EN ESTA UNIDAD EL PERSONAL DICE SI VE ALGO QUE PODRIA AFECTAR NEGATIVAMENTE EL CUIDADO DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NUNCA	4	6.6	6.6	6.6
RARA VEZ	15	24.6	24.6	31.1
ALGUNAS VECES	21	34.4	34.4	65.6
LA MAYORIA DEL TIEMPO	15	24.6	24.6	90.2
SIEMPRE	6	9.8	9.8	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD EL PERSONAL DICE SI VE ALGO QUE PODRIA AFECTAR NEGATIVAMENTE EL CUIDADO DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 34.4% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con cifra similar del 24.6% las respuestas fueron: rara vez y la mayoría del tiempo; el 9.8%% contestó que siempre, el 6.6%% contestó que nunca. (Cuadro 27, gráfica 26).



Gráfica 26

**Cuadro 28**

**CUANDO EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD VE A ALGUIEN CON MAYOR AUTORIDAD HACIENDO ALGO QUE NO ES SEGURO PARA LOS PACIENTES, LO DICE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	6	9.8	9.8	9.8
	RARA VEZ	13	21.3	21.3	31.1
	ALGUNAS VECES	18	29.5	29.5	60.7
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	12	19.7	19.7	80.3
	SIEMPRE	10	16.4	16.4	96.7
	NO APLICA O NO SABE	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO EL PERSONAL EN ESTA UNIDAD VE A ALGUIEN CON MAYOR AUTORIDAD HACIENDO ALGO QUE NO ES SEGURO PARA LOS PACIENTES, LO DICE.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 29.5% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 21.3% la respuesta fue que rara vez; el 19.7% contestó que la mayoría del tiempo; el 16.4% que siempre; el 9.8% contestó que nunca y solo 1 médico contestó no aplica o no sabe. (Cuadro 28, gráfica 27).



Gráfica 27

**Cuadro 29**

**CUANDO EL PERSONAL DE ESTA UNIDAD HABLA, LAS PERSONAS QUE TIENEN MAS AUTORIDAD ESCUCHAN SUS PREOCUPACIONES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	5	8.2	8.2	8.2
	RARA VEZ	10	16.4	16.4	24.6
	ALGUNAS VECES	22	36.1	36.1	60.7
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	17	27.9	27.9	88.5
	SIEMPRE	5	8.2	8.2	96.7
	NO APLICA O NO SABE	2	3.3	3.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO EL PERSONAL DE ESTA UNIDAD HABLA, LAS PERSONAS QUE TIENEN MAS AUTORIDAD ESCUCHAN SUS PREOCUPACIONES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 36.1% sobre el total de médicos residentes encuestados, en segundo lugar, con el 27.9% la respuesta fue la mayoría del tiempo; el 16.4% contestó que rara vez; con similar cifra del 8.2% que siempre, pero otros médicos contestaron que nunca y solo 1 médico contestó no aplica o no sabe. Las frecuencias de la respuesta se observan objetivamente en la gráfica. (Cuadro 29, gráfica 28).



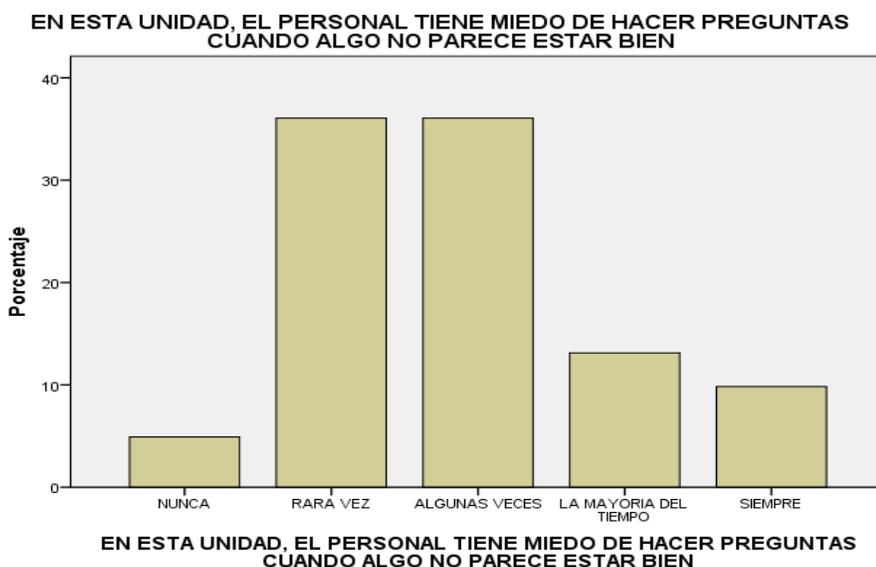
Gráfica 28

**Cuadro 30**

**EN ESTA UNIDAD, EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO PARECE ESTAR BIEN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUNCA	3	4.9	4.9	4.9
	RARA VEZ	22	36.1	36.1	41.0
	ALGUNAS VECES	22	36.1	36.1	77.0
	LA MAYORIA DEL TIEMPO	8	13.1	13.1	90.2
	SIEMPRE	6	9.8	9.8	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTA UNIDAD, EL PERSONAL TIENE MIEDO DE HACER PREGUNTAS CUANDO ALGO NO PARECE ESTAR BIEN.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 36.1% sobre el total de médicos residentes encuestados, pero con cifra similar del 36.1% contestaron que rara vez; el 13.1% contestó que la mayoría del tiempo; el 9.8% contestó que siempre y el 4.9% declaró que nunca. (Cuadro 30, gráfica 29).



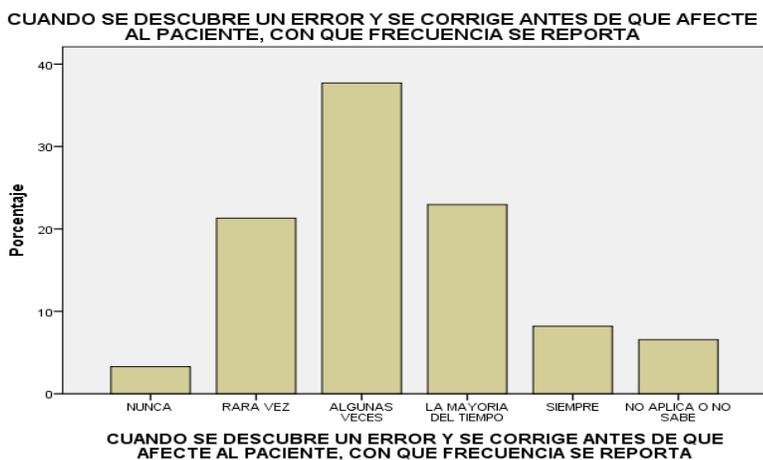
Gráfica 29

**Cuadro 31**

**CUANDO SE DESCUBRE UN ERROR Y SE CORRIGE ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NUNCA	2	3.3	3.3	3.3
RARA VEZ	13	21.3	21.3	24.6
ALGUNAS VECES	23	37.7	37.7	62.3
LA MAYORIA DEL TIEMPO	14	23.0	23.0	85.2
SIEMPRE	5	8.2	8.2	93.4
NO APLICA O NO SABE	4	6.6	6.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO SE DESCUBRE UN ERROR Y SE CORRIGE ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 37.7% sobre el total de médicos residentes encuestados; el 23% contestó que la mayoría del tiempo; el 21.3% contestó que rara vez; el 8.2% contestó que siempre, el 6.6% declaró que no sabe o no aplica y solo 2 médicos contestaron que nunca. (Cuadro 31, gráfica 30).



Gráfica 30

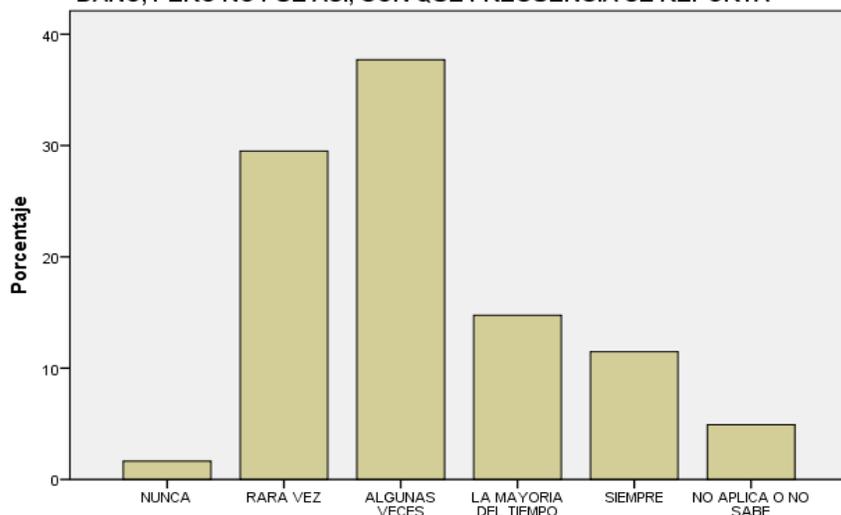
**Cuadro32**

**CUANDO UN ERROR AFECTA AL PACIENTE Y PUDO HABERLE CAUSADO DAÑO, PERO NO FUE ASI, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NUNCA	1	1.6	1.6	1.6
RARA VEZ	18	29.5	29.5	31.1
ALGUNAS VECES	23	37.7	37.7	68.9
LA MAYORIA DEL TIEMPO	9	14.8	14.8	83.6
SIEMPRE	7	11.5	11.5	95.1
NO APLICA O NO SABE	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**CUANDO UN ERROR AFECTA AL PACIENTE Y PUDO HABERLE CAUSADO DAÑO, PERO NO FUE ASI, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA.** La respuesta más frecuente fue algunas veces, significando el 37.7% sobre el total de médicos residentes encuestados; el 29.5% contestó que rara vez; el 14.8% contestó que la mayoría del tiempo; el 11.5% contestó que siempre, el 4.96% declaró que no sabe o no aplica y solo 1 médico contestó que nunca. (Cuadro 32, gráfica 31).

**CUANDO UN ERROR AFECTA AL PACIENTE Y PUDO HABERLE CAUSADO DAÑO, PERO NO FUE ASI, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA**



**CUANDO UN ERROR AFECTA AL PACIENTE Y PUDO HABERLE CAUSADO DAÑO, PERO NO FUE ASI, CON QUE FRECUENCIA SE REPORTA**

Gráfica 31

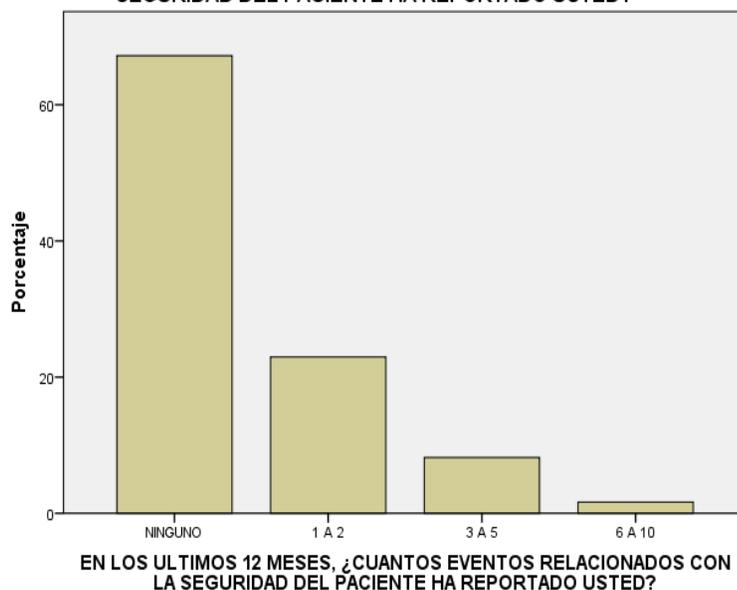
**Cuadro 33**

**EN LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HA REPORTADO USTED?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NINGUNO	41	67.2	67.2	67.2
1 a 2	14	23.0	23.0	90.2
3 a 5	5	8.2	8.2	98.4
6 a 10	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**EN LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HA REPORTADO USTED?** La respuesta más frecuente fue “ninguno”, significando el 67.2% sobre el total de médicos residentes encuestados; el 23% contestó que entre 1 a 2, eventos; el 8.2% contestó que de 3 a 5 eventos y solo 1 médico respondió que entre 6 a 10 eventos. (Cuadro 33, gráfica 32).

**EN LOS ULTIMOS 12 MESES, ¿CUANTOS EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HA REPORTADO USTED?**



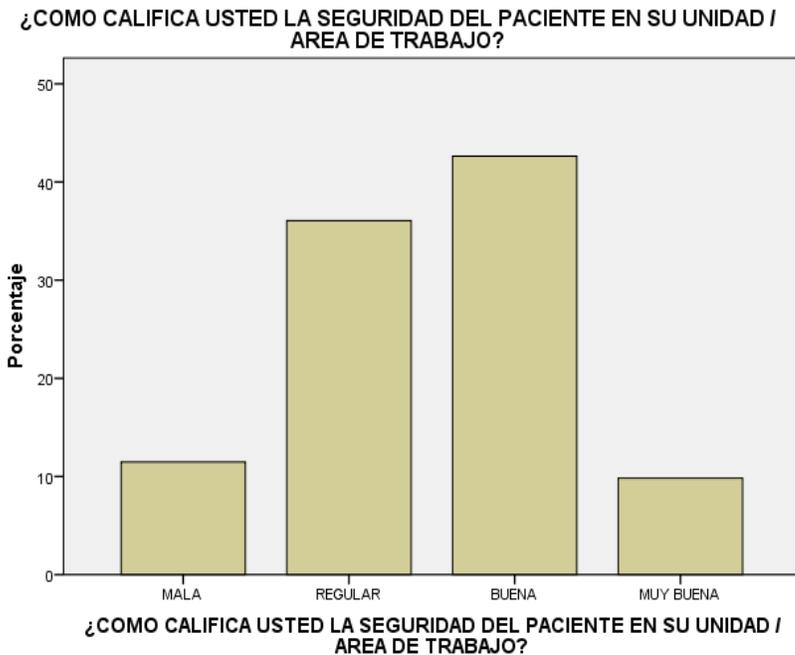
Gráfica 32

**Cuadro 34**

**¿COMO CALIFICA USTED LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU UNIDAD / AREA DE TRABAJO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MALA	7	11.5	11.5	11.5
	REGULAR	22	36.1	36.1	47.5
	BUENA	26	42.6	42.6	90.2
	MUY BUENA	6	9.8	9.8	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

¿COMO CALIFICA USTED LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU UNIDAD / AREA DE TRABAJO? La respuesta más frecuente fue “buena”, significando el 42.6% sobre el total de médicos residentes encuestados; el 36.1% contestó que regular; el 11.5% contestó que “mala”, y solo el 9.8% contestó que “muy buena”. (Cuadro 34, gráfica 33).



Gráfica 33

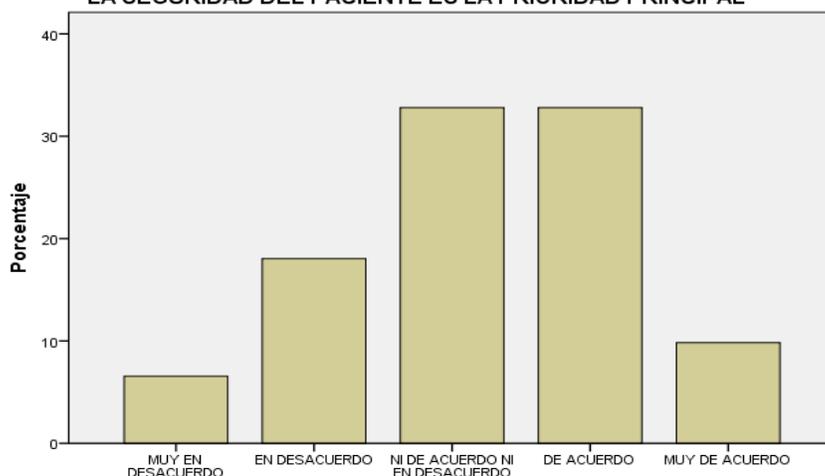
**Cuadro 35**

**LAS ACCIONES DE LA ADMINSTRACION DE ESTE HOSPITAL MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES LA PRIORIDAD PRINCIPAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	4	6.6	6.6	6.6
EN DESACUERDO	11	18.0	18.0	24.6
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	20	32.8	32.8	57.4
DE ACUERDO	20	32.8	32.8	90.2
MUY DE ACUERDO	6	9.8	9.8	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**LAS ACCIONES DE LA ADMINSTRACION DE ESTE HOSPITAL MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES LA PRIORIDAD PRINCIPAL.** La respuesta más frecuente fue ni de acuerdo ni en desacuerdo, significando el 32.8%; el 18% contestó estar en desacuerdo; el 9.8% contestó que muy de acuerdo, y el 6.6% contestó muy en desacuerdo. (Cuadro 35, gráfica 34).

**LAS ACCIONES DE LA ADMINSTRACION DE ESTE HOSPITAL MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES LA PRIORIDAD PRINCIPAL**



**LAS ACCIONES DE LA ADMINSTRACION DE ESTE HOSPITAL MUESTRAN QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES LA PRIORIDAD PRINCIPAL**

Gráfica 34

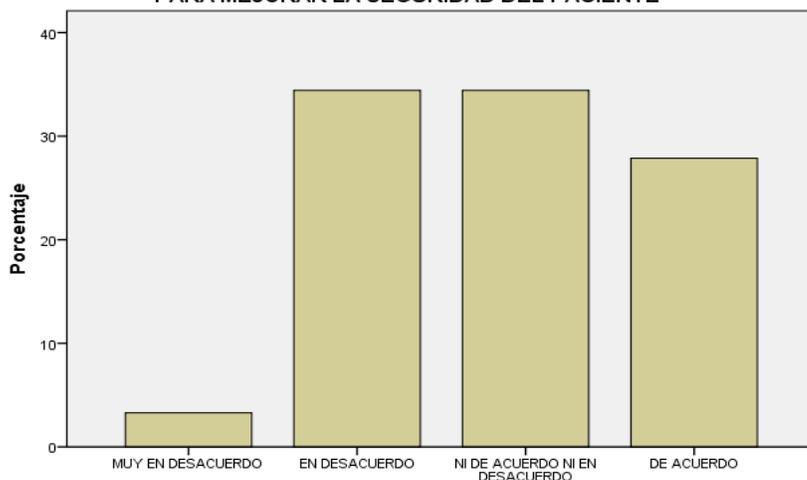
**Cuadro 36**

**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PROPORCIONA RECURSOS ADECUADOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	2	3.3	3.3	3.3
EN DESACUERDO	21	34.4	34.4	37.7
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	21	34.4	34.4	72.1
DE ACUERDO	17	27.9	27.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PROPORCIONA RECURSOS ADECUADOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar en desacuerdo, significando el 34.4% sobre el total de residentes de medicina familiar; con similar cifra del 34.4% respondieron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 27.9% respondió estar de acuerdo y solo 1 médico respondió estar en desacuerdo. (Cuadro 36, gráfica 35).

**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PROPORCIONA RECURSOS ADECUADOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**



**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PROPORCIONA RECURSOS ADECUADOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

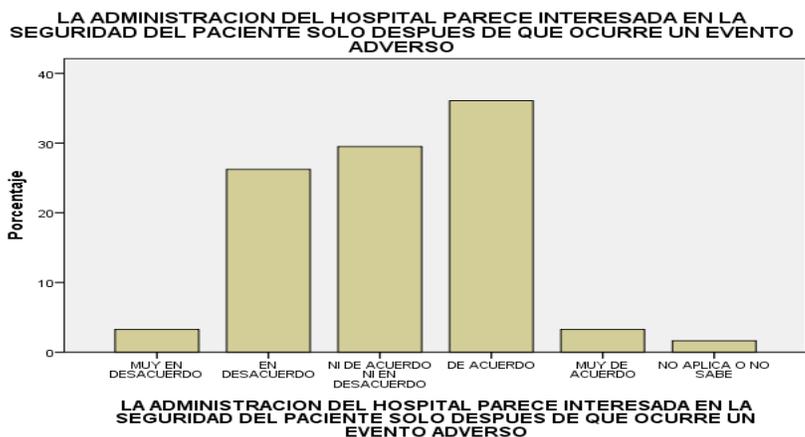
Gráfica 35

**Cuadro 37**

**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PARECE INTERESADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOLO DESPUES DE QUE OCURRE UN EVENTO ADVERSO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	2	3.3	3.3	3.3
EN DESACUERDO	16	26.2	26.2	29.5
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	18	29.5	29.5	59.0
DE ACUERDO	22	36.1	36.1	95.1
MUY DE ACUERDO	2	3.3	3.3	98.4
NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL PARECE INTERESADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOLO DESPUES DE QUE OCURRE UN EVENTO ADVERSO.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 36.1% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 29.5% respondió estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 26.2% respondió estar en desacuerdo; con similar cifra del 3.3% se respondió: muy en desacuerdo y muy de acuerdo y solo 1 médico respondió no aplica o no sabe. (Cuadro 37, gráfica 36).



Gráfica 36

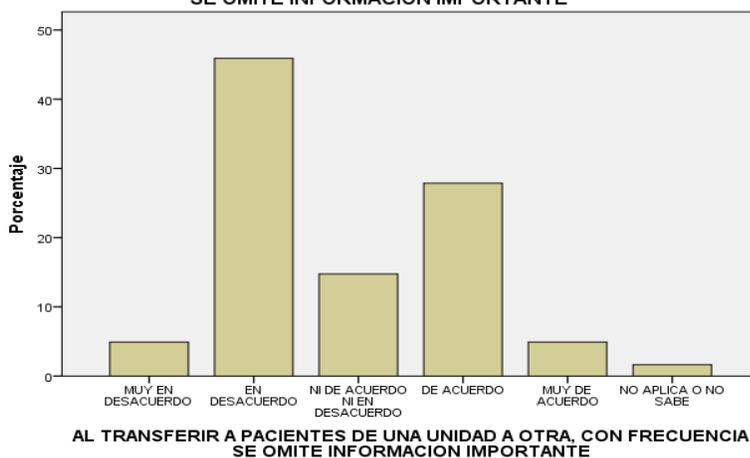
**Cuadro 38**

**AL TRANSFERIR A PACIENTES DE UNA UNIDAD A OTRA, CON FRECUENCIA SE OMITE INFORMACION IMPORTANTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	3	4.9	4.9	4.9
	EN DESACUERDO	28	45.9	45.9	50.8
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	9	14.8	14.8	65.6
	DE ACUERDO	17	27.9	27.9	93.4
	MUY DE ACUERDO	3	4.9	4.9	98.4
	NO APLICA O NO SABE	1	1.6	1.6	100.0
Total		61	100.0	100.0	

**AL TRANSFERIR A PACIENTES DE UNA UNIDAD A OTRA, CON FRECUENCIA SE OMITE INFORMACION IMPORTANTE.** La respuesta más frecuente fue el estar en desacuerdo, significando el 45.9% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 27.9% respondió estar de acuerdo; el 14.8% respondió estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; con similar cifra del 4.9% se respondió: muy en desacuerdo y muy de acuerdo y solo 1 médico respondió no aplica o no sabe. (Cuadro 38, gráfica 37).

**AL TRANSFERIR A PACIENTES DE UNA UNIDAD A OTRA, CON FRECUENCIA SE OMITE INFORMACION IMPORTANTE**



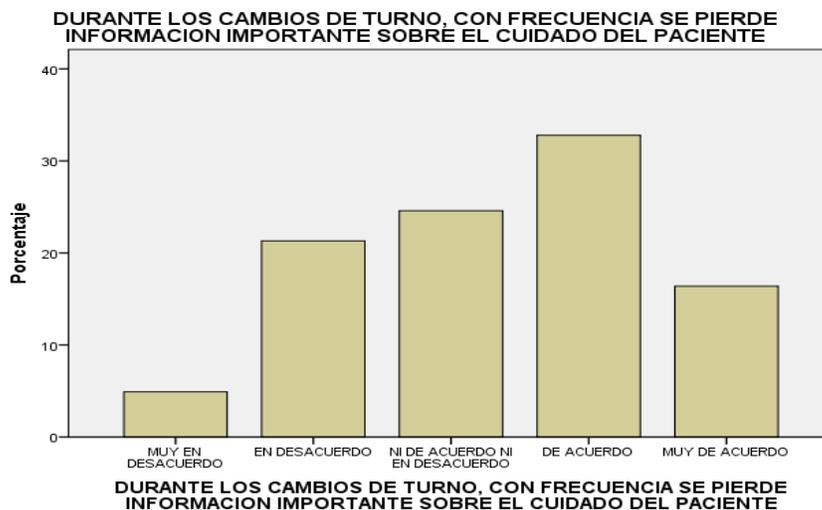
Gráfica 37

**Cuadro 39**

**DURANTE LOS CAMBIOS DE TURNO, CON FRECUENCIA SE PIERDE INFORMACION IMPORTANTE SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUY EN DESACUERDO	3	4.9	4.9	4.9
	EN DESACUERDO	13	21.3	21.3	26.2
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	15	24.6	24.6	50.8
	DE ACUERDO	20	32.8	32.8	83.6
	MUY DE ACUERDO	10	16.4	16.4	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**DURANTE LOS CAMBIOS DE TURNO, CON FRECUENCIA SE PIERDE INFORMACION IMPORTANTE SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar de acuerdo, significando el 32.8% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 24.6% respondió estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 21.3% respondió estar en desacuerdo; el 16.4% respondió el estar muy de acuerdo y el 4.9 % respondieron estar muy en desacuerdo. (Cuadro 39, gráfica 38).



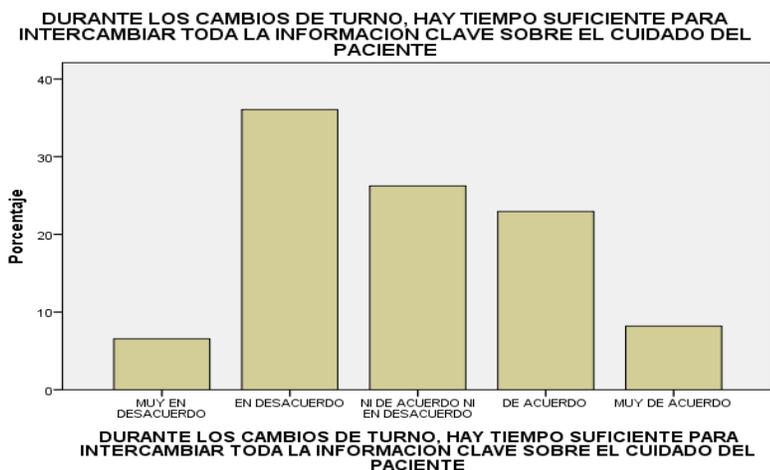
Grafica 38

**Cuadro 40**

**DURANTE LOS CAMBIOS DE TURNO, HAY TIEMPO SUFICIENTE PARA INTERCAMBIAR TODA LA INFORMACION CLAVE SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MUY EN DESACUERDO	4	6.6	6.6	6.6
EN DESACUERDO	22	36.1	36.1	42.6
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	16	26.2	26.2	68.9
DE ACUERDO	14	23.0	23.0	91.8
MUY DE ACUERDO	5	8.2	8.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

**DURANTE LOS CAMBIOS DE TURNO, HAY TIEMPO SUFICIENTE PARA INTERCAMBIAR TODA LA INFORMACION CLAVE SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE.** La respuesta más frecuente fue el estar en desacuerdo, significando el 36.1% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 26.2% respondió estar ni de acuerdo ni en desacuerdo; el 23% respondió estar de acuerdo; el 8.2% respondió el estar muy de acuerdo y el 6.6 % respondieron estar muy en desacuerdo. (Cuadro 40, gráfica 39).



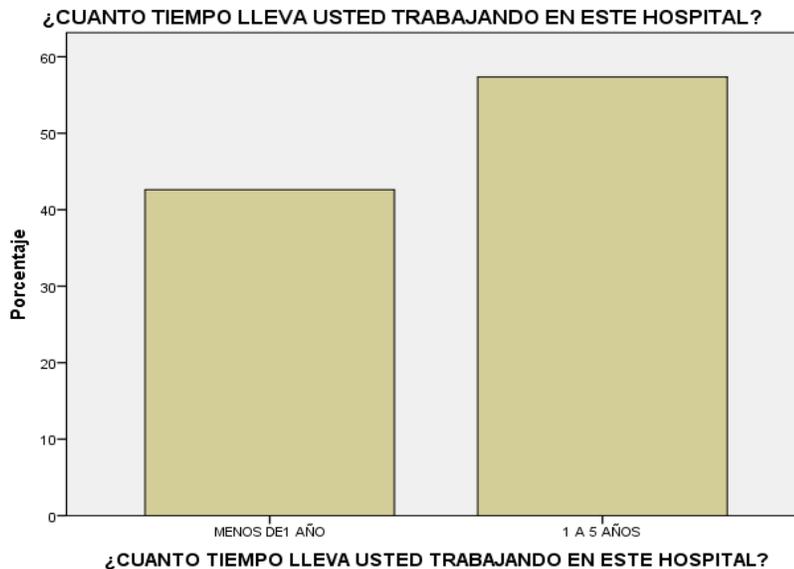
Gráfica 39

**Cuadro 41**

**¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN ESTE HOSPITAL?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MENOS DE 1 AÑO	26	42.6	42.6	42.6
	1 a 5 AÑOS	35	57.4	57.4	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN ESTE HOSPITAL?** La respuesta más frecuente fue menos de un año, significando el 42.6% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 57.4% respondió entre 1 a 5 años. (Cuadro 41, gráfica 40).



Gráfica 40

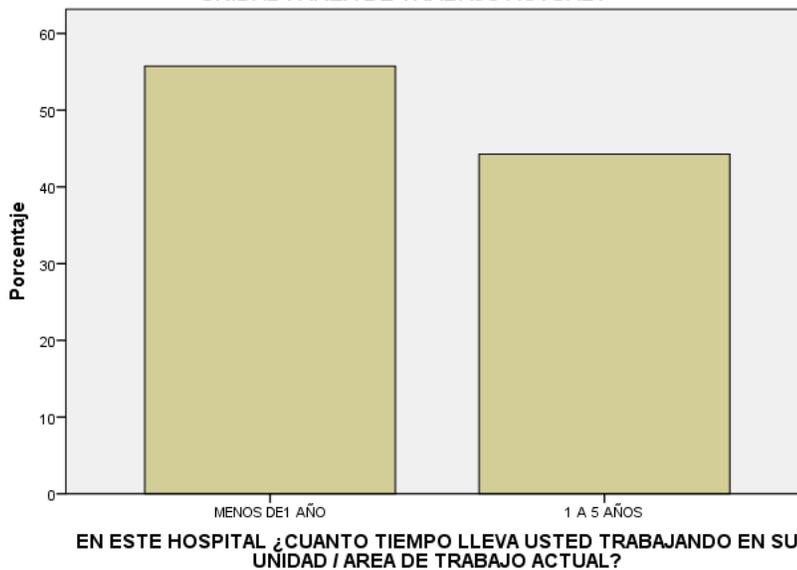
**Cuadro 41**

**EN ESTE HOSPITAL ¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU UNIDAD /  
AREA DE TRABAJO ACTUAL?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MENOS DE 1 AÑO	34	55.7	55.7	55.7
	1 a 5 AÑOS	27	44.3	44.3	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

**EN ESTE HOSPITAL ¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU UNIDAD / AREA DE TRABAJO ACTUAL?** La respuesta más frecuente fue menos de un año, significando el 55.7% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 44.3% respondió entre 1 a 5 años. (Cuadro 42, gráfica 41).

**EN ESTE HOSPITAL ¿CUANTO TIEMPO LLEVA USTED TRABAJANDO EN SU UNIDAD / AREA DE TRABAJO ACTUAL?**



Gráfica 41

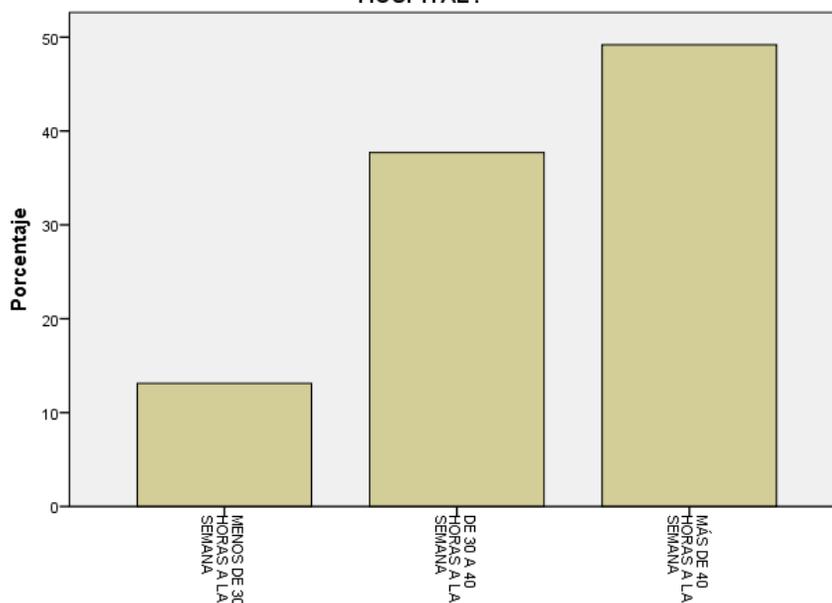
**Cuadro 43**

**TÍPICAMENTE, ¿CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTE HOSPITAL?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MENOS DE 30 HORAS A LA SEMANA	8	13.1	13.1	13.1
DE 30 A 40 HORAS A LA SEMANA	23	37.7	37.7	50.8
MÁS DE 40 HORAS A LA SEMANA	30	49.2	49.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

TÍPICAMENTE, ¿CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTE HOSPITAL? La respuesta más frecuente fue más de 40 horas, significando el 49.2% sobre el total de residentes de medicina familiar; el 37.7% respondió entre 30 a 40 horas a la semana y el 13.1% respondió que menos de 30 horas a la semana. (Cuadro 43, gráfica 42).

**TÍPICAMENTE, ¿CUANTAS HORAS A LA SEMANA TRABAJA USTED EN ESTE HOSPITAL?**



Gráfica 42

**Cuadro 44**

**EN SU CARGO, ¿TÍPICAMENTE TIENE USTED INTERACIION O CONTACTO DIRECTO CON LOS PACIENTES?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	61	100.0	100.0	100.0

**EN SU CARGO, ¿TÍPICAMENTE TIENE USTED INTERACIION O CONTACTO DIRECTO CON LOS PACIENTES?** La respuesta fue unánime de “SÍ”. (Cuadro 44).

**Cuadro 45****FRECUENCIA DE RESPUESTAS POSITIVAS POR DIMENSIÓN**

	<b>No. De respuestas positivas</b>	<b>Total de respuestas por dimensión</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio.	36	122	29.5%
2. Expectativas y acciones del jefe/supervisión del departamento/servicio para promover la seguridad de los pacientes.	50	122	40.9%
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	47	183	25.6%
4. Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente	50	122	40.9%
5. Percepción general de la seguridad del paciente	32	61	52.4%
6. Retroalimentación y comunicación sobre errores	42	183	22.9%
7. Grado de apertura de la comunicación	35	122	28.6%
8. Frecuencia de incidentes reportados	35	122	28.6%
9. Trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios	38	122	31.1%
10. Personal: Dotación, suficiencia y gestión	65	183	35.5%
11. Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios	69	183	37.7%
12. Respuesta no punitiva a los errores	39	122	31.9%

## X. DISCUSIÓN

La tasa de respuestas en el presente estudio fue del 96,8% de los residentes de medicina familiar, en su mayoría son del primer grado 42.6%, con una media de edad de 32 años de edad, pero con una variabilidad de 26 a 48 años de edad predominando el sexo femenino en una relación de 2 a 1.

Un factor sobresaliente es la rotación por diferentes áreas del hospital, así como la percepción general de la seguridad del paciente que es muy próximo el estándar sugerido por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>3</sup>, que menciona que, una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (“Totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre”). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”<sup>36</sup>.

En el presente estudio se encontró que la percepción global de seguridad del paciente fue de buena a muy buena en el 52.46% de los residentes siendo esta la mejor calificada, este resultado se ubicó por debajo de la media publicada en la AHRQ (76%). De igual forma este valor también tendríamos que considerarlo como un probable riesgo para la ocurrencia de eventos adversos.

En contraste con otros estudios observamos que ninguna de las dimensiones evaluadas se alcanzó 75% de respuestas positivas necesarias para poder calificar alguna dimensión como fortaleza en este hospital en comparación con el documento de la AHRQ.

Destaca el hecho que el 64.5% de los residentes considera que no se cuenta con el personal suficiente para hacer todo el trabajo, dimensión que ocupa el 4to lugar de mejor calificada en este estudio. En relación a la dimensión de trabajo en equipo dentro del servicios se encontró una tasa de respuestas positivas del 29.5% ubicada en el séptimo lugar de calificación por los residentes.

Retro alimentación y comunicación sobre errores fue la dimensión con el porcentaje más bajo 22.9%.

La frecuencia de reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente fue de 0 en el 67.2%, 1 a 2 en el 23%, 3 a 5 del 8.2%, 6 a 10 eventos 1.6% y de 0% para 11 o más eventos. Estos valores concuerdan perfectamente con la dimensión de frecuencia de incidentes reportados en la cual las respuestas positivas en este estudio representan 28.6%, cifra que se encuentra muy por debajo de lo reportado por la AHRQ (66%).

Con relación a la dimensión de grado de apertura de la comunicación se obtuvo un puntaje bajo de tan solo 28.6%, en tanto que la AHRQ documento 62%, siendo esta una oportunidad de mejora.

El 100% de los residentes respondieron tener contacto directo con los pacientes. El 40.98% de los residentes considera que trabajan más horas de lo que es seguro para el cuidado de los pacientes, sin embargo, no se logró determinar en este estudio su relación con la ocurrencia de eventos adversos reportados, lo cual llama la atención, ya que en la realidad se observa mucha movilidad de los residentes en las diferentes áreas del hospital; por otra parte, no se obtuvo evidencia en lo relacionado a los procesos de mejora.

El 62.3% identificó también problemas en cambios de turno y transición entre servicios. Con respecto al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad de paciente destaca que el 40.9% de las respuestas para esta dimensión fueron positivas, este resultado fue más bajo en relación a lo reportado por la AHRQ (76%). En lo referente a considerar las sugerencias de los residentes hacia las diferentes autoridades del hospital para mejorar la seguridad de los pacientes, solo el 47.54% consideran que sus sugerencias son tomadas en cuenta.

Los residentes mostraron mala percepción para el aprendizaje organizacional y mejora continua otorgando solo el 25.6% de las respuestas positivas para los ítems de esta dimensión, colocándola en una de las peores evaluadas.

## XI. CONCLUSIONES

La investigación tenía como propósito determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente la cual indicaría como principal fortaleza el trabajo en equipo y como principal debilidad la dotación de personal, sin embargo las dimensiones con mejor valoración fueron la percepción general de la seguridad del paciente, apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente y problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos, seguida de personal dotación, suficiencia y gestión, encontrando también el trabajo en equipo en el séptimo lugar de todas las dimensiones .

Faltan muchas acciones de prevención y toma de decisiones con enfoque hacia la seguridad de los pacientes; en síntesis, el 67.2% de los residentes no ha reportado ningún evento relacionado con la seguridad de los pacientes.

Se identifico que la dimensión de percepción general de la seguridad del paciente es el ítem mejor calificado con un 52.4% de respuestas positivas, y ubico la dimensión de trabajo en equipo en el séptimo lugar de todas las dimensiones que se evalúan con el presente cuestionario, sin embargo, en la reconversión de los servicios atribuibles al covi-19 puede representar una dificultad ante la carga de trabajo que genera en esta unidad.

Respecto a la identificación de la principal debilidad se concluye que la dimensión de retroalimentación y comunicación sobre errores se encuentra en último lugar de la evaluación con tan solo 22.9% de respuestas positivas de los ítems considerados, destacando se encuentra muy distante de lo publicado por la AHRQ. Aunado a esto con los residentes consideran que la dimensión de personal: dotación, suficiencia y gestión no es la principal debilidad, ya que con la información obtenida esta dimensión se encuentra en el cuarto lugar de las mejores calificadas, con apenas el 35.5% de las respuestas positivas, cifra muy por debajo de lo reportado por la AHRQ.

Otro problema percibido es durante los cambios de turnos donde los encuestados identifican en su mayoría omisión de información importante al referir pacientes de

una unidad a otra, la mitad de ellos considera que con frecuencia se pierde información importante sobre los cuidados del paciente posiblemente asociado a que también perciben no hay tiempo suficiente en el cambio de turno para intercambiar información clave sobre el cuidado del paciente, situación que demanda atención debido al riesgo que conlleva para la ocurrencia de eventos adversos que pudieran generar algún grado de daño a los pacientes.

En la actualidad es necesario incorporar elementos clave de la cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la salud ya que, la crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus SARS COV-2 ha evidenciado la necesidad de implementar protocolos adecuados de bioseguridad orientados a evitar la transmisión entre profesionales de la salud y los pacientes con COVID-19, así como su sistematización, ya que acciones esenciales como la acción esencial 5 (Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud), la acción esencial 7 (Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas) y la 8, (Cultura de seguridad del paciente), están directamente relacionadas con las estrategias orientadas a las acciones de prevención difundidas por el IMSS<sup>37</sup>.

Con los resultados obtenidos concluimos que los 3 Ítems mejor calificados en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 de Pachuca son: 1) percepción general de la seguridad del paciente, 2) apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente y 3) problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos. Las principales debilidades identificadas son: 1) retroalimentación y comunicación de errores, 2) aprendizaje organizacional/mejora continua y el tercer lugar lo comparten dos dimensiones la primera frecuencia de incidentes reportados y el grado de apertura de la comunicación.

“User Comparative Database Report’: “Aplicar la encuesta es solo el inicio de un ciclo de mejoramiento continuo para los hospitales”. (frase citada en el documento de la AHRQ 2014).

## XII. RECOMENDACIONES

Se identifico las principales fortalezas y debilidades en el clima de seguridad del paciente que serán de utilidad para crear estrategias de mejora en nuestro hospital e incluso las cuales podrían tener impactos positivos en los hospitales del sistema nacional de salud en México. A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar el clima de seguridad en nuestros hospitales serían las siguientes:

- Fomentar la retroalimentación y comunicación sobre los errores que pudieran ocurrir.

- Fortalecer la organización y mejora continua mediante la revisión de los procesos de trabajo de la unidad, a fin de identificar de manera temprana áreas de oportunidad.

- Incentivar en los médicos residentes la notificación interna de las fallas y cuasi fallas que ocurren mediante el instrumentó VENCER.

- Mejorar el grado de apertura de la comunicación mediante la elaboración de estrategias que le permita a los trabajadores tener la seguridad y la confianza de que serán escuchados sin temor a represalias.

- Fomentar el trabajo en equipo, visualizar la seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual.

- Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios. Desarrollar una estrategia que involucre a otras unidades médicas para mejorar la coordinación entre ellas, lo que permitirá desarrollar y fomentar el trabajo en equipo entre unidades o servicios.

### XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES\*

TIEMPO CONCEPTO		2020								2021	
		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.	P										
	R										
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P										
	R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P										
	R										
INGRESO A SIRELCIS	P										
	R										
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P										
	R										
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P										
	R										
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P										
	R										
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P										
	R										
CONCLUSIONES.	P										
	R										
PRESENTACIÓN DE TESIS	P										
	R										

#### XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Charles V, Amalberti R. Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura, edit. Modus Laborandi, Madrid Esp. 1° Ed 2016
2. Organización Mundial de la Salud: Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Ediciones Universidad del Salvador (USAL). Buenos Aires, Argentina. 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La Investigación en Seguridad del Paciente, 2008.
4. Vítolo F. Seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio. La nueva frontera. Revista de la Asociación Médica Argentina 2017; 130 (4): 25-32.
5. Organización Mundial de la Salud: Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Ediciones Universidad del Salvador (USAL). Buenos Aires, Argentina. 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Seguridad del paciente.
7. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Quality and Safety 2011; 20 (12): 1043-1051.
8. Rodríguez-Herrera R, Mora EV, Yamaguchi-Díaz LP. Nuestra experiencia respecto al estudio IBEAS, retos y perspectivas. Boletín CONAMED-OPS 2018; 4 (20): 36-37.
9. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017
10. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008; 17(3):216–23
11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018
12. Alcántara Balderas MA (coord.). La Calidad de La Atención a La Salud En México a Través de Sus Instituciones: 12 Años de Experiencia. México, DF: Secretaría de Salud; 2012.

13. Organización Mundial de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. 2013.
14. SSA1 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, SSA2 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y SSA3 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.
15. Centro de Información de la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía, Catálogo de Normas Oficiales, 2019.
16. Artículo 3, fracción XI, de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, DOF 01-07-1992, Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 2018.
17. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la Secretaría de Salud, Catálogo Maestro, 2011.
18. Diario Oficial de la Federación, 8 de septiembre de 2017.
19. Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de atención médica. Acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente, edición 2017.
20. Health and Safety Executive. About HSE: Health and Safety Executive; 2006
21. Watcher RM. Understanding Patient Safety. 2a ed. New York: McGraw-Hill; 2012. 477p
22. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003 Dec; 12 suppl2: ii 17-23.
23. Blegen M, Gearhart S. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. J Patient Safety 2009 Sep. 5(3): 139-144.
24. Pérez Castro JA, Rodríguez Tanguma ED, Recio España FI. Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México, Rev. CONAMED Vol. 21 No. 3, julio - septiembre 2016
25. Reichers AE, Schneider B. Climate and culture: An evolution of constructs. Organizational climate and culture, 1a ed., pp. 5-39
26. Schneider B. The psychological life in organizations. Handbook of organizational culture and climate, 1a ed., pp. XVII-XXI

27. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*, 10 (2010), pp. 199
28. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009
29. Silvestre C, Gost J, Lameiro F, Layana E, Abad J. Cultura de seguridad en Atención Primaria [Internet]. CD-Rom de ponencias de la 1ª Jornada para la Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria; 2008 Jun 13
30. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21(5):348-55.
31. Hamui-Sutton A, Pérez Castro y Vázquez JA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *RevCONAMED*. 2015 abr-Jun; 20 (2): 54-63.
32. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, et al. Patient's safety culture perception by resident physicians in México, *Revista CONAMED*, Vol. 20, No 2, abril-junio 2015, pp. 54-63
33. Mella Laborde M, Gea Velazquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G. Analysis of the patient safety culture in a university hospital, *Gaceta Sanit* 2019.
34. Gobierno de España, Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de sanidad y política social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, 2009.
35. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT Villaverde Royo MV Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluation of patient safety culture among family and community medicine residents in a hospital A and E department, *Anales Sis San Navarra* vol.36 no.3 Pamplona Sep./Dic. 2013
36. Secretaría de Salud, subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Metodología de aplicación del cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en Hospitales de México, Instrucción 337/2012.
37. Bueno Ferran M, Barrientos Trigo S. Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals, *enfermería clínica*, Elsevier, 2020.

## **XV. ANEXOS**

- a. Carta de Consentimiento Informado
- b. Instrumento de Recolección

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. FOLIO: \_\_\_\_\_



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR</b>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	PACHUCA, Hgo., a
Número de registro:	R-
Justificación y objetivo del estudio:	De la revisión de la literatura sobre el tema y dada la frecuencia de efectos adversos en unidades hospitalarias, se considera necesario realizar una investigación acerca de la percepción que tienen los médicos residentes de medicina familiar sobre cultura de seguridad en el paciente, y cuyos resultados obtenidos pueden contribuir a mejorar los procesos de atención médica y otras intervenciones que tengan asignadas los residentes de medicina familiar pero, además, se contribuirá a favorecer la atención que reciban los propios residentes y sus familiares así como extensivamente la población usuaria <b>OBJETIVO:</b> Determinar la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por los médicos residentes de medicina familiar
Procedimientos:	Su participación en esta investigación se basa en contestar una encuesta: llamado cuestionario d Hospital Survey on Patient Safety Culture el cual permite identificar cuál es su percepción sobre la cultura de seguridad del paciente, el tiempo estimado para contestar es de 15 minutos, posteriormente se realizará la valoración e interpretación del mismo, dándole conocer el resultado.
Posibles riesgos y molestias:	Con apego a las normas internacionales y nacionales, el estudio se considera de riesgo mínimo. La aplicación del cuestionario le puede generar cierto grado de incomodidad o inquietud, si existe alguna situación que le incomode, podrá expresarla libremente al encuestador para que le brinde el apoyo necesario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Su participación en la investigación es voluntaria y libre de coacción, no recibirá remuneración ni beneficios, sin embargo, se espera que con los resultados derivados de ella servirán para desarrollar mejoras en los procesos de cultura de seguridad en el en el personal de salud. Lo anterior podría traer beneficios de manera secundaria a los usuarios de los servicios que otorga el Instituto.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador le da la seguridad de que no se le identificará en la presentaciones o publicaciones científicas que deriven de la presente investigación, sus datos serán manejados en absoluta confidencialidad; se le proporcionará información actualizada que se derive de la investigación, aunque esta le haga cambiar de parecer con respecto a su permanencia en la misma
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es absolutamente voluntaria, que no recibirá remuneración alguna, y podrá retirarse de la misma en el momento que lo decida, sin que se vea afectada la atención médica que recibe dentro del instituto ni su permanencia en la residencia.
Privacidad y confidencialidad:	La información generada en la presente investigación, será utilizada únicamente con fines científicos, pudiéndose publicar la información, más no sus datos personales que serán manejados con estricta confidencialidad (mediante un número de folio) garantizando así su privacidad.

En caso de colección de material biológico (si aplica):


No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Mtra. María del Pilar Padilla Rodríguez, HGZ No. 1 Pachuca, Hgo. Matrícula: 11379413. Tel. 771 202 8028

Colaboradores: Dr. Jesús Martínez Ángeles, UMF No 32 Pachuca Hgo. Matrícula 99132128. Tel. 771 189 5486

Dr. Erick Montoya Pérez, HGZ No. 1 Pachuca, Hgo. Matrícula: 99133499. Tel. 246 469 1446

Dra. Mónica Gálvez Hernández, HGZ No. 1 Pachuca, Hgo. Matrícula: 99136500. Tel. 771 220 5407

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: la Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud del IMSS Hidalgo: Boulevard Luis Donald Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar; Pachuca de Soto, Hgo., CP 42088 Teléfono 771 718 9834 extensión 13363, correo electrónico: [maria.arteaga@imss.gob.mx](mailto:maria.arteaga@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Mónica Gálvez Hernández  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTA DE MEDICINA  DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  HOSPITAL GENERAL D E ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HIDALGO	
---	---	---

### PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA HERRAMIENTA

El Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente, tiene como objetivo el evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud hospitalario. Fue diseñada originalmente por la Agency for Healthcare Research and Quality (“Agencia para la Calidad e Investigación en Servicios de Salud”) de los Estados Unidos, bajo el nombre de Hospital Survey on Patient Safety Culture. En México, esta herramienta es el resultado de un proceso de adaptación al personal de salud. Está compuesto por 53 preguntas agrupadas en ocho secciones, 42 de las cuales se relacionan con 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y las restantes con información general del encuestado

(a). En la última sección se solicita al participante hacer comentarios libres sobre la seguridad del paciente en su hospital.

Con los resultados de este cuestionario, se obtendrá información sobre la cultura de seguridad del paciente, así como las fortalezas y oportunidades para mejorarla.

De acuerdo a los criterios de clasificación de resultados establecidos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), una dimensión es considerada como “fortaleza” para el hospital cuando obtiene un valor igual o mayor al 75% de respuestas positivas (“Totalmente de acuerdo/de acuerdo, la mayoría de las veces/siempre”). Si este criterio no se cumple, la dimensión es considerada como “oportunidad de mejora”.

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada reactivo y responda colocando una “X” en la respuesta de su elección. Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”

No. REGISTRO	No. FOLIO	GDO ACADEMICO	( R1 ) ( R2 ) ( R3 )
EDAD	SEXO	( M ) ( F )	ESTADO CIVIL

- *“Seguridad del paciente” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.*
- *Un “evento de seguridad del paciente” se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.*

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

Su Cargo

### **Enfermería**

- 1 Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM)
- 2 Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)
- 3 Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería
- 4 Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)

### **Médico**

- 5 Asistente médico
- 6 Residente, Interno
- 7 Médico

### **Otro cargo clínico**

- 8 Dietista
- 9 Farmacéutico, Técnico farmacéutico
- 10 Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
- 11 Psicólogo
- 12 Terapeuta Respiratorio
- 13 Trabajador social
- 14 Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)

### **Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo**

- 15 Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general
- 16 Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel

### **Apoyo**

- 17 Mantenimiento de instalaciones
- 18 Personal de alimentación
- 19 Personal de limpieza, Servicios ambientales
- 20 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 21 Seguridad
- 22 Transporte
- 23 Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina

### **Otro**

- 24 Otro, por favor, especifique:

## Su unidad/área de trabajo

2. Piense en su "unidad" como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde pasa la mayor parte de su tiempo de trabajo. ¿Cuál es su unidad o área de trabajo principal en este hospital?

Marque UNA respuesta.

### Varias unidades, ninguna unidad específica

- 1 Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica

### Unidades médicas/quirúrgicas

- 2 Unidad médica/quirúrgica combinada
- 3 Unidad médica (no quirúrgica)
- 4 Unidad quirúrgica

### Unidades de cuidado de pacientes

- 5 Cardiología
- 6 Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve
- 7 Gastroenterología
- 8 Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)
- 9 Partos, Obstetricia y Ginecología
- 10 Oncología, Hematología
- 11 Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU))
- 12 Psiquiatría, Salud conductual
- 13 Neumología
- 14 Rehabilitación/Medicina física
- 15 Telemetría

### Servicios quirúrgicos

- 16 Anestesiología
- 17 Endoscopia, Colonoscopia
- 18 Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op

### Servicios clínicos

- 19 Patología/Laboratorio
- 20 Farmacia
- 21 Radiología/Imágenes
- 22 Terapia respiratoria
- 23 Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta

### Administración/Dirección

- 24 Administración, Dirección
- 25 Servicios financieros, Facturación
- 26 Recursos humanos, Capacitación
- 27 Informática, Administración de información de salud, Informática clínica
- 28 Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes

### Servicios de apoyo

- 29 Admisiones/Registro
- 30 Personal de alimentación
- 31 Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones
- 32 Servicios de seguridad
- 33 Transporte

### Otro

- 34 Otro, por favor, especifique:

**SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerd o <input type="checkbox"/>	En Desacuerd o <input type="checkbox"/>	Ni de acuerd o ni en desacuerd o <input type="checkbox"/>	De acuerd o <input type="checkbox"/>	Muy de acuerd o <input type="checkbox"/>	No aplic a o no sabe <input type="checkbox"/>
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuer do	En Desacuerd o	Ni de acuerd o ni en desacuerd o	De acuerd o	Muy de acuerd o	No aplic a o no sabe
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9

## SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerd o	En Desacuerd o	Ni de acuerd o ni en desacuerd o	De acuerd o	Muy de acuerd o	No aplic a o no sabe
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	□1	□2	□3	□4	□5	□9

## SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>	No aplica o no sabe <input type="checkbox"/>
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>	No aplica o no sabe <input type="checkbox"/>
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

### SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- a. Ninguno
- b. 1 a 2
- c. 3 a 5
- d. 6 a 10
- e. 11 o más

### SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

- |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mala                       | Regular                    | Buena                      | Muy Buena                  | Excelente                  |
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### SECCIÓN F: Su hospital

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerd o <input type="checkbox"/>	En Desacuerd o <input type="checkbox"/>	Ni de acuerd o ni en desacuerd o <input type="checkbox"/>	De acuerd o <input type="checkbox"/>	Muy de acuerd o <input type="checkbox"/>	No aplic a o no sabe <input type="checkbox"/>
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. La administración 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	<input type="checkbox"/> 9
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

## SECCIÓN G: Preguntas generales

1. **¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?**
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. 11 o más años
  
2. **En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?**
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. 11 o más años
  
3. **Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?**
  - a. Menos de 30 horas a la semana
  - b. De 30 a 40 horas a la semana
  - c. Más de 40 horas a la semana
  
4. **En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?**
  - a. Sí, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
  - b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

## SECCIÓN H: Sus comentarios

**Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.**