



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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL EN HIDALGO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32**

TÍTULO

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL
PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32
DE PACHUCA, HGO.**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: R-2023-1201-019

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

PRESENTA:

SELENE BEATRIZ OSORIO CRUZ

**INVESTIGADOR RESPONSABLE
DRA. WENDOLY VENECIA CARRILLO CRESPO**

**INVESTIGADOR ASOCIADO
DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ**

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024



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.

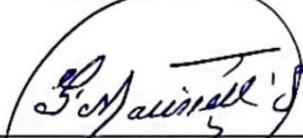
**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL
PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32
DE PACHUCA, HGO.**

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

SELENE BEATRIZ OSORIO CRUZ

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 32**

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELLE GÓMEZ ARTEAGA.
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES.
ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



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



**DRA. WENDOLY VENECIA CARRILLO CRESPO
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ALICIA CEJA ALADRO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL
PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32
DE PACHUCA, HGO.**

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

SELENE BEATRIZ OSORIO CRUZ

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 32**

ASESORES DE TESIS



**DRA. WENDOLY VENECIA CARRILLO CRESPO
MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32**



**DRA. MÓNICA GÁLVEZ HERNÁNDEZ
MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32**

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024

**PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL
PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32
DE PACHUCA, HGO.**

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

SELENE BEATRIZ OSORIO CRUZ

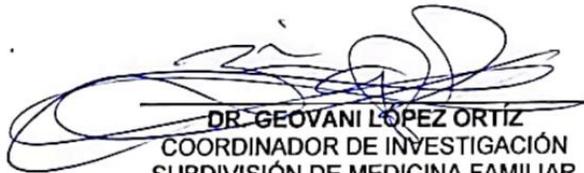
AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA 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.



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1201
SIGRAL ZONA - MF-ALPS I

Registro COFEPRIS 17 CE 13 048 032

Registro CONBIOÉTICA-CONBIOÉTICA 13 CES 601 2018041

FECHA: Viernes, 12 de mayo de 2023

Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 32 DE PACHUCA, HGO.**, 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-2023-1201-019

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

Dra. CAROLINA VARGAS BARRIENTOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

En punto

IMSS

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Nombre: Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: UMF No 32
Matrícula: 11884029
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio No 201 Esquina Jaime Torres Bodet
Fracc. Rincón del Valle Pachuca De Soto Hidalgo C.P. 42080
Teléfono: 01 (771) 220-54-07
Correo electrónico: wendoly.carrillo@imss.gob.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Nombre: Dra. Mónica Gálvez Hernández
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: UMF No. 32
Matrícula: 99136500
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio No 201 Esquina Jaime Torres Bodet
Fracc. Rincón del Valle Pachuca De Soto Hidalgo C.P. 42080
Teléfono: 7712205407
Correo electrónico: monyk_gh08@hotmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO Y TESISISTA:

Nombre: Selene Beatriz Osorio Cruz
Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.
Domicilio: Boulevard Luis Donaldo Colosio No 201 Esquina Jaime Torres Bodet
Fracc. Rincón Del Valle Pachuca De Soto Hidalgo C.P. 42080.
Teléfono: 7711876519
Correo electrónico: luna17.21@gmail.com

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

El resultado de este trabajo se lo dedico a toda mi familia.

Principalmente, a mis padres Estela y Atanacio que me han apoyado siempre, gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento, me han enseñado a ser la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño, todo esto con una enorme dosis de amor.

A mis hermanos Irvin y Roberto por su apoyo incondicional por estar conmigo en todo momento, sé que siempre me acompañan en mis sueños y logros.

A Jorge mi esposo, mi amor, mi fortaleza. Por tu paciencia, por tu comprensión, por tu fuerza, por tu amor, tú me contienes en mis momentos difíciles, de incertidumbre y miedo, y me motivas a dar siempre lo mejor de mí, a no desistir y a luchar por mis sueños siempre de tu mano.

A mis compañeras y compañeros, que con paso del tiempo se fueron convirtiendo en mis amigos y algunos en mis hermanos, porque de cada uno aprendí cosas importantes y fueron pieza clave en estos años difíciles pero llenos de sabiduría y aventuras.

A mis maestros, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Su semilla de conocimientos germinó en el alma y el espíritu.

A todos, gracias infinitas por creer en mí.

«El futuro pertenece a los que creen en la belleza de su sueño» Eleanor Roosevelt

ÍNDICE

1.- RESUMEN	13
2.- MARCO TEÓRICO	14
3.- JUSTIFICACIÓN.....	23
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
5.- OBJETIVOS.....	24
6.-HIPÓTESIS	25
7.- MATERIAL Y MÉTODOS	25
7.1.- Recursos y financiamiento.....	25
7.2.- Actividades y procedimientos.....	26
7.3.- Descripción general del estudio	27
7.4.- Muestra	27
7.5.- Procesamiento de datos.....	25
7.6.- Aspectos estadísticos	28
8.- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
9.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	31
10.- ANÁLISIS Y RESULTADOS	36
11.- DISCUSIÓN	83
12.- CONCLUSIONES	86
13.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	89
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
15.- ANEXOS	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad	36
Tabla 2. Sexo	37
Tabla 3. Estado civil.	38
Tabla 4. Cargo	39
Tabla 5. Área de trabajo	40
Tabla 6. En esta unidad, ¿Trabajamos en equipo de manera eficiente?	41
Tabla 7. En esta unidad, ¿tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo?	42
Tabla 8. El personal en esta unidad, ¿trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente?	43
Tabla 9. Esta unidad, ¿revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?	44
Tabla 10. Esta unidad, ¿depende demasiado de personal temporal o eventual?	45
Tabla 11. En esta unidad, ¿el personal siente que sus errores son considerados en su contra?	46
Tabla 12. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?	47
Tabla 13. Cuando hay mucho trabajo, ¿el personal se ayuda mutuamente?	48
Tabla 14. ¿Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad?	49
Tabla 15. Cuando el personal comente errores, ¿esta unidad se enfoca en aprender, en vez de buscar quién tiene la culpa?	50
Tabla 16. ¿El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente?	51
Tabla 17. En esta unidad, ¿Los cambios para mejorar se evalúan para ver qué tan efectivos fueron?	52
Tabla 18. En esta unidad, ¿Falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente?	53
Tabla 19. En esta unidad, ¿Se permite que los mismos problemas de seguridad sigan ocurriendo? ..	54
Tabla 20. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente?	55
Tabla 21. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿quiere que trabajemos más rápido durante las horas de trabajo incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente?	56
Tabla 22. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente?	57
Tabla 23.¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad?	58
Tabla 24. Cuando se cometen errores, ¿se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir?	

.....	59
Tabla 25. En esta unidad, ¿se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos?	60
Tabla 26. En esta unidad, ¿el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?	61
Tabla 27. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes ¿lo dice?.....	62
Tabla 28. Cuando el personal de esta unidad habla, ¿las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente?.....	63
Tabla 29. En esta unidad, ¿el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien?	64
Tabla 30. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente ¿con qué frecuencia se reporta?.....	65
Tabla 31. Cuando un error afecta al paciente, y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿con qué frecuencia se reporta?.....	66
Tabla 32. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado?	67
Tabla 33. ¿Cómo calificaría la seguridad del paciente en su área de trabajo?	68
Tabla 34. ¿Las acciones de la administración muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal?	69
Tabla 35. ¿La administración de esta unidad proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente?	70
Tabla 36. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?.....	71
Tabla 37. Al transferir pacientes de una unidad a otra, ¿con frecuencia se omite información importante?.....	72
Tabla 38. Durante los cambios de turno, ¿con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente?	73
Tabla 39. Durante los cambios de turno, ¿hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente?	74
Tabla 40. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital/unidad?	75
Tabla 41. En este hospital/unidad ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?	76
Tabla 42. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital/unidad?	77
Tabla 43. En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes? ...	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad	36
Figura 2. Sexo	37
Figura 3. Estado civil	38
Figura 4. Cargo.....	39
Figura 5. Área de trabajo.....	40
Figura 6. En esta unidad, ¿Trabajamos en equipo de manera eficiente?	41
Figura 7. En esta unidad, ¿tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo?.....	42
Figura 8. El personal en esta unidad, ¿trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente?	43
Figura 9. Esta unidad, ¿revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?	44
Figura 10. Esta unidad, ¿depende demasiado de personal temporal o eventual?	45
Figura 11. En esta unidad, ¿el personal siente que sus errores son considerados en su contra?	46
Figura 12. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?	47
Figura 13. Cuando hay mucho trabajo, ¿el personal se ayuda mutuamente?	48
Figura 14. ¿Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad?	49
Figura 15. Cuando el personal comente errores, ¿esta unidad se enfoca en aprender, en vez de buscar quién tiene la culpa?.....	50
Figura 16. ¿El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente?	51
Figura 17. En esta unidad, ¿Los cambios para mejorar se evalúan para ver qué tan efectivos fueron?	52
Figura 18. En esta unidad, ¿Falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente?	53
Figura 19. En esta unidad, ¿Se permite que los mismos problemas de seguridad sigan ocurriendo? .	54
Figura 20. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente?	55
Figura 21. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿quiere que trabajemos más rápido durante las horas de trabajo incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente?	56
Figura 22. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente?	57
Figura 23. ¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad?	58

Figura 24. Cuando se cometen errores, ¿se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir?	59
Figura 25. En esta unidad, ¿se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos?	60
Figura 26. En esta unidad, ¿el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?	61
Figura 27. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes ¿lo dice?.....	62
Figura 28. Cuando el personal de esta unidad habla, ¿las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente?.....	63
Figura 29. En esta unidad, ¿el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien?	64
Figura 30. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente ¿con qué frecuencia se reporta?.....	65
Figura 31. Cuando un error afecta al paciente, y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿con qué frecuencia se reporta?.....	66
Figura 32. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado?	67
Figura 33. ¿Cómo calificaría la seguridad del paciente en su área de trabajo?.....	68
Figura 34. ¿Las acciones de la administración muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal?	69
Figura 35. ¿La administración de esta unidad proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente?	70
Figura 36. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?.....	71
Figura 37. Al transferir pacientes de una unidad a otra, ¿con frecuencia se omite información importante?.....	72
Figura 38. Durante los cambios de turno, ¿con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente?	73
Figura 39. Durante los cambios de turno, ¿hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente?	74
Figura 40. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital/unidad?	75
Figura 41. En este hospital/unidad ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?	76
Figura 42. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital/unidad?	77
Figura 43. En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes? ..	78

1.- RESUMEN

TÍTULO: “PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32 DE PACHUCA; HIDALGO”

Antecedentes: La seguridad del paciente es importante para llevar a cabo la prestación de servicios de salud esenciales de calidad. Los estándares para la certificación de hospitales del Consejo de Salubridad contemplan la medición de la Cultura de Seguridad, incluida en las Acciones Esenciales para la Seguridad en el paciente de observancia obligatoria.

Objetivo: Conocer la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca Hidalgo. **Material y Métodos:** Estudio observacional, cualitativo, transversal por medio de la aplicación del cuestionario validado “Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality” adaptada al español, sobre la Seguridad del Paciente al personal de la Unidad de medicina familiar No 32 Pachuca Hidalgo.

Recursos e infraestructura: Unidad de Medicina Familiar número 32, equipo de cómputo, encuestas, bolígrafos. Recurso humano: asesora clínica, asesora metodológica y tesista.

Experiencia de grupo: Se contó con investigador responsable que tiene experiencia en múltiples asesorías de protocolos de investigación, así como experiencia en el tema.

Resultados y conclusión: Esta investigación proporcionó información detallada acerca de la percepción de la cultura de seguridad en el paciente, del clima de seguridad, notificación de errores e identificación de los problemas. No se alcanzó un porcentaje del 75% que determina las fortalezas de esta unidad, sin embargo, es una oportunidad para mejorar la seguridad del paciente. Poder modificar la cultura de seguridad es un reto complejo que requiere del esfuerzo de todos los involucrados en los cuidados del paciente, es necesario corregir las faltas de comunicación para seguir contribuyendo al bienestar de la población.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Cultura de Seguridad, Medicina Familiar.

2.- MARCO TEÓRICO

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad del paciente es un principio de salud. Aunque existen peligros y dificultades en el proceso asistencial; la mejora continua en la seguridad del paciente requiere de un compromiso y esfuerzo complejo que incluye una amplia gama de actividades encaminadas a mejorar el desempeño, la gestión de la calidad, la seguridad y los riesgos ambientales, inherentes a la atención sanitaria en toda actividad de personal. (1) (2)

Si bien los médicos tienen un 100% de confiabilidad en el diagnóstico y tratamiento, lo cierto es que la condición humana es propensa al error en cualquier empeño, y la práctica de la medicina no es una excepción. Porque por su propia naturaleza es una ciencia imperfecta, y las expectativas de perfección no son ni realistas ni posibles. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para reducir la incidencia y las consecuencias de los errores médicos, que se estima que son la tercera causa principal de muerte en los Estados Unidos. (3) Suñol y Bañeres describen que la premisa básica de los modelos basados en sistemas es que los humanos son falibles y que se esperan errores incluso en las mejores organizaciones. (4)

Los errores se perciben como comportamientos inseguros, principalmente como resultado de procesos mentales incorrectos, falta de concentración, falta de motivación, descuido, negligencia e imprudencia. Según una encuesta de 2016 realizada por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, el 55 % de los trabajadores del hospital cree que su institución responde a los errores de manera punitiva. (3) Alto riesgo de error en el área de emergencias. (5)

El informe titulado Errar es humano concluyó que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de países como Estados Unidos, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. (6) Con respecto a México (se desconoce el nivel de seguridad del paciente en estas fechas), nuestras consideraciones sobre las posibles tendencias futuras en los números pueden ser dobles: por un lado, podemos esperar que la situación mejore debido a una mayor conciencia y la creciente cultura de los posibles niveles de prevención; por otro lado, el deterioro anual de los indicadores de recursos humanos (médicos y enfermeras) y materiales (camas, equipos de rayos X) per cápita tiene el efecto contrario, es decir,

deterioro de las condiciones de seguridad.

Lo anterior sugiere que, con base en la información disponible, es imposible saber la "epidemiología de los eventos adversos", tendencias dentro de cada evento o clase de evento y el número promedio de eventos adversos por usuario. (7) (8)

La calidad se define como el grado de armonía entre las expectativas relacionadas con la necesidad en la mente del usuario y la intervención oportuna que permite un mayor beneficio. (9) Con base en reportes publicados en varios países, se puede concluir que la mayoría de los eventos adversos ocurren en los hospitales debido a la complejidad de sus poblaciones que enfrentan mayores riesgos asociados a la atención.

Sin embargo, lo anterior no excluye la posibilidad de que pueda presentarse en otros niveles como por ejemplo en la atención primaria, salud mental, rehabilitación, odontología y servicios diagnósticos y terapéuticos relacionados.(4) (10) La atención a la seguridad del paciente se deriva de la observación de la ocurrencia de eventos no deseados que afectan negativamente la calidad de la atención, por lo que la mayoría de las veces los pacientes reciben su atención y tratamiento directamente en el recinto hospitalario.

Es importante generar conocimiento sobre las intervenciones que permitan extraer conclusiones en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente. En 2004, la Organización Mundial de la Salud, en un estudio de la Agencia para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Médica (AHRQ), recomendó a los países y estados miembros fomentar la seguridad del paciente y evitar eventos adversos predecibles.

El primer estudio en América Latina que identificó problemas de seguridad fue el estudio IBEAS. Un estudio en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) arrojó que, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados en estos países (10%) sufrió al menos una lesión, según la OMS, el concepto de calidad, en el campo de los servicios de salud, debe haber un alto nivel de competencia profesional, uso eficiente de los recursos, riesgo minimizado para los pacientes, alto riesgo de satisfacción del paciente con el máximo impacto en la salud.(11)(12) Según un estudio realizado por la Universidad de Trujillo en Perú, respecto a la carga de trabajo y la calidad de la atención, muestra cómo las cualidades más importantes

disminuyen debido a la gran cantidad y complejidad de los pacientes que atienden, que amenazan la vida y la seguridad del paciente, aumentando el costo de la atención y aumentando las conductas inseguras durante la hospitalización.(13)

La OMS informa que en la Unión Europea el 8-12% de los pacientes hospitalizados son víctimas de algún tipo de error prevenible y que uno de cada 10 pacientes puede ser dañado al recibir atención médica en los países desarrollados.(14) La actividad productiva de quienes trabajan en instituciones de salud toma mucho tiempo; asimismo, el trabajo realizado en la rutina laboral diaria de los trabajadores de la salud suele ser muy diferente, no solo por imprevistos en el campo de la salud, sino también por la falta de personal calificado en los diversos servicios hospitalarios para atender las necesidades de los usuarios.

Como consecuencia de la situación anterior, se supera el número adecuado de pacientes por profesional, lo que provoca sobrecarga de trabajo, disminución de la motivación y, por tanto, incumplimiento de los estándares mínimos de prestación de servicios sanitarios.(13) (9) Es muy importante conocer y seguir el plan de cumplimiento de los programas de mantenimiento establecidos por protocolos institucionales, normas establecidas y trabajo en equipo es de vital importancia, pero para lograr un funcionamiento seguro es fundamental, en primer lugar: reconocer nuestros errores o cuasi errores y segundo: darlos a conocer para que todos aprendamos de ellos.(14) (1)

Es importante destacar que “las posibles consecuencias del estrés en la salud quedan incompletas si no se mencionan los efectos del estrés en la salud mental”. A la frustración, la ansiedad y la depresión que pueden experimentar quienes están sometidos al estrés, hay que añadir otras formas en que este puede manifestarse: alcoholismo, farmacodependencia, hospitalización y, en casos extremos, suicidio. Inclusive, las alteraciones mentales poco importantes producidas por el estrés, como la incapacidad para concentrarse, lo reducido de los rangos de atención y el deterioro de la habilidad para tomar decisiones pueden tener en el ámbito de la organización un costo significativo, en forma de disminución de la eficiencia y de la efectividad, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación,

seguimiento y utilización.(15)(16)

Por esto la gestión organizacional interna influye también en las expectativas y los proyectos de quienes están implicados en las tareas, lo que afecta al clima o entorno laboral, un aspecto fundamental importante porque repercute en las personas, la institución y la sociedad.(15) Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.(12) La mejora de la seguridad del paciente requiere del sistema un esfuerzo complejo y multidisciplinario que abarca una amplia gama de acciones dirigidas a la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad.(13) La respuesta no es cambiar la condición humana. (17)

La seguridad del paciente se define como un conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (4). Desde el inicio de la evaluación de la calidad de los sistemas sanitarios, se consideró como una de las dimensiones de la atención, junto con la eficacia, la eficiencia, la adecuación, la accesibilidad, la equidad, la prestación de servicios en el momento oportuno, la satisfacción y el respeto a los pacientes. (4) Es necesario promover las relaciones de la cultura de seguridad en salud en el personal médico y realizar capacitaciones en bioseguridad. (18) (19) Una cultura que se oriente a analizar los problemas de seguridad del paciente de manera sistemática y no personalizada es necesaria para instalar un reporte de incidentes como expresión de una cultura que permita aprender de errores cometidos y enmendar procesos vulnerables. (15)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) según los últimos datos más relevantes, indican lesiones a los usuarios en la atención médica, estas son la 14va causa de morbimortalidad mundial, el creciente volumen de la actividad asistencial, la progresiva complejidad y especialización de los procesos y las nuevas técnicas sanitarias y asistenciales empleadas han contribuido a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de la atención de la salud, pero a la vez han favorecido la aparición y aumento de numerosos eventos adversos ligados a la hospitalización de los pacientes.(20)

El propósito de las “Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente” es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes, cada meta destaca

problemas relevantes dentro de la atención médica y describe las soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos y personal que labora en alguna unidad médica. En los países desarrollados se estima que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufre daños como consecuencia de la atención recibida. (21)

Las instituciones formadoras deben seguir los lineamientos y/o reglas que solicitan las entidades sanitarias, que benefician de entregar calidad en la atención a los usuarios evitando generar eventos adversos, por errores humanos, no solo en el sector público, sino en el privado. De esta forma podemos garantizar la calidad y oportunidad de prestaciones, cautelando la accesibilidad, seguridad y efectividad sanitaria, así como una satisfacción tanto de las expectativas y necesidades de los usuarios. (22) (14)

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud puso en curso la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, y en septiembre de 2006 la Joint Commission International publicó las metas internacionales para la seguridad del paciente a partir de las propuestas de la OMS.(21) La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como Centro Colaborador de la Organización Panamericana de Salud, desde el año 2009, cuenta con un Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAI), en el que contempla a instituciones hospitalarias públicas y privadas del territorio mexicano de segundo y tercer nivel de atención, el cual señala que actualmente no existe obligación del reporte, por lo que hay sub registro con la consecuente pérdida de datos de los eventos suscitados.(23)

Para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), los principios científicos de la práctica médica (*lex artis*) se refieren al conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.(32) Los programas organizacionales de seguridad de pacientes deben enfocarse en la prevención del riesgo de los procesos de atención y no centrarse en esperar que el evento adverso ocurra para gestionarlo y hacer de este el centro de la atención de toda la organización.(6) De acuerdo a esto las personas que tienen una alta responsabilidad de la conducción de recursos humanos por lo que deben conocer la política y proceso de gestión. Ya que los recursos humanos especializados que con

sus conocimientos, experiencias y actitudes contribuirá que la institución logre altos niveles de calidad en sus servicios.

En cambio, cuando hay una limitación e inadecuada planificación estratégica de la dotación y distribución de recursos humanos en salud se pone en riesgo la seguridad del paciente y la aparición de eventos adversos en la salud de los pacientes en áreas críticas. (1) (24)

Por lo cual se han establecido metas internacionales para la seguridad del paciente las cuales son:

1. Identificar correctamente al paciente.
2. Mejorar la comunicación efectiva (órdenes verbales, evaluación de pacientes y telefónicas).
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.
7. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.
8. Cultura de seguridad del paciente. (26) (27)

En 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. Luego, vino el Segundo Reto Global: “Cirugía segura”; y actualmente se ha lanzado el Tercer Reto Global: “Medicación sin daños” En 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. (28) (2)

Plan de acción mundial para la Seguridad del paciente: 2021-2030.

La 74a Asamblea Mundial de la Salud (AMS 74) inició en mayo del 2021 la «Acción mundial sobre la seguridad del paciente: 2021-2030» para priorizarla como paso fundamental en la construcción, diseño, funcionamiento y evaluación del rendimiento mundial de los sistemas sanitarios. La pandemia por COVID-19 ha generado una enorme presión sobre los servicios sanitarios, la sociedad civil y la economía global.

Los principios guía del PAMSP conforman un marco de acción que incluye todos los niveles de la atención sanitaria y marcan los valores que orientan el desarrollo y la aplicación del plan de acción.

Estos principios son:

- 1) Involucrar a los pacientes y a las familias como parte de una atención segura.
- 2) Lograr resultados seguros a través del trabajo colaborativo.
- 3) Analizar los datos del desempeño para generar aprendizaje.
- 4) Traducir la evidencia científica en propuestas de mejora medibles.
- 5) Orientar las políticas y las acciones al entorno asistencial.
- 6) Utilizar tanto los conocimientos científicos como la experiencia del paciente para mejorar la seguridad.
- 7) Inculcar la cultura de la seguridad en el diseño y la prestación de la atención sanitaria. (29) Según el estudio SYREC (2007), todos los enfermos críticos están expuestos a errores, hasta 2 errores por enfermo y día, considerando que un 20% de ellos podría experimentar un efecto adverso grave. Teniendo en cuenta que en las UCI se realizan una media de 178 intervenciones por usuario al día, según el estudio de Donchin, el riesgo aumenta por cada día de estancia. (30)

Aún falta medir la percepción de la cultura de la seguridad del paciente en el personal de salud que labora en el primer nivel de atención; sin duda, la valoración y el análisis de la información permitirán tomar decisiones, aprender y mejorar la atención de la unidad de medicina familiar y replantear las estrategias de seguridad del paciente. (31)

Todo este reto es la suma de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el

compromiso, la habilidad y la manera en que la institución gestiona la seguridad en una organización. (31) Al evaluar, la organización genera información sobre la seguridad del paciente, que puede usarse para tomar decisiones, aprender y mejorar. Esta información también puede usarse para concienciar al personal sobre la seguridad del paciente; evaluar su estado actual en la organización; identificar sus fortalezas y oportunidades para mejorarla; analizar sus tendencias de cambio en el tiempo; evaluar el impacto cultural de sus iniciativas e intervenciones, y comparaciones en la institución y entre las instituciones que prestan servicios de salud. (31)

En México se ha constituido en un componente fundamental de los programas nacionales de salud, en busca de una atención efectiva y de calidad, accesible para toda la población. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha establecido un Sistema de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente conocido como VENCER, el cual está destinado a mejorar el sistema de notificación a fin de contar con una fuente de información confiable para la realización de planes de acción derivados de los eventos que se presentan con mayor frecuencia en las unidades médicas. (33) (32)

Instrumento

Para evaluar la cultura de seguridad del paciente se utilizó el cuestionario: Hospital Survey on Patient Safety Culture, realizado por la Agency for Healthcare Research and Quality,(4) misma que ha sido adaptada a su versión en español por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), denominado: cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México, el cual se menciona en la Acción esencial número 8 “Cultura de Seguridad del Paciente”. Es un cuestionario auto administrado con 42 ítems relativos al clima de seguridad agrupados en 12 dimensiones, una pregunta sobre la calificación global (de 1 a 10) del clima de seguridad percibido, otra sobre la notificación de efectos adversos en el último año, y preguntas sobre características socio laborales de los/las profesionales. Los 42 ítems relativos a las percepciones de los/las profesionales sobre la seguridad tienen cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert: de 1 (muy en desacuerdo o nunca) a 5 (muy de

acuerdo o siempre). Se entregó una carta de consentimiento informado a cada encuestado. Pretende evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud.

Secciones del Cuestionario:

- A) Área o servicio de trabajo
- B) Supervisor/jefe
- C) Comunicación
- D) Frecuencia con que se reportan los eventos
- E) Grado de seguridad del paciente
- F) Hospital
- G) Número de eventos reportados
- H) Información complementaria
- I) Comentarios

Los cuales proporcionaron información sobre la percepción del personal de salud relacionada con las siguientes doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

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)

De acuerdo a los criterios de clasificación de resultados establecidos por la 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”.

3.- JUSTIFICACIÓN

La cultura de seguridad en el paciente es un elemento clave para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica. Investigar la cultura de seguridad en el paciente entre el personal de salud es importante por las siguientes razones:

1.- Prevenir errores médicos. Una cultura de seguridad en el paciente puede ayudar a identificar y corregir los errores médicos antes de que ocurran, reduciendo así el riesgo de daños a los pacientes.

2.- Mejorar la calidad de la atención: Una cultura de seguridad en el paciente promueve la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre el personal de salud, lo que puede mejorar la calidad de la atención médica.

3.- Fomentar la confianza del paciente: Una cultura de seguridad en el paciente puede ayudar a construir la confianza del paciente en el personal de salud y en el sistema de atención médica en general.

4.- Reducir los costos asociados con la atención médica: Los errores médicos pueden tener consecuencias económicas graves para los pacientes y el sistema de atención médica. Investiga cómo la cultura de seguridad en el paciente puede ayudar a reducir los costos asociados con la atención médica a través de la prevención de errores médicos.

En resumen, investigar la cultura de seguridad en el paciente entre el personal de salud fue importante porque ayuda a prevenir errores médicos, mejorar la calidad de la atención, fomentar la confianza del paciente y reducir los costos asociados con la atención médica.

De acuerdo a los antecedentes establecidos, y la ausencia de datos dentro de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca, Hidalgo, se consideró pertinente realizar la investigación acerca de la percepción que tiene el personal de salud sobre cultura de seguridad en el paciente, y cuyos resultados obtenidos van a contribuir a mejorar los procesos de atención médica.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La poca información sobre cultura de seguridad en el paciente en la Unidad de Medicina Familiar no. 32 afecta la confianza en el personal médico y en el sistema de atención sanitaria, además de que sitúa al personal de salud en vulnerabilidad por errores médicos o una atención no segura. Por ello, el conocer esta cultura de seguridad puede mejorar estas percepciones para promover un ambiente más seguro y de mayor calidad para los pacientes.

Es importante que los pacientes sientan que están en un ambiente seguro y que pueden confiar en el personal médico y en el sistema de atención de la salud para garantizar su seguridad y proteger su salud.

Con base en lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar Número 32?

5.- OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con relación a trabajo en equipo dentro del departamento/servicio.
2. Conocer la percepción de la cultura de seguridad 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 la cultura de seguridad respecto aprendizaje organizacional/mejora continua.
4. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente.
5. Conocer la percepción de la cultura de seguridad residentes con respecto a retroalimentación y comunicación sobre errores.

6. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto al grado de apertura de la comunicación.
7. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto a frecuencia de incidentes reportados.
8. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto a trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios.
9. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto a personal: Dotación, suficiencia y gestión.
10. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto a problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios.
11. Conocer la percepción de la cultura de seguridad con respecto a respuesta no punitiva a los errores.

6.-HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: La percepción de cultura de seguridad del paciente, del personal médico de la Unidad de Medicina Familiar No 32 acerca de la seguridad del paciente indicará como fortaleza: el trabajo en equipo y la dotación de personal la cual se descartó.

Hipótesis nula: La percepción de cultura de seguridad del paciente, del personal médico de la Unidad de Medicina Familiar No 32 acerca de la seguridad del paciente indicó como oportunidad de mejora: el trabajo en equipo y la dotación de personal.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional, prospectivo, transversal, que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 32 Pachuca Hidalgo.

7.1.- Recursos y financiamiento

a. **Recursos Humanos:** se contó con un investigador responsable (asesor clínico) e investigador asociado (asesor metodológico) especialistas en Medicina Familiar, con amplia experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación, tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema, así como personal de salud de la UMF No 32 Pachuca Hgo, para el número de

participantes fueron en total 91 personajes, entre los que se encuentran médicos familiares, médicos no familiares, residentes de medicina familiar de primer, segundo año y tercer año, enfermeras adscritas, pasantes de enfermería, a los que se les invitó a que contestarán el instrumento cuestionario de evaluación dentro de la misma Unidad.

b. **Recursos Físicos:** se utilizó el equipo de cómputo institucional de la UMF No. 32

c. **Recursos Materiales:** Laptop con acceso a internet, programas Excel, paquete estadístico SPSS (versión de prueba on line), impresora, hojas, lápices, plumas.

d. **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

Factibilidad: La factibilidad del estudio se sustenta por la accesibilidad de la información.

7.2.- Actividades y procedimientos.

Población de estudio: Personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca Hidalgo.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca, Hidalgo.

Tiempo de realización de la investigación: enero a junio 2023

Tipo de diseño: Diseño cualitativo, observacional, transversal, descriptivo y prospectivo.

Cualitativo: Se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, en los cuales se establecieron patrones de comportamiento y comprobación de teorías.

Observacional: El investigador examinó la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los factores o variables que los influenciaron.

Transversal: La recolección de los datos se dio en una población dada y en un punto específico de tiempo, en un solo momento.

Prospectivo: La recolección de la información de acuerdo con los criterios del investigador para los fines específicos de la investigación, se dio después de la planeación de esta.

Descriptivo: Permitieron detallar situaciones, eventos o fenómenos en búsqueda de especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier

otro fenómeno que se sometió a análisis.

Recolección de la información

7.3.- Descripción general del estudio

Posterior a la autorización por los comités de ética en investigación e investigación en salud y previo consentimiento informado, se invitó al personal de la unidad contestar el instrumento cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al español. Una vez contestado, se concentró y codificó la información para su análisis estadístico, descripción de los resultados, redacción de la discusión y conclusiones.

7.4.- Muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de cálculo de muestra para una población finita. El universo de la unidad consta de 116 trabajadores de la UMF 32, personal de salud, entre los que se encuentra, médicos adscritos, médicos no familiares, residentes de medicina familiar, enfermeras y pasantes de enfermería. Aplicando la fórmula para cálculo de la muestra para poblaciones finitas, se tuvo un total de 91 trabajadores a encuestar.

$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$		
Tamaño de la población	N	116
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Proporción esperada	P	5%
1-p	Q	95%
Precisión	D	0.05
Tamaño de la muestra	N	91

7.5.- Procesamiento de datos

Se concentraron los resultados en una base de datos de Excel, garantizando la confidencialidad de estos, para su codificación y luego, con una versión de prueba del programa SPSS debidamente autorizada, se realizó el análisis estadístico.

7.6.- Aspectos estadísticos

El análisis se realizó para cada una de las 12 dimensiones que contiene el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Que determinó de manera general, el grado de percepción en seguridad del paciente que tiene el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 32.

Se utilizó estadística paramétrica en el caso de variables cuantitativas con distribución normal, y no paramétrica en el caso de variables cualitativas o de libre distribución, las que más se encontraron al analizar.

Criterios de inclusión:

Personal de salud adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 32

Que aceptaron participar en el estudio

Criterios de exclusión:

Personal de sustitución con cobertura de una sola guardia o turno.

Personal que no quiso participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

Cuestionarios incompletos.

Que manifestaron su deseo de abandonar el estudio.

8.- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente

<i>Variable</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Indicador</i>
Cultura de seguridad	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 asociado a la atención sanitaria o como elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención sanitaria o de mitigar sus consecuencias.	Cualitativa Ordinal	Grado o calificación general derivado de los resultados de las 12 dimensiones del cuestionario Hospital survey on patient safety culture” (HSOPSC) Fortalezas >75% de respuestas positivas

Variable independiente

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
PERSONAL DE SALUD	Médico: profesional que, tras cursar los estudios necesarios y obtener el título correspondiente, cuenta con una autorización legal para ejercer la medicina Residente: 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 convocatoria anual. Enfermera: abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.	Residente: Médico titulado que cursa estudios de posgrado “Especialidad en Medicina Familiar”, por un periodo de tiempo de tres años	Cualitativa	1. Médico
		1. R1 (Primer año)	Ordinal	2. Residente
		1. R2 (Segundo año)		3. Enfermera/o
		1. R3 (tercer año)		
		Enfermera/o: personal de salud que asiste enfermos.		

Variables sociodemográficas

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa Discreta De intervalo	1. 20-29 2. 30-39 3. 40-49 4. 50
Sexo	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos	Características, fenotípicas del individuo	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Estado civil	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

9.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Aseguramiento de la calidad (BPC)

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

Ley general de salud en materia de investigación en salud

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose 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. Derivado de lo anterior, se clasificó como:

Investigación de riesgo mínimo.

Archivo de la información

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial (Será manejada mediante folios) y son de uso exclusivo de los investigadores, se ordenó, clasificó y se archiva 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, identificándose 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.

Principios generales

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 identificable.

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

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).

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 la 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 calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están sobre representados 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

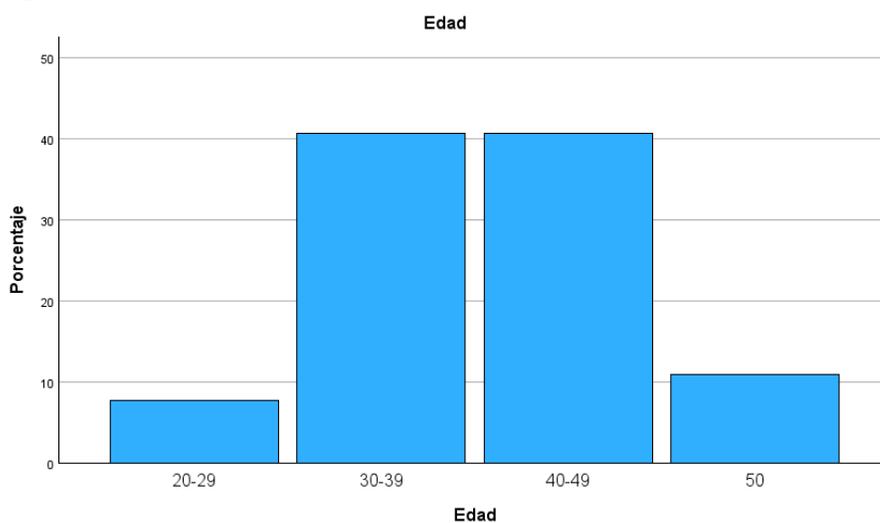
24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

10.- ANÁLISIS Y RESULTADOS

Tabla 1. Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-29	7	7.7	7.7	7.7
	30-39	37	40.7	40.7	48.4
	40-49	37	40.7	40.7	89.0
	50	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 1. Edad

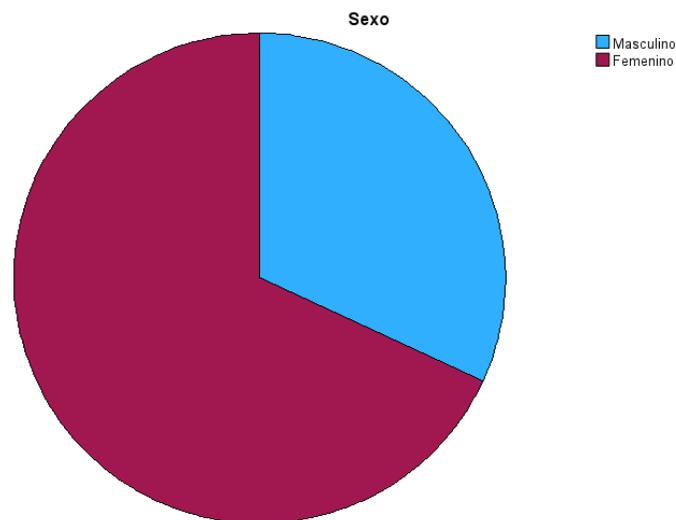


Según el análisis de datos obtenidos con la muestra y el número de participantes se observa que en un porcentaje elevado del 40.7% están las personas de 30 a 49 años, las de 50 años o más con un 11%, dejando en porcentaje mínimo del 7.7% a las de 20 a 29 años.

Tabla 2. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	29	31.9	31.9	31.9
	Femenino	62	68.1	68.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 2. Sexo

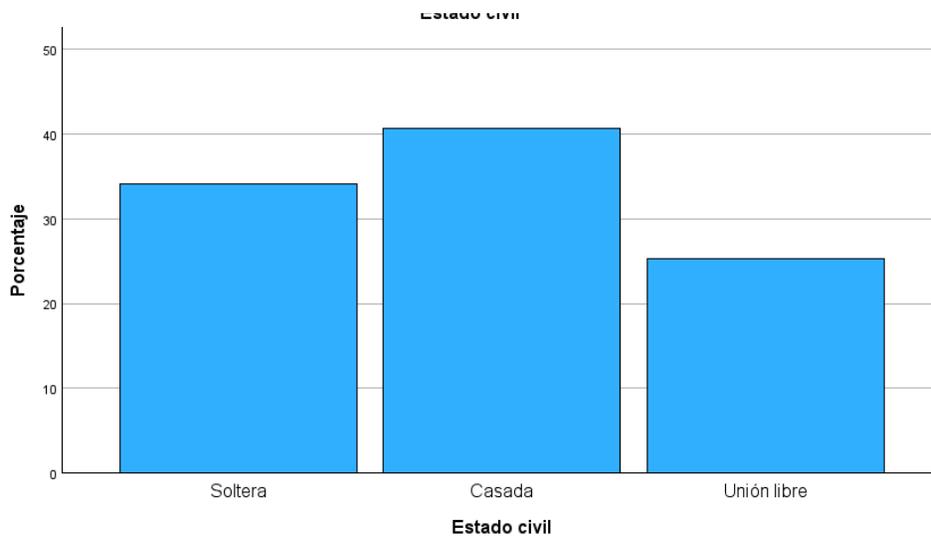


En el sexo se observa que en un 62% el predominio es femenino, dejando con el 29% al masculino del total de participantes.

Tabla 3. Estado civil.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	31	34.1	34.1	34.1
	Casada	37	40.7	40.7	74.7
	Unión libre	23	25.3	25.3	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 3. Estado civil

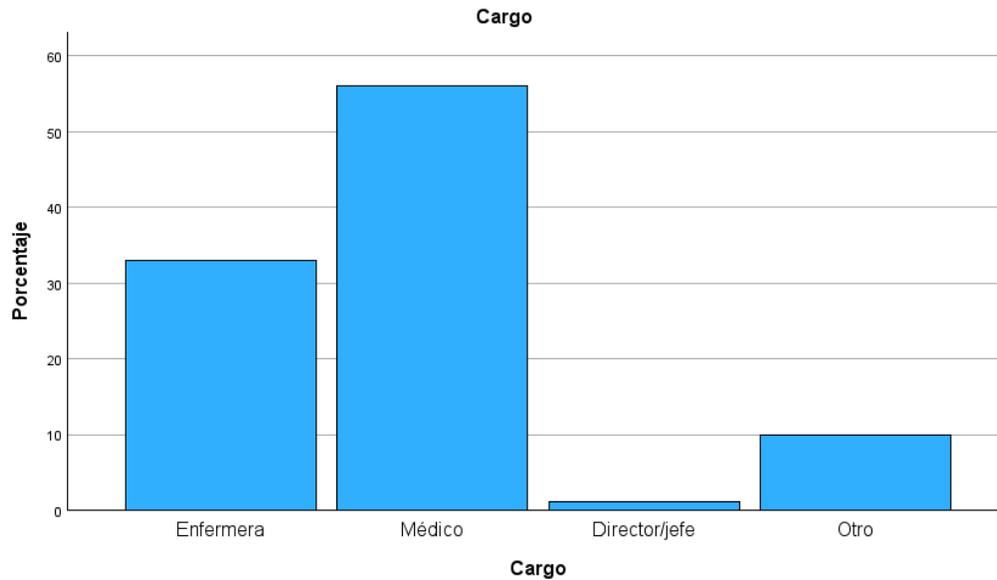


Se observó que del personal de salud el porcentaje mayor en estado civil son casados(as) con un 40.7%, siendo en menor proporción solteros(as) con un porcentaje de 34.1%, y con el 25.3% viven en unión libre.

Tabla 4. Cargo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermera	30	33.0	33.0	33.0
	Médico	51	56.0	56.0	89.0
	Director/jefe	1	1.1	1.1	90.1
	Otro	9	9.9	9.9	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 4. Cargo



De acuerdo al cargo se observó que el 56% son médicos incluidos médicos familiares y no familiares, en un 33% se ubica el personal de enfermería, con un 9.9% se encuentran otros y con el 1.1% el director o jefe clínico.

Tabla 5. Área de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Unidades de cuidado de pacientes	91	100.0	100.0	100.0

Figura 5. Área de trabajo

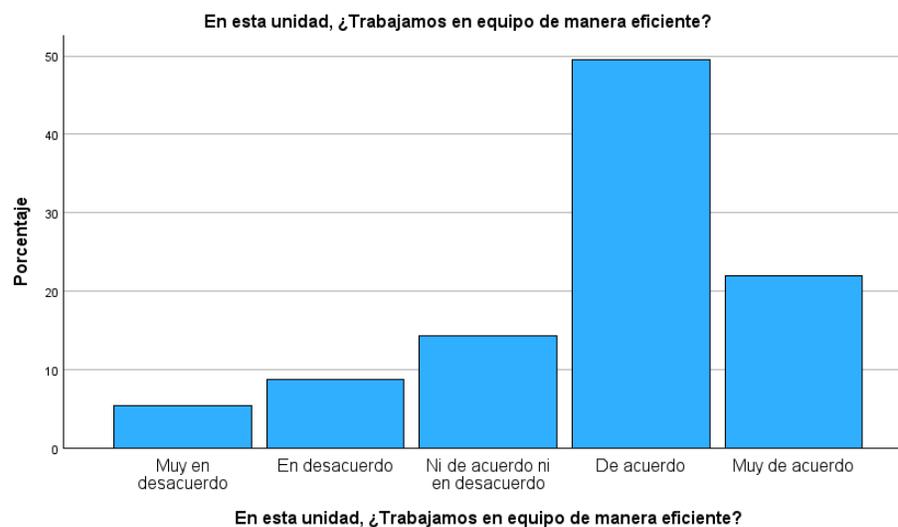


Área de trabajo. Se puede observar que el 100% del personal de salud, están adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 32.

Tabla 6. En esta unidad, ¿Trabajamos en equipo de manera eficiente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	5	5.5	5.5	5.5
	En desacuerdo	8	8.8	8.8	14.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	14.3	14.3	28.6
	De acuerdo	45	49.5	49.5	78.0
	Muy de acuerdo	20	22.0	22.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 6. En esta unidad, ¿Trabajamos en equipo de manera eficiente?

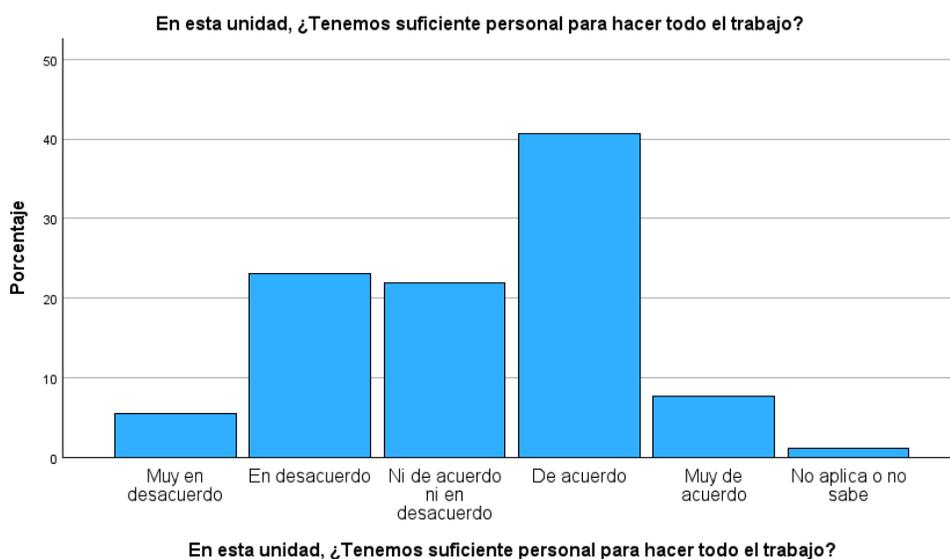


En esta unidad, ¿trabajamos en equipo de manera eficiente? Se obtuvo una respuesta del 49.5% en estar de acuerdo, con un porcentaje del 22% se obtuvo una respuesta de muy de acuerdo, teniendo como respuesta ni de acuerdo ni en desacuerdo, al 8.8% en desacuerdo y con un 5.5% muy en desacuerdo.

Tabla 7. En esta unidad, ¿tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	5	5.5	5.5	5.5
	En desacuerdo	21	23.1	23.1	28.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	22.0	22.0	50.5
	De acuerdo	37	40.7	40.7	91.2
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 7. En esta unidad, ¿tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo?



En esta unidad, ¿tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo? Con un 40.7% el personal estuvo de acuerdo, sin embargo, el 23.1% estuvo en desacuerdo, el 22% el personal respondió no estar de acuerdo ni en desacuerdo, con minorías se puede observar en un 7.7% muy de acuerdo, 5.5% muy en desacuerdo y solo el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 8. El personal en esta unidad, ¿trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	7	7.7	7.7	7.7
	En desacuerdo	28	30.8	30.8	38.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	26.4	26.4	64.8
	De acuerdo	20	22.0	22.0	86.8
	Muy de acuerdo	8	8.8	8.8	95.6
	No aplica o no sabe	4	4.4	4.4	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 8. El personal en esta unidad, ¿trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente?



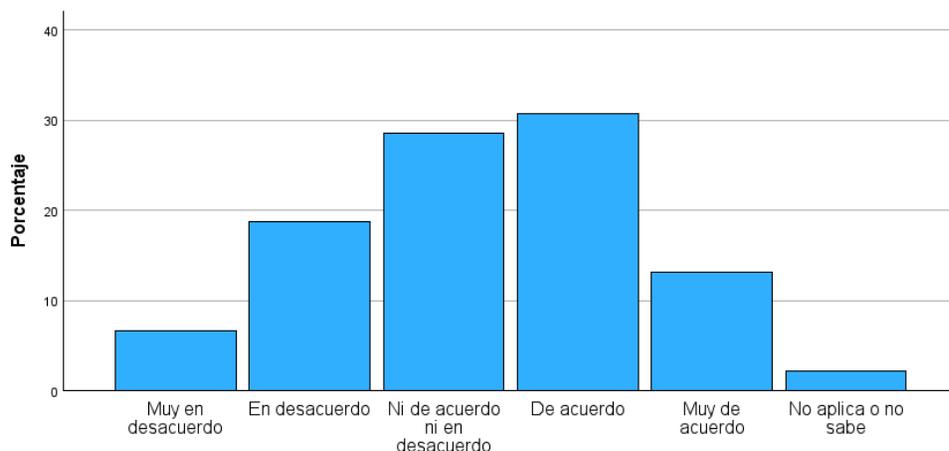
El personal en esta unidad, ¿trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente? En esta respuesta se observa que el 30.8% está en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo se tiene el 26.4%, el 22% estuvieron de acuerdo, el 8.8% estuvieron muy de acuerdo, con el 7.7% muy en desacuerdo y el 4.4% no aplica o no sabe.

Tabla 9. Esta unidad, ¿revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	6.6	6.6	6.6
	En desacuerdo	17	18.7	18.7	25.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	28.6	28.6	53.8
	De acuerdo	28	30.8	30.8	84.6
	Muy de acuerdo	12	13.2	13.2	97.8
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 9. Esta unidad, ¿revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?

Esta unidad, ¿Revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?



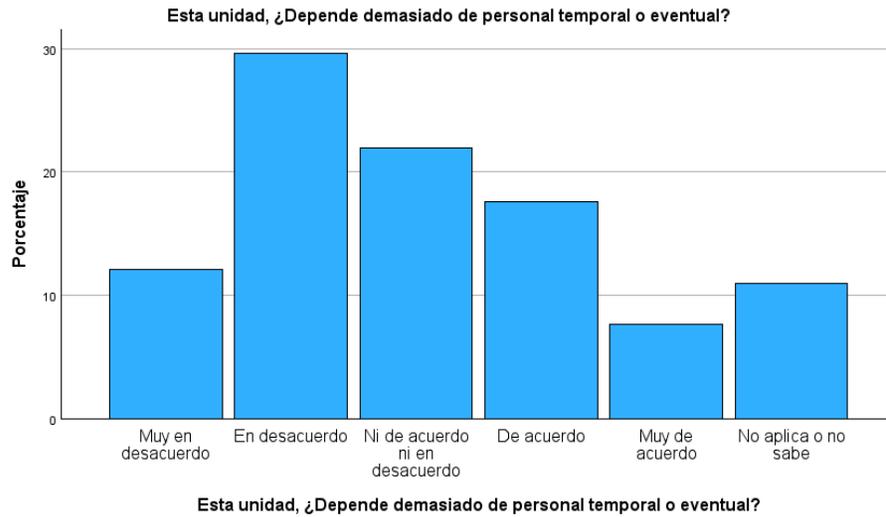
Esta unidad, ¿Revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente?

Esta unidad, ¿revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente? El personal de salud estuvo de acuerdo en un 30.8%, el 28.6% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, con el 18.7% el personal estuvo en desacuerdo, con el 13.2% estuvo muy de acuerdo, solo el 6.6% estuvo muy en desacuerdo y el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 10. Esta unidad, ¿depende demasiado de personal temporal o eventual?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	11	12.1	12.1	12.1
	En desacuerdo	27	29.7	29.7	41.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	22.0	22.0	63.7
	De acuerdo	16	17.6	17.6	81.3
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	89.0
	No aplica o no sabe	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 10. Esta unidad, ¿depende demasiado de personal temporal o eventual?

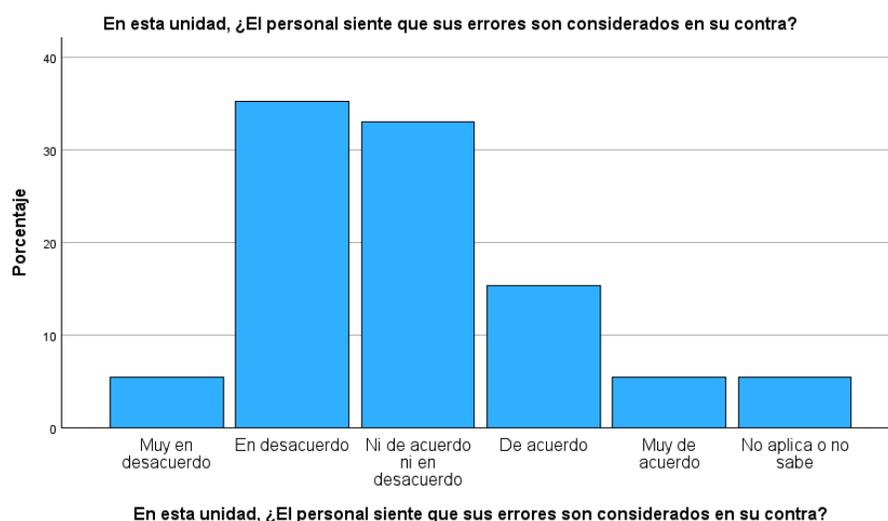


Esta unidad, ¿depende demasiado de personal temporal o eventual? El personal respondió en un 29,7 % en desacuerdo, un 22 % no estaba ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 17.6 % de acuerdo, un 12.1 % muy en desacuerdo, un 11 % el personal no aplica o no sabe y un 7.7 % muy de acuerdo, por lo que se establece que no hay demasiada rotación de personal.

Tabla 11. En esta unidad, ¿el personal siente que sus errores son considerados en su contra?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	5	5.5	5.5	5.5
	En desacuerdo	32	35.2	35.2	40.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	33.0	33.0	73.6
	De acuerdo	14	15.4	15.4	89.0
	Muy de acuerdo	5	5.5	5.5	94.5
	No aplica o no sabe	5	5.5	5.5	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 11. En esta unidad, ¿el personal siente que sus errores son considerados en su contra?



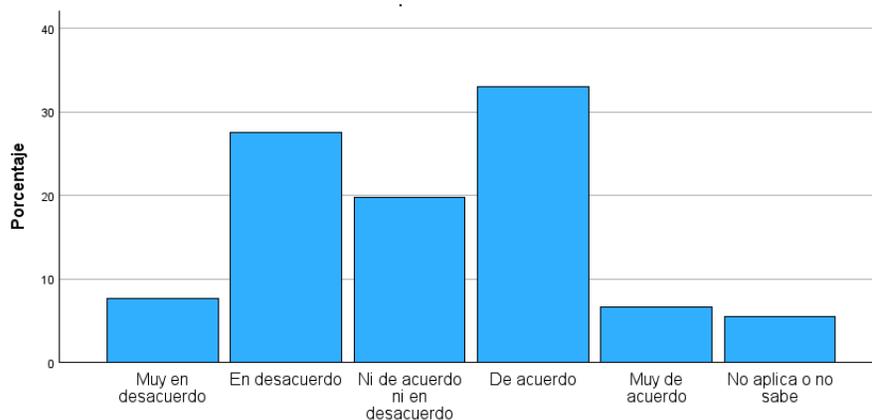
En esta unidad el personal siente que sus errores son considerados en su contra. El 35.2% estuvo en desacuerdo, el 33% ni estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, con el 15.4% el personal estuvo de acuerdo y con el 5.5% cada uno, se observaron 3 parámetros entre los que se encuentran muy de acuerdo, no aplica o no sabe y muy en desacuerdo.

Tabla 12. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	7	7.7	7.7	7.7
	En desacuerdo	25	27.5	27.5	35.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	19.8	19.8	54.9
	De acuerdo	30	33.0	33.0	87.9
	Muy de acuerdo	6	6.6	6.6	94.5
	No aplica o no sabe	5	5.5	5.5	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 12. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?

Quando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?



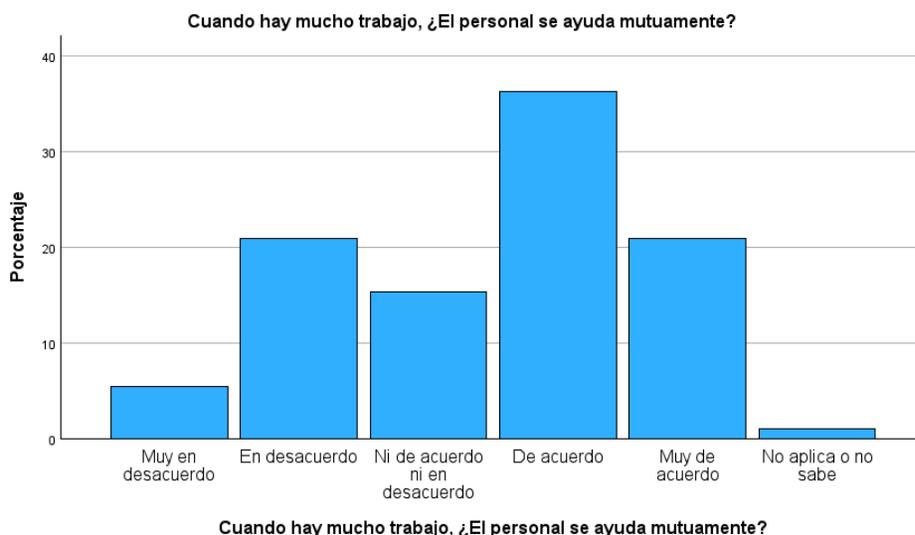
Quando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema?

Quando se reporta un incidente en esta unidad, ¿se siente que la persona está siendo reportada y no el problema? El 33% estuvo de acuerdo, el 27.5% está en desacuerdo, el 19.8% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, el 7.7% estuvo muy en desacuerdo, en su minoría se observó el 6.6% estando muy de acuerdo y el 5.5% no aplica o no sabe.

Tabla 13. Cuando hay mucho trabajo, ¿el personal se ayuda mutuamente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	5	5.5	5.5	5.5
	En desacuerdo	19	20.9	20.9	26.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	15.4	15.4	41.8
	De acuerdo	33	36.3	36.3	78.0
	Muy de acuerdo	19	20.9	20.9	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 13. Cuando hay mucho trabajo, ¿el personal se ayuda mutuamente?

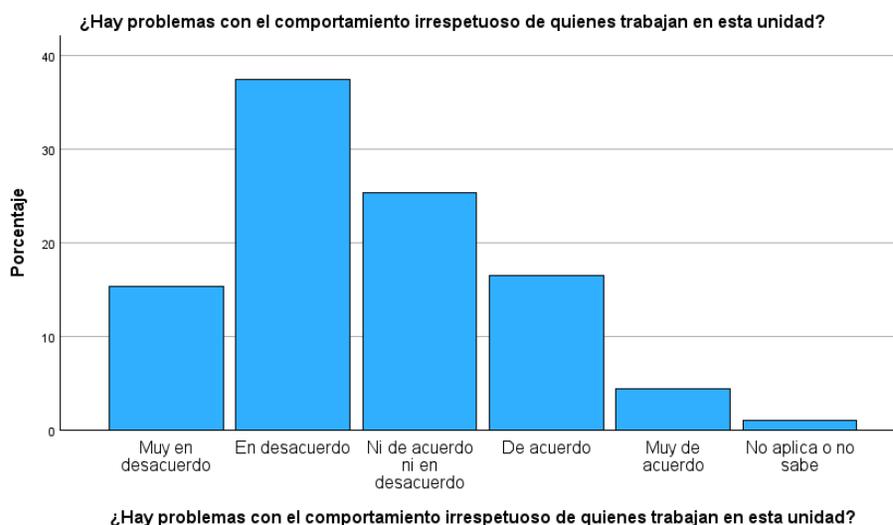


Quando hay mucho trabajo el personal se ayuda mutuamente. El personal estuvo de acuerdo en un 36.3%, con un 20.9% el personal tuvo opiniones encontradas al estar en desacuerdo y muy de acuerdo respectivamente, el 15.4% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo y tan solo el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 14. ¿Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	14	15.4	15.4	15.4
	En desacuerdo	34	37.4	37.4	52.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	25.3	25.3	78.0
	De acuerdo	15	16.5	16.5	94.5
	Muy de acuerdo	4	4.4	4.4	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 14. ¿Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad?

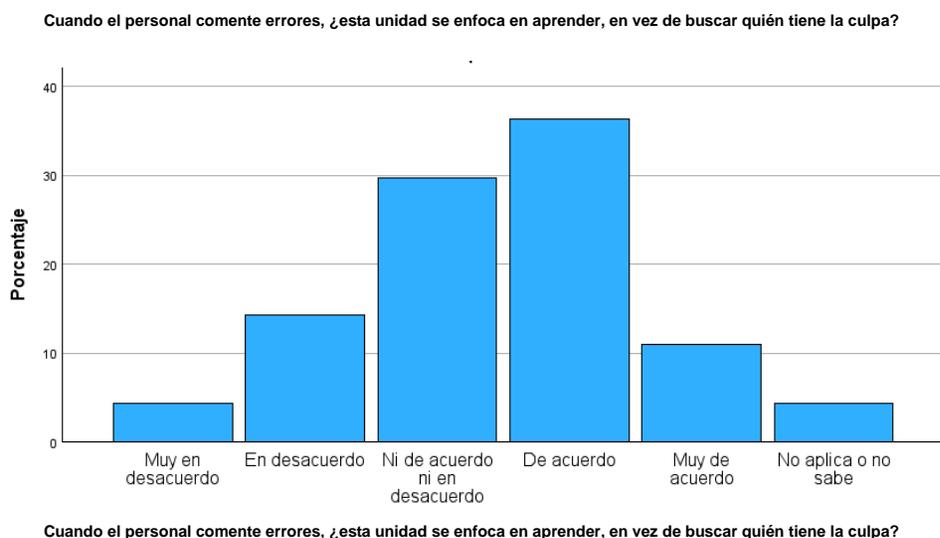


El 37.4% respondió estar en desacuerdo, con el 25.3% el personal no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, el 16.5% está de acuerdo, el 15.4% muy en desacuerdo, el 4.4% está muy de acuerdo y solo el 1.1% no aplica o no sabe, sobre si hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en la unidad.

Tabla 15. Cuando el personal comente errores, ¿esta unidad se enfoca en aprender, en vez de buscar quién tiene la culpa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4
	En desacuerdo	13	14.3	14.3	18.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27	29.7	29.7	48.4
	De acuerdo	33	36.3	36.3	84.6
	Muy de acuerdo	10	11.0	11.0	95.6
	No aplica o no sabe	4	4.4	4.4	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 15. Cuando el personal comente errores, ¿esta unidad se enfoca en aprender, en vez de buscar quién tiene la culpa?

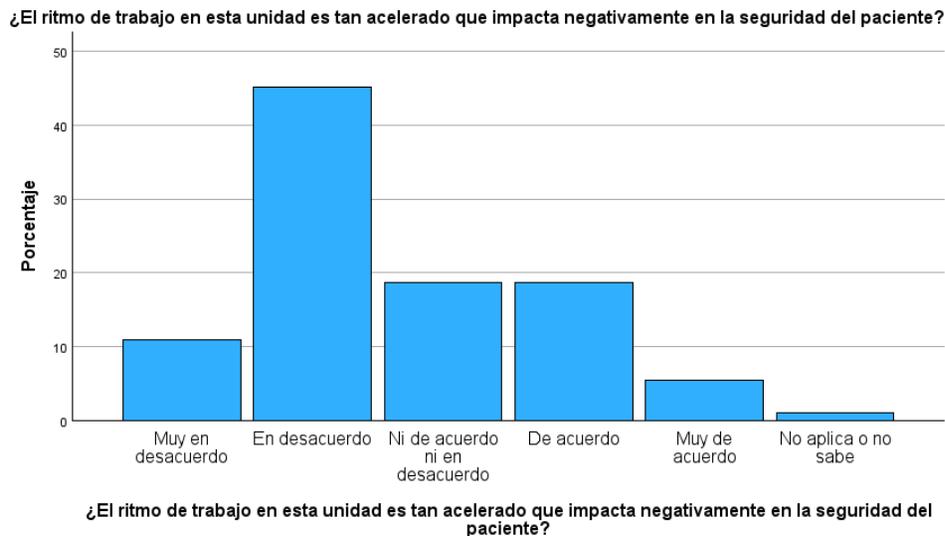


Quando el personal comente errores, ¿esta unidad se enfoca en aprender, en vez de buscar quién tiene la culpa? El 36.3% del personal respondió en estar de acuerdo en que se aprende cada vez que se comete un error, el 29.7% refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo, el 14.3% está en desacuerdo, el 11% refiere estar muy de acuerdo, mientras que el 4.4% refiere estar en desacuerdo y el otro 4.4% no aplica o no sabe.

Tabla 16. ¿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	10	11.0	11.0	11.0
	En desacuerdo	41	45.1	45.1	56.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	18.7	18.7	74.7
	De acuerdo	17	18.7	18.7	93.4
	Muy de acuerdo	5	5.5	5.5	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 16. ¿El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente?

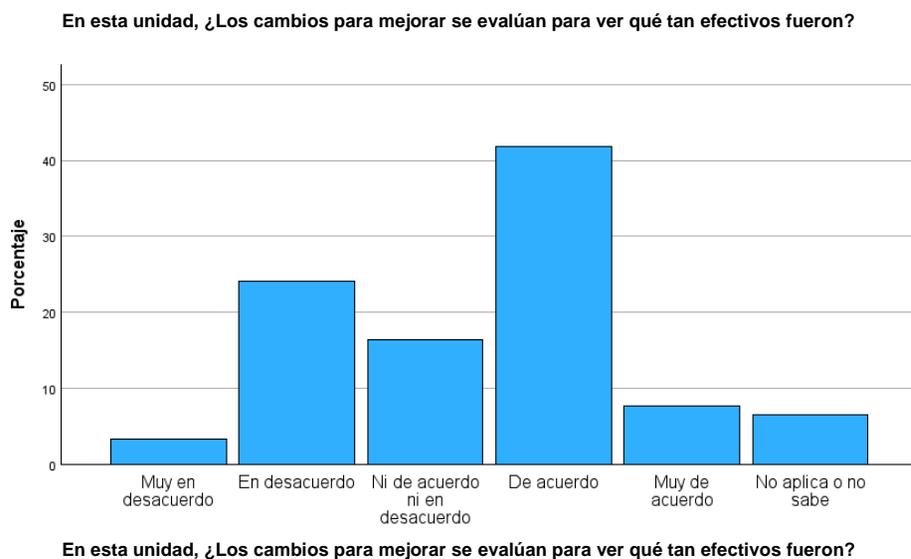


¿El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente? El 45.1% tuvo como respuesta estar en desacuerdo, mientras que el 18.7% tuvo respuestas divididas por una parte estuvieron de acuerdo mientras que otro 18.7% no estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo, el 11% refiere estar muy en desacuerdo, solo el 5.5% estuvo muy de acuerdo y el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 17. En esta unidad, ¿Los cambios para mejorar se evalúan para ver qué tan efectivos fueron?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3
	En desacuerdo	22	24.2	24.2	27.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	16.5	16.5	44.0
	De acuerdo	38	41.8	41.8	85.7
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	93.4
	No aplica o no sabe	6	6.6	6.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 17. En esta unidad, ¿Los cambios para mejorar se evalúan para ver qué tan efectivos fueron?

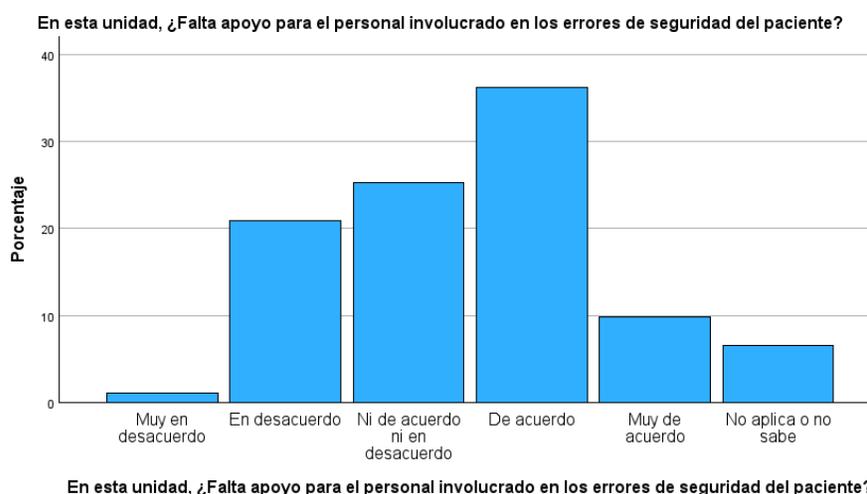


En esta unidad, ¿los cambios para mejorar se evalúan para ver qué tan efectivo fueron? Con un 41.8% el personal de esta unidad está de acuerdo, el 24.2% está en desacuerdo, el 16.5% refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo, el 7.7% está muy de acuerdo, en el 6.6% no aplica o no sabe, mientras que el 3.3% está muy en desacuerdo.

Tabla 18. En esta unidad, ¿Falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	1	1.1	1.1	1.1
	En desacuerdo	19	20.9	20.9	22.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	25.3	25.3	47.3
	De acuerdo	33	36.3	36.3	83.5
	Muy de acuerdo	9	9.9	9.9	93.4
	No aplica o no sabe	6	6.6	6.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 18. En esta unidad, ¿Falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente?

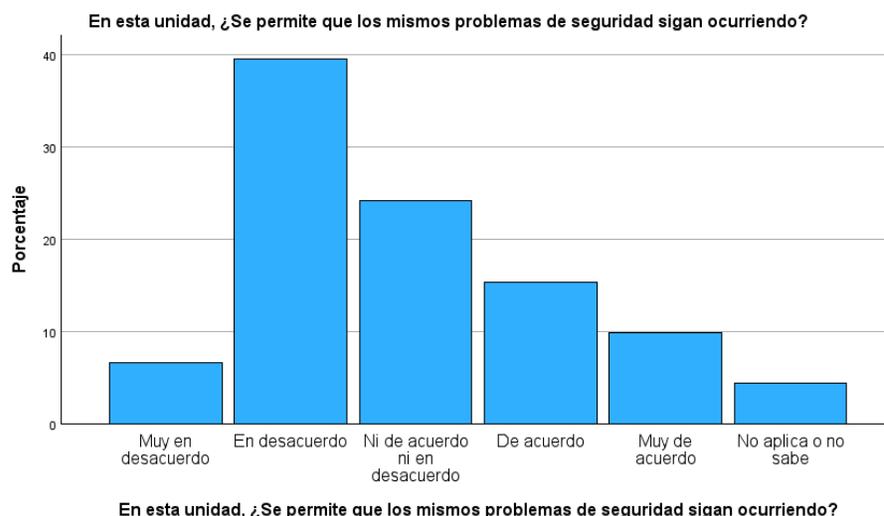


En esta unidad, ¿falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente? El 36.3% de los participantes refieren estar de acuerdo con la falta de apoyo, el 25.3% no está de acuerdo ni en desacuerdo, el 20.9% refiere estar en desacuerdo, mientras que solo el 9.9% está muy de acuerdo, el 6.6% no aplica o no sabe y con una minoría del 1.1% refiere estar muy en desacuerdo.

Tabla 19. En esta unidad, ¿Se permite que los mismos problemas de seguridad sigan ocurriendo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	6.6	6.6	6.6
	En desacuerdo	36	39.6	39.6	46.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	24.2	24.2	70.3
	De acuerdo	14	15.4	15.4	85.7
	Muy de acuerdo	9	9.9	9.9	95.6
	No aplica o no sabe	4	4.4	4.4	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 19. En esta unidad, ¿Se permite que los mismos problemas de seguridad sigan ocurriendo?

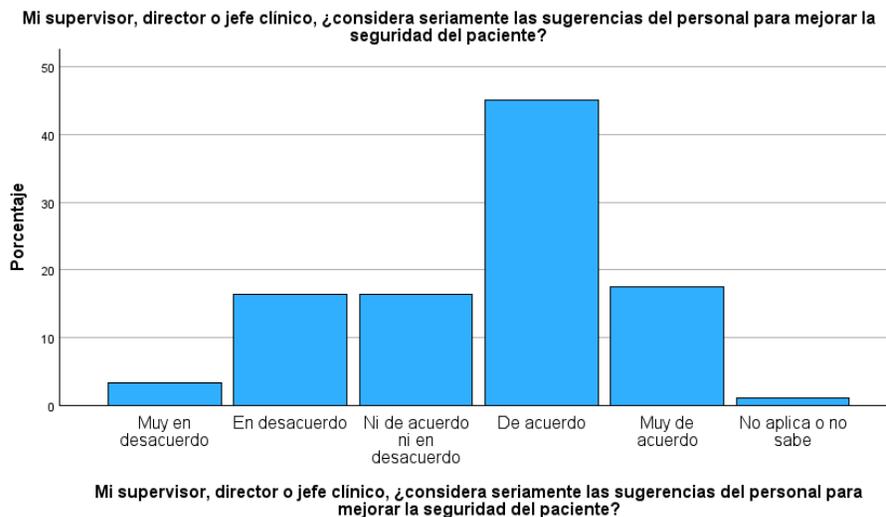


En esta unidad, ¿se permite que los mismos problemas de seguridad sigan ocurriendo? El personal de salud contestó en un 39.6% en estar en desacuerdo, el 24.2% no está de acuerdo ni en desacuerdo, el 15.4% está de acuerdo con este ítem, mientras el 9.9% está muy de acuerdo, el 6.6% muy en desacuerdo y el 4.4% no aplica o no sabe si se permite que los problemas de seguridad sigan ocurriendo.

Tabla 20. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3
	En desacuerdo	15	16.5	16.5	19.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	16.5	16.5	36.3
	De acuerdo	41	45.1	45.1	81.3
	Muy de acuerdo	16	17.6	17.6	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 20. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente?

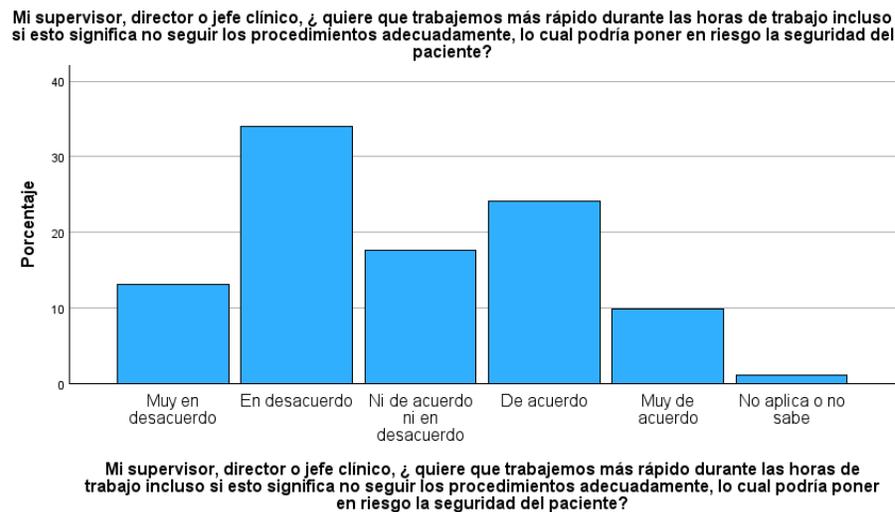


Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente? El 45.1% refiere que el director o jefe clínico considera las sugerencias, el 17.6% refiere estar muy de acuerdo, mientras que el 16.5% tiene opiniones divididas entre estar en desacuerdo, así como ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 3.3% respondió estar muy en desacuerdo y solo el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 21. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿quiere que trabajemos más rápido durante las horas de trabajo incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	12	13.2	13.2	13.2
	En desacuerdo	31	34.1	34.1	47.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	17.6	17.6	64.8
	De acuerdo	22	24.2	24.2	89.0
	Muy de acuerdo	9	9.9	9.9	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 21. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿quiere que trabajemos más rápido durante las horas de trabajo incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente?

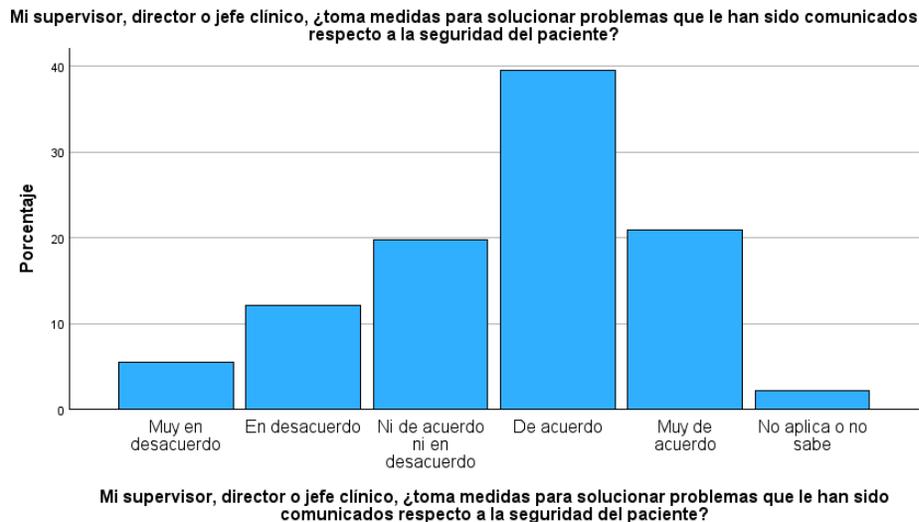


Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿quiere que trabajemos más rápido durante las horas de trabajo incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente? El personal respondió con un 34.1% estar en desacuerdo, mientras que un 24.2% refiere estar de acuerdo, desciende en un 17.6% las personas que no están de acuerdo ni en desacuerdo, el 13.2% está muy en desacuerdo, mientras que el 9.9% está muy de acuerdo y solo el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 22. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿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	5	5.5	5.5	5.5
	En desacuerdo	11	12.1	12.1	17.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	19.8	19.8	37.4
	De acuerdo	36	39.6	39.6	76.9
	Muy de acuerdo	19	20.9	20.9	97.8
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 22. Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente?

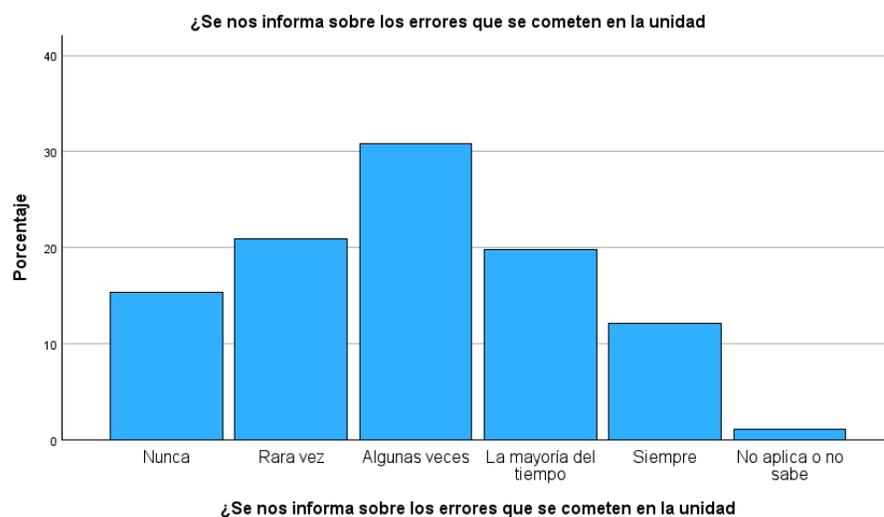


Mi supervisor, director o jefe clínico, ¿toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente? El personal de la unidad refiere estar de acuerdo en un 39.6%, con un 20.9% están muy de acuerdo, el 19.8% manifiesta no estar de acuerdo ni en desacuerdo, el 12.1% está en desacuerdo, mientras que para el 5.5% está muy en desacuerdo y solo el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 23. ¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	14	15.4	15.4	15.4
	Rara vez	19	20.9	20.9	36.3
	Algunas veces	28	30.8	30.8	67.0
	La mayoría del tiempo	18	19.8	19.8	86.8
	Siempre	11	12.1	12.1	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 23. ¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad?

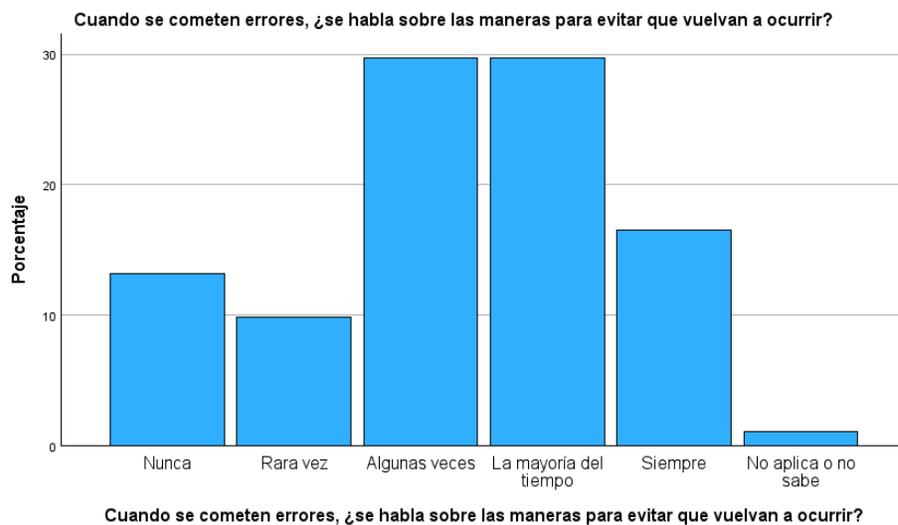


¿Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad? El 30.8% refiere que algunas veces se hace de su conocimiento, el 20.9% refiere que rara vez son informados, el 19.8% manifiesta que la mayoría de las veces, el 15.4% respondió que nunca, el 12.1% refiere que siempre y solo el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 24. Cuando se cometen errores, ¿se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	13.2	13.2	13.2
	Rara vez	9	9.9	9.9	23.1
	Algunas veces	27	29.7	29.7	52.7
	La mayoría del tiempo	27	29.7	29.7	82.4
	Siempre	15	16.5	16.5	98.9
	No aplica o no sabe	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 24. Cuando se cometen errores, ¿se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir?

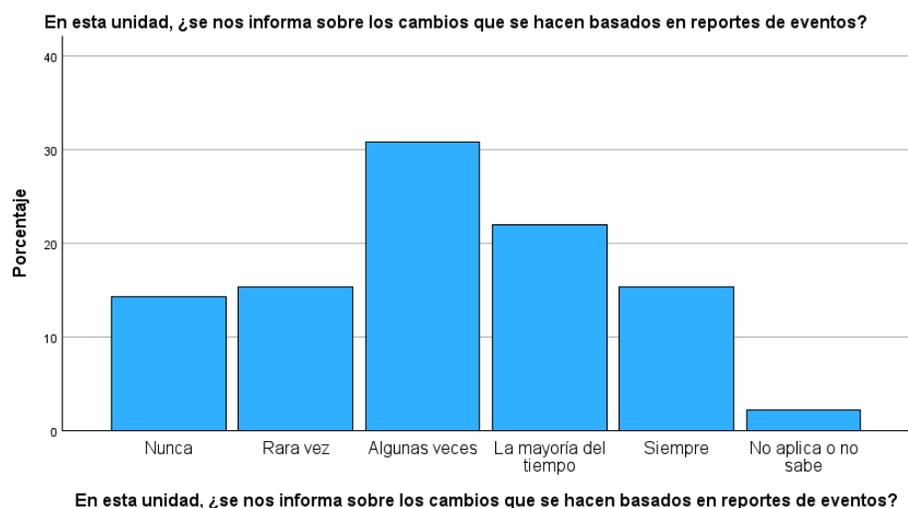


Cuando se cometen errores, ¿se habla sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir? Con un 29.7% se obtuvo opinión dividida contestando la mayoría del tiempo y por otro lado algunas veces el otro 29.7%, el 16.5% opina que siempre se habla de los errores, el 13.2% nunca habla de estos mismos, el 9.9% refiere que rara vez, mientras que el 1.1% no aplica o no sabe.

Tabla 25. 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	13	14.3	14.3	14.3
	Rara vez	14	15.4	15.4	29.7
	Algunas veces	28	30.8	30.8	60.4
	La mayoría del tiempo	20	22.0	22.0	82.4
	Siempre	14	15.4	15.4	97.8
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 25. En esta unidad, ¿se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos?

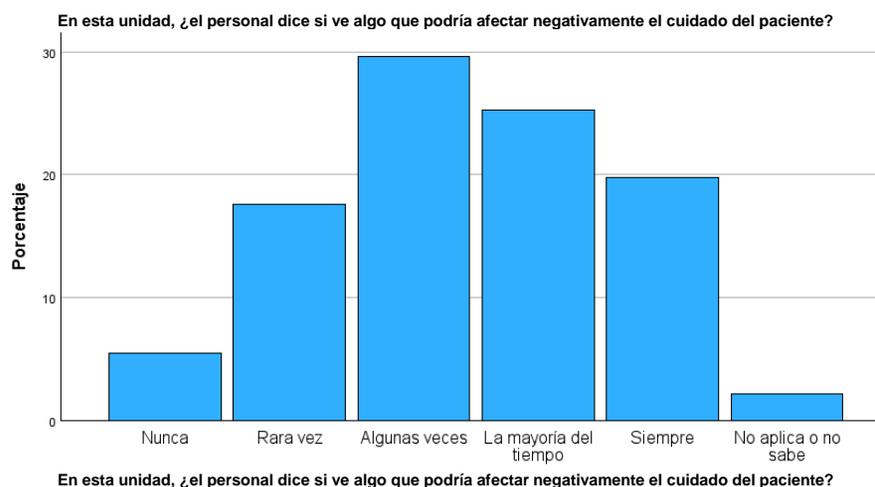


En esta unidad, ¿se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos? El 30.8% refiere que algunas veces se les informa, el 22% la mayoría del tiempo, con el 15.4% opinan que rara vez, mientras el otro 15.4% contestó que siempre, el 14.3% que nunca y el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 26. En esta unidad, ¿el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	5	5.5	5.5	5.5
	Rara vez	16	17.6	17.6	23.1
	Algunas veces	27	29.7	29.7	52.7
	La mayoría del tiempo	23	25.3	25.3	78.0
	Siempre	18	19.8	19.8	97.8
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 26. En esta unidad, ¿el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente?

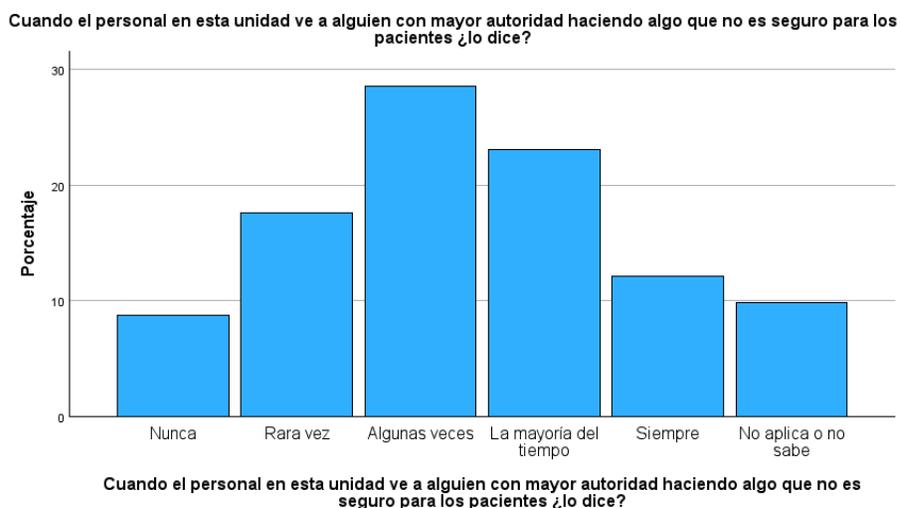


En esta unidad, ¿el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente? El 29.7% refiere decirlo algunas veces, el 25.3% la mayoría del tiempo, el 19.8% siempre lo dice, el 17.6% rara vez, mientras que el 5.5% no lo dice nunca y el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 27. 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	8	8.8	8.8	8.8
	Rara vez	16	17.6	17.6	26.4
	Algunas veces	26	28.6	28.6	54.9
	La mayoría del tiempo	21	23.1	23.1	78.0
	Siempre	11	12.1	12.1	90.1
	No aplica o no sabe	9	9.9	9.9	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 27. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes ¿lo dice?

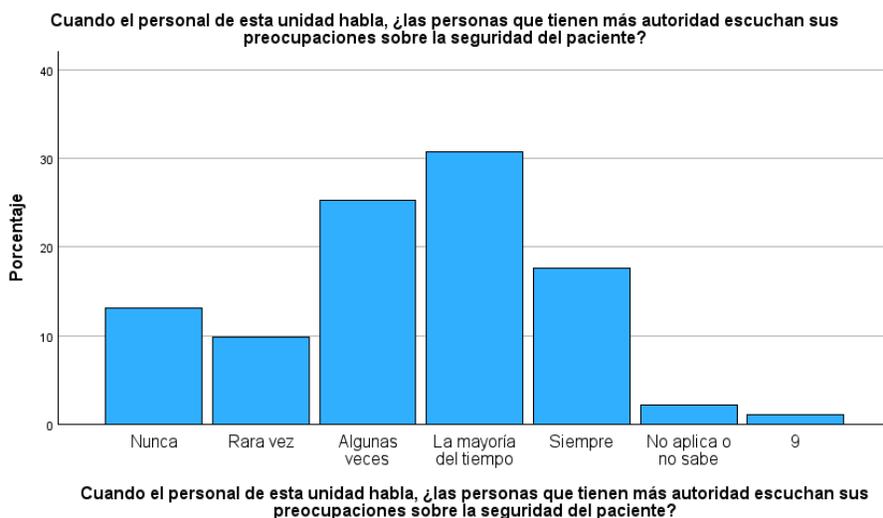


Cuándo el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes ¿lo dice? El 28.6% refiere decirlo algunas veces, el 23.1% la mayoría del tiempo, el 17.6% rara vez lo informa, el 12.1% menciona siempre decirlo, para el 9.9% no aplica o no sabe, mientras que el 8.8% refiere nunca decirlo.

Tabla 28. Cuando el personal de esta unidad habla, ¿las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	12	13.2	13.2	13.2
	Rara vez	9	9.9	9.9	23.1
	Algunas veces	23	25.3	25.3	48.4
	La mayoría del tiempo	28	30.8	30.8	79.1
	Siempre	16	17.6	17.6	96.7
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	98.9
	9	1	1.1	1.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 28. Cuando el personal de esta unidad habla, ¿las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente?

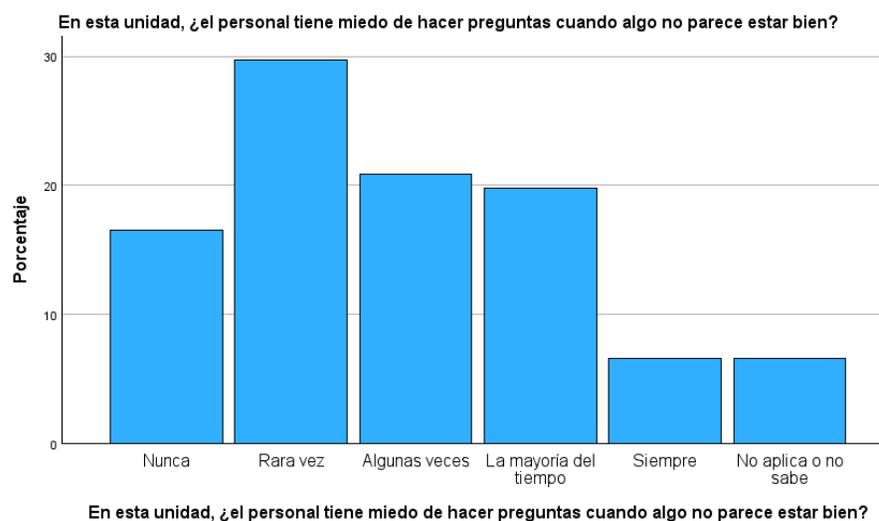


Cuando el personal de esta unidad habla, ¿las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente? Con un 30.8% el personal de la unidad respondió que la mayoría del tiempo las autoridades escuchan las preocupaciones, el 25.3% contestó que solo algunas veces, el 17.6% refiere que siempre han sido escuchadas, sin embargo, el 13.2% contestó que nunca, el 11% refiere que rara vez, el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 29. En esta unidad, ¿el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	15	16.5	16.5	16.5
	Rara vez	27	29.7	29.7	46.2
	Algunas veces	19	20.9	20.9	67.0
	La mayoría del tiempo	18	19.8	19.8	86.8
	Siempre	6	6.6	6.6	93.4
	No aplica o no sabe	6	6.6	6.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 29. En esta unidad, ¿el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien?

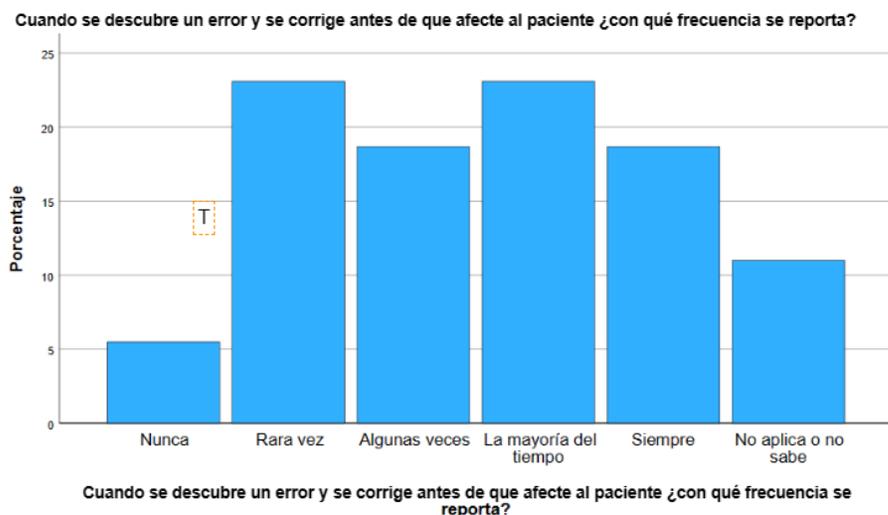


En esta unidad, ¿el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien? El 29.7% refiere que rara vez tiene miedo de hacer preguntas, el 20.9% contestó algunas veces, el 19.8% refiere sentir temor la mayoría del tiempo, el 16.5% respondió que nunca, mientras que el 6.6% refiere que siempre y el otro 6.6% no aplica o no sabe.

Tabla 30. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente ¿con qué frecuencia se reporta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	5	5.5	5.5	5.5
	Rara vez	21	23.1	23.1	28.6
	Algunas veces	17	18.7	18.7	47.3
	La mayoría del tiempo	21	23.1	23.1	70.3
	Siempre	17	18.7	18.7	89.0
	No aplica o no sabe	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 30. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente ¿con qué frecuencia se reporta?

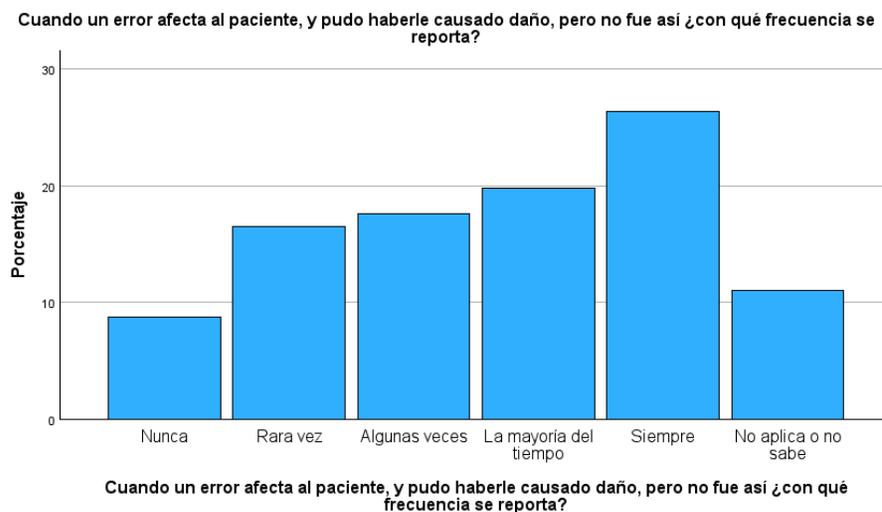


Quando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente ¿con qué frecuencia se reporta? En esta pregunta hubo opiniones divididas del personal pues el 23.1% refiere que la mayoría del tiempo, teniendo el otro 23.1% con respuesta de rara vez, el 18.7% contestó respuestas como: siempre, y el otro 18.7% respondió que rara vez, el 11% no aplica o no sabe y el 5.5% refiere que nunca se reportan los errores.

Tabla 31. Cuando un error afecta al paciente, y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿con qué frecuencia se reporta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	8	8.8	8.8	8.8
	Rara vez	15	16.5	16.5	25.3
	Algunas veces	16	17.6	17.6	42.9
	La mayoría del tiempo	18	19.8	19.8	62.6
	Siempre	24	26.4	26.4	89.0
	No aplica o no sabe	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 31. Cuando un error afecta al paciente, y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿con qué frecuencia se reporta?

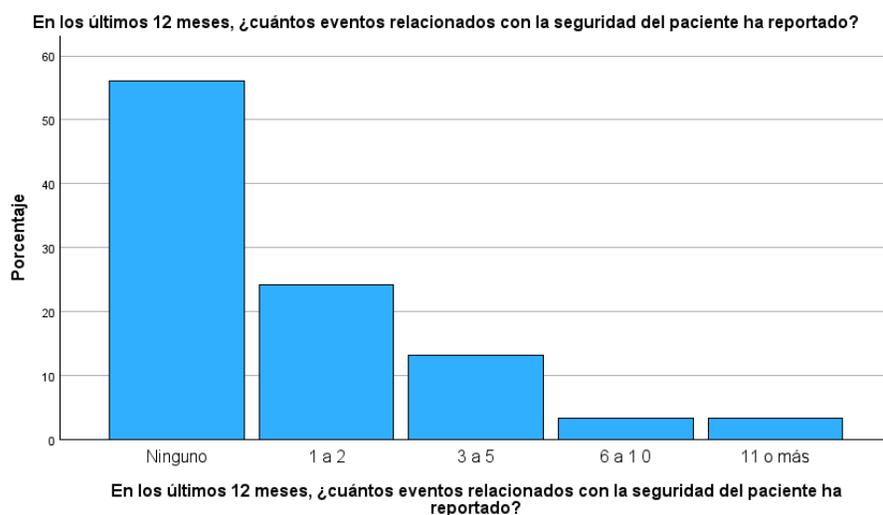


Quando un error afecta al paciente, y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿con qué frecuencia se reporta? El personal de salud refiere que en un 26.4% siempre reportan, con el 19.8% reportan la mayoría del tiempo, el 17.6% refiere que reporta algunas veces, el 16.5% reporta rara vez, el 11% no aplica o no sabe y solo el 8.8% refiere que nunca reporta.

Tabla 32. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	51	56.0	56.0	56.0
	1 a 2	22	24.2	24.2	80.2
	3 a 5	12	13.2	13.2	93.4
	6 a 10	3	3.3	3.3	96.7
	11 o más	3	3.3	3.3	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 32. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado?

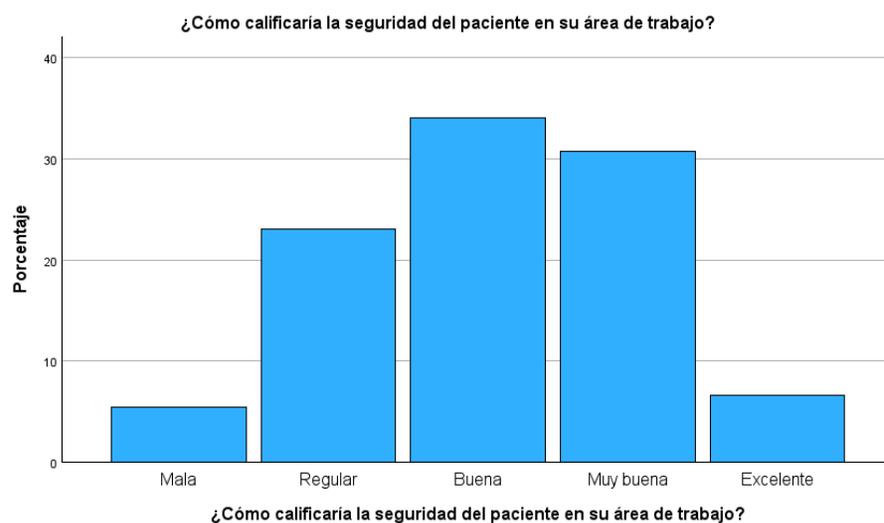


En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado? En este ítem el personal de salud refiere no haber reportado ninguno con el 56%, el 24.2% refiere que reportó de 1 a 2 eventos, el 13.2% reportó de 3 a 5 eventos, el 3.3% reportó de 6 o 10 eventos, mientras que el otro 3.3% refiere haber reportado 11 o más eventos.

Tabla 33. ¿Cómo calificaría la seguridad del paciente en su área de trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	5	5.5	5.5	5.5
	Regular	21	23.1	23.1	28.6
	Buena	31	34.1	34.1	62.6
	Muy buena	28	30.8	30.8	93.4
	Excelente	6	6.6	6.6	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 33. ¿Cómo calificaría la seguridad del paciente en su área de trabajo?

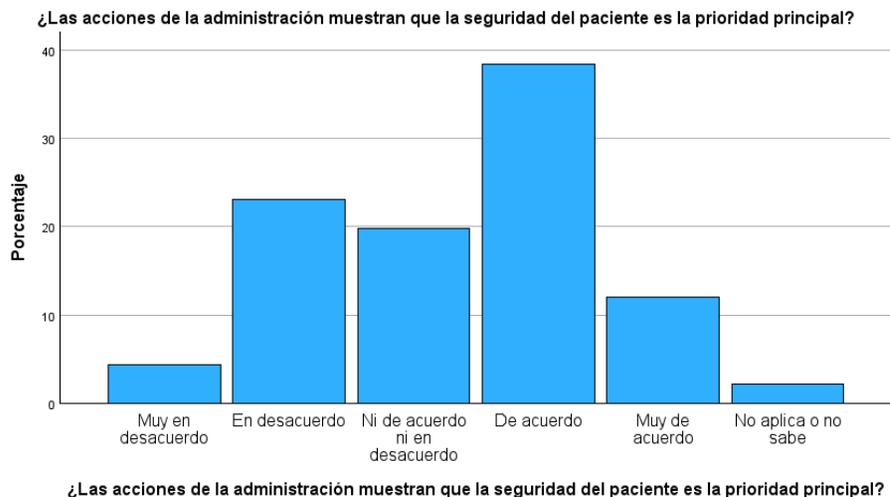


¿Cómo calificaría la seguridad del paciente en su área de trabajo? El personal de salud refiere que en un 34.1% la seguridad es buena, con el 30.8% reportan que es muy buena, el 23.1% que es regular, el 6.6% excelente y solo el 5.5% que es mala.

Tabla 34. ¿Las acciones de la administración muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	4	4.4	4.4	4.4
	En desacuerdo	21	23.1	23.1	27.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	19.8	19.8	47.3
	De acuerdo	35	38.5	38.5	85.7
	Muy de acuerdo	11	12.1	12.1	97.8
	No aplica o no sabe	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 34. ¿Las acciones de la administración muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal?

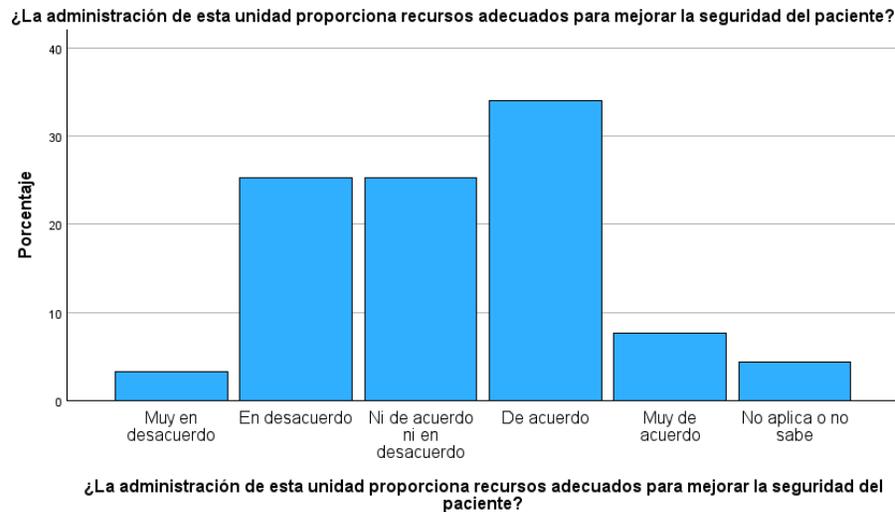


¿Las acciones de la administración muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal? El personal de salud respondió a esta pregunta en un 38.5% estar de acuerdo, un 23.1% en desacuerdo, el 19.8% refiere no estar de acuerdo ni en desacuerdo, el 12.1% está muy de acuerdo, solo el 4.4% está muy en desacuerdo y el 2.2% no aplica o no sabe.

Tabla 35. ¿La administración de esta unidad proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3
	En desacuerdo	23	25.3	25.3	28.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	25.3	25.3	53.8
	De acuerdo	31	34.1	34.1	87.9
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	95.6
	No aplica o no sabe	4	4.4	4.4	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 35. ¿La administración de esta unidad proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente?



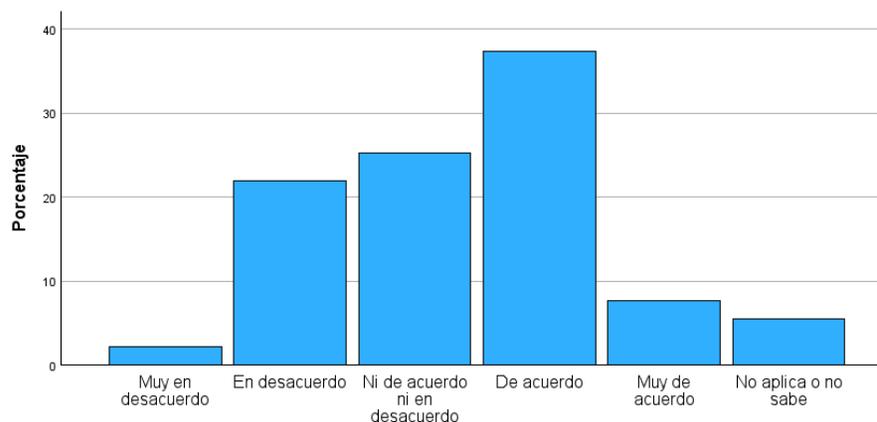
¿La administración de esta unidad proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente? El 34.1% del personal de salud reporta estar de acuerdo, el 25.3% tiene opinión dividida al estar en desacuerdo, el otro 25.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 7.7% está muy de acuerdo, el 4.4% no aplica o no sabe, mientras el 3.3% está muy en desacuerdo.

Tabla 36. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	2.2	2.2	2.2
	En desacuerdo	20	22.0	22.0	24.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	25.3	25.3	49.5
	De acuerdo	34	37.4	37.4	86.8
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	94.5
	No aplica o no sabe	5	5.5	5.5	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 36. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?

La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?



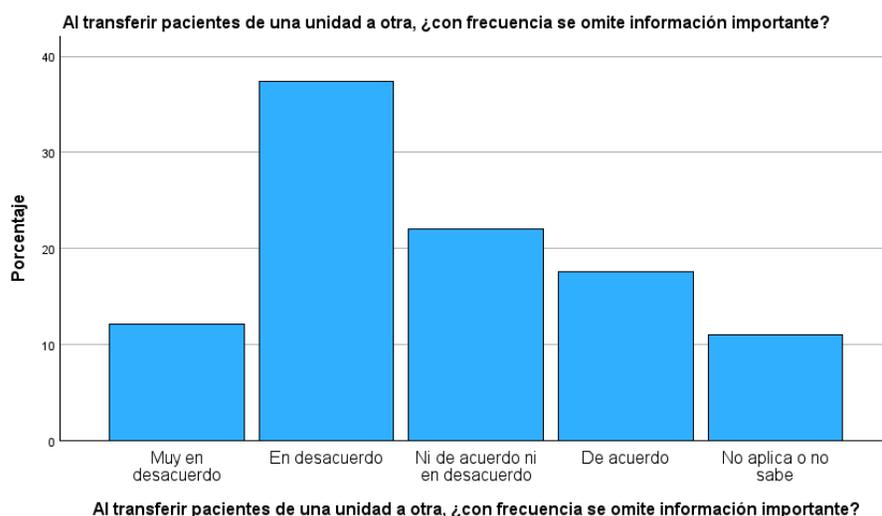
La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, ¿sólo después de que ocurre un efecto adverso?

¿La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un efecto adverso? El personal de salud respondió en un 37.4% estar de acuerdo, el 25.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 20% está en desacuerdo, mientras que el 7.7% está muy de acuerdo, para el 5.5% no aplica o no sabe, el 2.2% está muy en desacuerdo.

Tabla 37. Al transferir pacientes de una unidad a otra, ¿con frecuencia se omite información importante?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	11	12.1	12.1	12.1
	En desacuerdo	34	37.4	37.4	49.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	22.0	22.0	71.4
	De acuerdo	16	17.6	17.6	89.0
	No aplica o no sabe	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 37. Al transferir pacientes de una unidad a otra, ¿con frecuencia se omite información importante?



Al transferir pacientes de una unidad a otra, ¿con frecuencia se omite información importante? Ante esta pregunta el 37.4% refiere estar en desacuerdo, para el 22% ni está de acuerdo ni en desacuerdo, el 17.6% refiere estar de acuerdo, el 12.1% está muy en desacuerdo, y el 11% refiere que no aplica o no sabe.

Tabla 38. Durante los cambios de turno, ¿con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	8	8.8	8.8	8.8
	En desacuerdo	29	31.9	31.9	40.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	24.2	24.2	64.8
	De acuerdo	19	20.9	20.9	85.7
	Muy de acuerdo	2	2.2	2.2	87.9
	No aplica o no sabe	11	12.1	12.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 38. Durante los cambios de turno, ¿con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente?

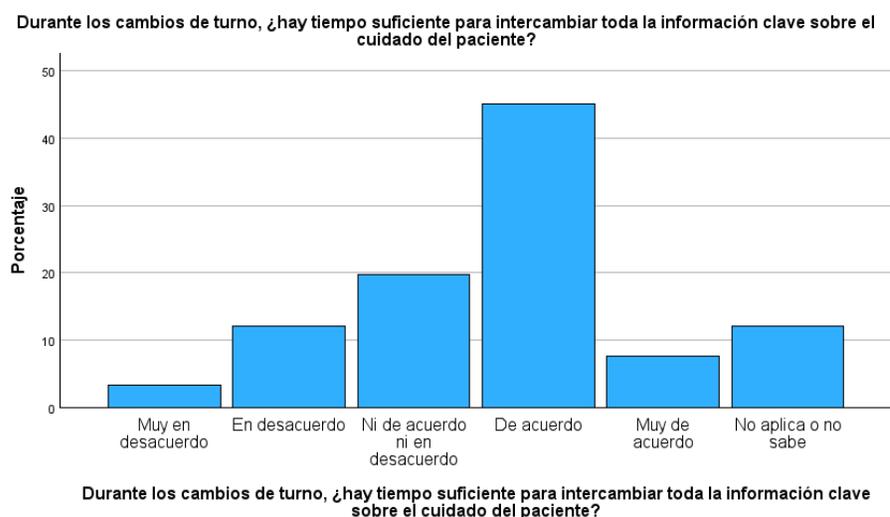


Durante los cambios de turno, ¿con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente? El 31.9% respondió estar en desacuerdo, el 24.2% respondió no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 20.9% está de acuerdo, para el 12.1% no aplica o no sabe, el 8.8% está muy en desacuerdo y solo 2.2% está muy de acuerdo.

Tabla 39. Durante los cambios de turno, ¿hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	3	3.3	3.3	3.3
	En desacuerdo	11	12.1	12.1	15.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	19.8	19.8	35.2
	De acuerdo	41	45.1	45.1	80.2
	Muy de acuerdo	7	7.7	7.7	87.9
	No aplica o no sabe	11	12.1	12.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 39. Durante los cambios de turno, ¿hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente?

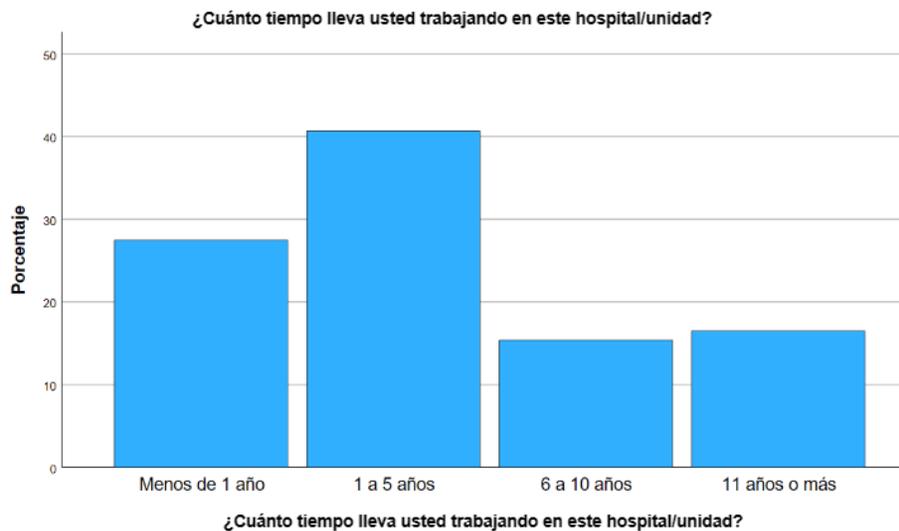


Durante los cambios de turno ¿hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente? El personal de la unidad refiere estar de acuerdo en un 45.1%, mientras que el 19.8% ni está de acuerdo ni en desacuerdo, para el 12.1% hay personal que no aplica o no sabe, el otro 12.1% está en desacuerdo, el 7.7% está muy de acuerdo, mientras que solo el 3.3% está muy en desacuerdo.

Tabla 40. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital/unidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	25	27.5	27.5	27.5
	1 a 5 años	37	40.7	40.7	68.1
	6 a 10 años	14	15.4	15.4	83.5
	11 años o más	15	16.5	16.5	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 40. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital/unidad?

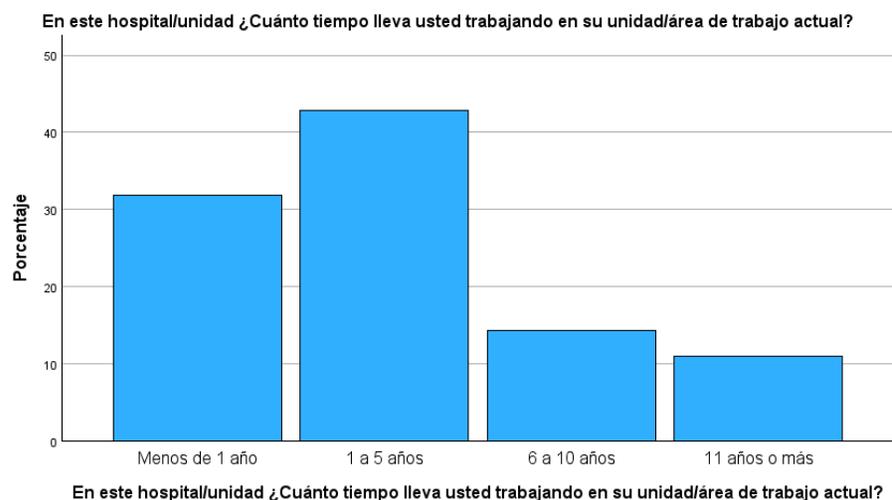


¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital/unidad? El personal de salud lleva trabajando en la unidad de 1 a 5 años en un 40.7%, el 27.5% lleva trabajando menos de 1 año, el 16.5% lleva 11 años o más, y solo el 15.4% tiene de 6 a 10 años de antigüedad.

Tabla 41. En este hospital/unidad ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 año	29	31.9	31.9	31.9
	1 a 5 años	39	42.9	42.9	74.7
	6 a 10 años	13	14.3	14.3	89.0
	11 años o más	10	11.0	11.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 41. En este hospital/unidad ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?

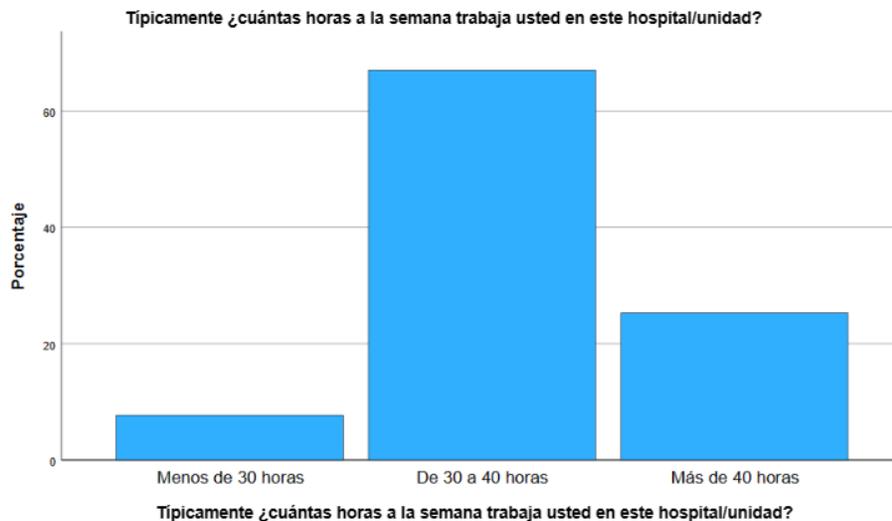


En este hospital/unidad ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual? El 42.9% refiere que lleva de 1 a 5 años en su área de trabajo, el 31.9% menos de 1 año, el 14.3% de 6 a 10 años y el 11% 11 años o más.

Tabla 42. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital/unidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 30 horas	7	7.7	7.7	7.7
	De 30 a 40 horas	61	67.0	67.0	74.7
	Más de 40 horas	23	25.3	25.3	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 42. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital/unidad?

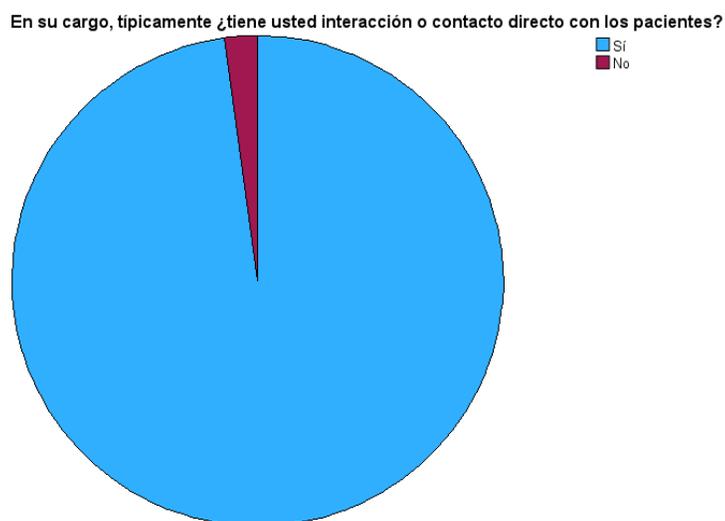


Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital/unidad? La respuesta más alta con un porcentaje de 67% fue de 30 a 40 horas a la semana, el 25.3% más de 40 horas a la semana y solo el 7.7% trabaja menos de 30 horas a la semana.

Tabla 43. En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	89	97.8	97.8	97.8
	No	2	2.2	2.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Figura 43. En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?



En su cargo, típicamente ¿tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?
 El 97.8% si tiene interacción directa con los pacientes y el 2.2% refiere no tener interacción directa con los pacientes.

Posterior al análisis de los resultados obtenidos con ayuda del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, en la UMF No 32 Pachuca Hidalgo, el cual proporcionó información de diferentes dimensiones acerca del clima de seguridad como la notificación de errores, la identificación de los problemas, el trabajo en equipo y la dotación de personal, los cuales, de acuerdo a la hipótesis propuesta y los resultados, se puede observar las fortalezas y debilidades en cuanto a la cultura de seguridad del paciente en esta unidad de Medicina Familiar, que en conjunto con todo el equipo de salud tiene áreas de oportunidad para la mejora y bienestar del paciente.

En un principio, se observa que la edad de los participantes se centró entre los 30 y 49 años, lo que indica que el personal está en una buena etapa laboral, el grupo de menor edad fue de 20-29 años debido en parte a personal de recién ingreso, y la integración de médicos residentes que actualmente se encuentran en grados de 1ro a 3er año.

También se observa que el sexo que predomina es el femenino. Es muy importante destacar que ha habido cambios generacionales a través del paso de los años, por lo que esto implica que este porcentaje siempre esté en constante variabilidad.

Con relación al cargo, se observó el predominio del personal médico con un 56 %; en este rubro se incluyeron a los médicos residentes, quienes, al interactuar con los pacientes en la atención médica, se les incluye en la capacitación en seguridad y participan en los reportes en el sistema VENCER III. El personal de enfermería ocupa el segundo lugar con un 33%, en este rubro se incluyó personal de todos los servicios, lo cual es relevante, ya que, al no ser personal estático, tienen una mayor influencia en el cuidado de los pacientes.

De acuerdo con las dimensiones integradas en el instrumento de medición sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente, obtuvo los siguientes resultados: Unidad o área de trabajo: el personal de salud adscrito a esta unidad está de acuerdo en un 49.5% en que se trabaja en equipo de manera eficiente y que hay suficiente personal para realizar todo el trabajo. No realizan tiempo extraordinario por lo que no se quedan más tiempo para el cuidado del paciente, ya que al haber suficiente personal no hay necesidad de realizarlo. También la mayoría de los encuestados en

un 30.8% refiere estar de acuerdo con que hay revisión periódica de los procesos de trabajo, y esto nos brinda ayuda e información sobre las supervisiones que se deben realizar para tratar de mitigar o disminuir los riesgos para el paciente. Se observa que cuando existen errores, el 35.2% del personal no percibe estos errores sean utilizados en su contra, lo que contribuye a mejorar la cultura de reporte y permite mejorar las condiciones del sistema que favorecen los errores.

Con relación a la percepción de apoyo de sus compañeros, el personal refiere estar de acuerdo en un 36.3% cuando se presentan cargas de trabajo importantes, y está como ejemplo el área de atención médica continua, la aplicación de vacunas, las áreas de medicina preventiva e incluso en la consulta externa, pues con el servicio de unifila se garantiza que ningún paciente se quede sin atención médica.

Por otro lado, cuando existen errores, la mayoría contestó que no se sienten apoyados cuando existe un error (36.3%) esa protección o apoyo moral es clave al momento de realizar reportes de incidentes de seguridad y mejorar la cultura del reporte.

Aunque existe un porcentaje bajo del personal que percibe que hay comportamiento irrespetuoso de compañeros (16.5 %), es importante, pues esto merma la calidad de atención de los servicios y conlleva a exponer la seguridad de los pacientes, contra un 37.4 % que refiere no tener problemas con el comportamiento del resto del personal de salud.

En la dimensión que incluye al director o jefe de servicio refieren con un 45.1% estar de acuerdo con que se toman seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad, así como las medidas que toma para solucionar problemas que se le comunican, con respecto a si se expone al paciente a riesgos por presiones para concluir rápidamente sus labores, el 34.1% menciona que no hay necesidad de poner en riesgo a los pacientes por órdenes del director o jefe.

En la dimensión de comunicación, el 30.8% del personal encuestado respondió que solo se les informa de los errores que se cometen en la unidad, por lo que podría tener relación con el porcentaje que solo algunas veces se habla de los errores para evitar que vuelvan a ocurrir (29.7%) y algunas veces se informa adecuadamente sobre los cambios basados en los reportes de eventos (30.8%). Destaca que el 28.6 % del personal de salud encuestado solo algunas veces reporta si ven que alguien de mayor

autoridad realiza alguna acción que no sea segura para los pacientes, por otro lado, el 30.8% del personal percibe que las autoridades escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente, por lo que rara vez genera que sientan tensión y miedo al expresar las dudas que se puedan tener.

En la dimensión de reporte de eventos de seguridad del paciente en los últimos 12 meses los porcentajes más bajos correspondieron a “6 a 10 casos” y “11 o más” con un 3.3% en cada uno de los ítems, por lo que puede influir la zona donde se desempeña el personal de salud, dado que hay menos personas laborando en atención médica continua (urgencias) que es la zona con más riesgo, que por ejemplo en los consultorios de Medicina Familiar.

En el ítem relacionado a “si se descubre un error antes de que afecte al paciente, éste se reporta”, el 23.1% refiere que rara vez, mientras que otro 23.1% refiere que la mayoría del tiempo, por lo que es un área de oportunidad para mejorar la cultura del reporte.

Por otro lado, dentro de esta misma dimensión se observa la frecuencia con que se reporta un error, pero que no causó daño al paciente. El 26.1% respondió que siempre se reporta, lo que coincide con las cifras previas y evidencia la importancia de la cultura del reporte en todos sus elementos para reducir o evitar los errores que afecten la seguridad del paciente.

El personal de salud califica la seguridad del paciente en su área de trabajo como buena con un 34.1%, solo el 5.5% la califica como mala, pero depende también del servicio en el que se encuentren la capacitación previa y los recursos con los que se cuenta. En cuanto a la dimensión de si “la administración de su hospital/unidad médica proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente” la mayoría de las respuestas (34.1%) indicaron que sí se proporcionan los recursos, sin embargo, el 37.4% manifestó estar de acuerdo en que el interés que pone la administración de recursos, es posterior a la ocurrencia de un evento que afecta la seguridad del paciente.

Existe desacuerdo con la omisión de información importante cuando un paciente pasa de una unidad a otra, esto puede deberse a que el flujo de pacientes no es tan elevado y los traslados a otra unidad no son tan frecuentes, sin embargo, cuando estos ocurren

la información va lo más completa posible y en esto influye también en que cuando los pacientes son de gravedad o en complicaciones de embarazo con posible código rojo, el médico adscrito es el que acompaña al paciente en el traslado, por lo tanto, se reduce la pérdida de información pues va en comunicación directa con el médico que recibe a los pacientes en una unidad hospitalaria.

El personal de la unidad cuenta con una antigüedad de 1 a 5 años con un porcentaje del 40.7%, seguido de personal con antigüedad menor de 1 año y esto puede ser debido al ingreso de los médicos residentes que son los que tienen menos antigüedad, el personal de 11 años o más de antigüedad solo está en un 16.5%. El personal con porcentaje 42.9% refiere que sigue trabajando en la misma área y esto contribuye a que el seguimiento de los pacientes persista y se asegure su vigilancia.

Típicamente, el personal trabaja de 30 a 40 horas a la semana que de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo se encuentra dentro de lo normado y esto puede contribuir a un desarrollo adecuado y cuidado de los pacientes lo que reduce los eventos que puedan afectar la seguridad del paciente, con esto también se observa que el 97.8% tiene interacción directa con los pacientes debido a que, como se observó en la primera pregunta del cuestionario, la mayoría del personal son médicos y personal de enfermería lo que contribuye a la atención directa del paciente.

11.- DISCUSIÓN

De acuerdo con estos resultados se puede observar el contraste que se tiene con estudios realizados en diferentes unidades hospitalarias que contribuyen a establecer las diferencias o similitudes en las diferentes dimensiones de la encuesta:

1. Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio: en esta dimensión se observó que el 49.5% el personal respondió estar de acuerdo, ítem que tiene la mayoría de respuestas positivas la cual impacta en la seguridad del paciente, resultados similares se encontraron en el estudio de Chuquitapa, donde se observó que del 100% de personal encuestado, respecto al “Trabajo en equipo dentro del área o servicio” se aprecia con el 53.3%.

2. Expectativas y acciones del jefe/supervisión del departamento/servicio para promover la seguridad de los pacientes: en este estudio se observó un porcentaje del 45.1% de respuestas positivas de acuerdo a este ítem, sin embargo en la investigación de Martínez R, se destaca que el 42.2% del personal no se mostró de acuerdo en que las acciones de la dirección favorezcan la seguridad del paciente; por lo que esta diferencia hace que las oportunidades de mejora se incrementen con la intención de salvaguardar la seguridad del paciente.

3. Aprendizaje organizacional/mejora continua: en un estudio realizado por Pérez C-V se observó un 55% en respuestas positivas, sin embargo en el estudio presentado solo se obtuvo un 29.7% con este tipo de respuestas, por lo que sigue siendo un área de oportunidad, pues una organización centrada en el aprendizaje debe fomentar que su personal tenga conocimientos de vanguardia, mejoren su capacidad de lograr los resultados deseados, incorporen nuevas formas de pensamiento y transformen su entorno en pro de una mejor atención en salud.

4. Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente: dentro de esta dimensión se puede observar que este estudio reporta un 38% con respuestas positivas en estar de acuerdo, similar a lo reportado por Martínez CHV el cual reportó 37.8% de estas mismas respuestas por lo que esta dimensión, influye en las acciones

de los dirigentes, en el entorno de trabajo y en los comportamientos de su personal a cargo, de tal manera que se establezca una mentalidad receptiva a la seguridad y que se apliquen por tanto prácticas de trabajo más seguras.

5. Percepción general de la seguridad del paciente: de acuerdo al estudio realizado por Ibarra-Cerón el 46% tuvo respuestas positivas, en contraste con el 34.1% encontrado en este estudio, diferencia que, si bien no es considerable, es indispensable reconocer que el conocimiento de esta dimensión tiene más áreas de oportunidad que fortalezas, con lo que se pueden reforzar acciones para la seguridad del paciente.

6. Retroalimentación y comunicación sobre errores: dentro de esta dimensión se pudo observar que el 38% del personal de salud contestó que solo algunas veces se les informa sobre los errores que se cometen en la unidad, así como los cambios que se realizan posterior a estos; de acuerdo al estudio realizado por Ibarra-Cerón y cols. se observó en un 53% de respuestas negativas en donde nunca se informa sobre estos errores, esto constituye un problema, ya que al no haber retroalimentación se expone a los pacientes a errores que pueden prevenirse.

7. Grado de apertura de la comunicación: en esta dimensión se pudo observar en un 29.7% con respuestas que se refieren a que solo algunas veces el personal habla o reporta si hay algo que pueda afectar negativamente la atención que el paciente recibe, esto comparado con Ibarra-Cerón y cols. en donde se obtuvo un porcentaje de 45.2% lo que pone a esta dimensión como una debilidad o área de oportunidad, la mayoría del personal de salud tiene en sus manos poder realizar grandes cambios en beneficio de los pacientes, pero se necesita mayor confianza en sus superiores y compañeros para poder informar lo que ocurre en la unidad de salud y con esto mejorar la calidad de atención.

8. Frecuencia de incidentes reportados: en esta dimensión podemos observar que un 56% refiere que no reporto ningún evento adverso, comparado con el estudio realizado por Olvera Sumano en el que se observó un 58.1% en el mismo ítem, la similitud está presente, sin embargo no alcanza a ser una fortaleza en ambos estudios, lo que se debe tener en cuenta que al presentarse un error se necesita un análisis de los mismos,

una comunicación efectiva en conjunto y una adecuada notificación que permita realizar correcciones al sistema, para evitar errores en la atención.

9. Trabajo en equipo entre departamentos y/o servicios: en esta dimensión se observó un 36.3% con respuestas positivas donde el personal se ayuda mutuamente cuando hay mucho trabajo, comparado con Ibarra-Cerón y cols. quienes observaron un 66.9% de respuestas positivas que, aunque no se puede catalogar como fortaleza si alcanza una calificación elevada, y esto denota que el personal se ayuda y colabora por el bienestar del paciente el estudio de Ibarra-Cerón y cols., no así en esta unidad.

10. Personal: Dotación, suficiencia y gestión: en esta dimensión se observó que el 40.7% respondió en estar de acuerdo con que hay suficiente personal para realizar el trabajo; en el estudio de Roqueta F. se obtuvo un 57% con respuestas positivas, teniendo una similitud al estudio presentado, sin embargo, el contar con personal suficiente siendo una oportunidad de mejora para la seguridad del paciente.

11. Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios: esta dimensión explora la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios, los cuales intervienen en la seguridad del paciente, se puede observar en un 45% en este estudio, concordante con Roqueta F en la cual se observó un 47% de respuestas positivas, que si bien no se alcanza el objetivo para destacarlo como fortaleza, constituye una oportunidad de mejora por lo que se debe tener en cuenta que la buena evolución del paciente y de la organización no es una tarea fragmentada, sino de integración del trabajo de todas las unidades

12. Respuesta no punitiva a los errores: dentro de esta dimensión se puede observar solo un 5.5% de respuestas positivas, lo que indica que hay percepción de respuesta punitiva al error comparado con el estudio Ibarra-Cerón y cols. donde se observó un 15.8% de respuestas positivas ante esta dimensión, por lo que representa un área de oportunidad de mejora para la unidad, pues la percepción punitiva podría originar la ausencia de reportes de seguridad en el paciente.

12.- CONCLUSIONES

En ese estudio se cumplieron los objetivos que fue conocer la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca Hidalgo.

De acuerdo con los resultados obtenidos y dentro del análisis, los puntos relevantes respecto a la percepción de la cultura de seguridad del paciente las dimensiones reconocidas como fortalezas son aquellas que tienen mayor índice de puntaje y las que se encuentren por arriba del 75% que se consideran dentro de un rango de satisfacción, dentro del estudio realizado se puede observar que las dimensiones mejor calificadas con un porcentaje alto fueron:

Trabajo en equipo dentro del departamento/servicio: en esta dimensión se observó que con un 49.5% el personal respondió estar de acuerdo.

Frecuencia de incidentes reportados: en esta dimensión podemos observar que un 56% refiere que no reporto ningún evento adverso.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/servicios: esta dimensión explora la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios, los cuales intervienen en la seguridad del paciente, se puede observar en un 45% de respuestas positivas sobre la adecuada relación entre el personal para evitar que la información de los pacientes se pierda, pues esto expondría a un riesgo mayor en la seguridad de este

Si bien estos resultados no alcanzan el 75% , si se establece una adecuada relación entre los estudios con los que se compararon, por lo que se concluye que de acuerdo a la hipótesis inicial que propuso que en la percepción de cultura de seguridad del paciente, del personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 indicaría como oportunidad de mejora el trabajo en equipo, y como fortaleza la dotación de personal, esta se rechaza, debido a que se observó que dentro de todas las dimensiones se tiene oportunidad de mejora pues el porcentaje obtenido es mucho menor del requerido para considerarse como fortaleza.

Dentro del estudio realizado una de las principales limitaciones que se encontró fue no tener una base de estudio previo realizado en la unidad que nos permitiera tener un

parámetro más amplio de comparación dentro de esta misma clínica.

Por lo que es importante poder establecer metas de trabajo que nos permitan poder hacer de todas las dimensiones o de la mayoría de estas, fortalezas, y seguir trabajando continuamente en beneficio de la seguridad del paciente.

Las propuestas de intervención para mejorar la seguridad del paciente son:

Mejorar la notificación de los eventos adversos, cuasi fallas y eventos centinela que puedan ocurrir dentro de la unidad, pues esto ayudara a mejorar y aprender de ellos, una adecuada retroalimentación, mantiene una actitud positiva ante el personal para la mejora de la seguridad del paciente.

Exponer y tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo y no individual, pues ayuda a que cada evento se reporte y mejora la atención de calidad y seguridad del paciente.

Impulsar la responsabilidad compartida y la coordinación entre las diferentes unidades y servicios que se encuentran dentro de la misma, particularmente en hospitales de segundo y tercer nivel, que permitan el trabajo en equipo sin distinciones de unidad para tener mejor atención de los pacientes.

Mostrar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las autoridades, para contribuir a la adecuada atención y disminuir los riesgos.

Es importante se trabaje de cerca con el personal de salud, para disuadir sus dudas e informarles sobre todo lo que se debe realizar ante una situación que afecte la seguridad del paciente.

Es necesario corregir las faltas de comunicación y capacitación para contribuir al bienestar de la población que busca alivio en el personal y mejorar la seguridad del paciente, pues desarrollará áreas de mayor fortaleza y disminuirá las debilidades u oportunidades de mejora, que con el tiempo contribuirá a una menor cantidad de efectos adversos, que se traduce en una mejor calidad de atención y mayor seguridad del paciente.

Poder modificar la cultura de seguridad de las estructuras sanitarias es un reto complejo que requiere del esfuerzo de cada uno de los involucrados en los cuidados del paciente.

Ante el lema de la Alianza Mundial de la Salud, «Primero que todo, no hacer daño» (el principio hipocrático Primum non nocere), apegado a los principios de no maleficencia y beneficencia comprometen a evitar cualquier tipo de daño al paciente, así como a tomar en cuenta todos los conocimientos y medios necesarios para cumplir con el cuidado, lo que debe de disminuir los riesgos en la atención médica y evitar en la medida de lo posible los eventos adversos.

13.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2022								2023							
	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb	Mar	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.
Revisión de la literatura	X	X	X	X												
realizado	x	x	x	x												
Recuperación, revisión y selección de la bibliografía					X	X	X									
realizado					x	x	x									
Elaboración del protocolo								X	X	X	X					
realizado								x	x	x	x					
Presentación al CLIS y CLES											X					
realizado											x					
Realización de correcciones sugeridas											X					
realizado											X					
Recolección de información												X	X			
realizado												X	X			
Análisis de los resultados														X		
realizado														X		
Conclusiones														X		
realizado														X		

14.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luz JM, Leonardo AA, Claudia M, Valentina LA, Angélica MV, Inés PC. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015- Revista Cuidarte. 2021;
2. Rodríguez-Herrera R, Losardo RJ, Binivignat O. La Anatomía Humana como Disciplina Indispensable en la Seguridad de los Pacientes Human Anatomy an Essential Discipline for Patient Safety. *Int J Morphol* [Internet]. 2019;37(1):241–50. Available from: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v37n1/0717-9502-ijmorphol-37-01-00241.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v37n1/0717-9502-ijmorphol-37-01-00241.pdf)
3. Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS. Human error, patient safety and medical training. *Educ Medica* [Internet]. 2019;20:169–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>
4. Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(6):277–309.
5. Macías Maroto M, Solís Carpintero L. Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:1–8.
6. Figueroa Uribe AF, Hernández Ramírez J. Hospital security. A vision of multidimensional security. *Rev la Fac Med Humana*. 2021;21(1):154–63.
7. WHO. Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Oms [Internet]. 2009;1–160. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
8. Esperanza Camacho-Rodríguez D. Hacia promoció. salud. *Hacia Promoc Salud*. 2020;25(1):141–53.
9. José G, Lima S, Enrique R, Salguero R, Lenin G, Mantilla S, et al. Perception quality of care in CAI III health center. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2019;38(2):153–69.
10. Castro Trejo GS, Vintimilla López EF, Viteri Viteri OL. Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del Hospital Provincial General de Segundo Nivel Quito – Ecuador. *Pro Sci Rev Prod*

Ciencias e Investig. 2020;4(30):62–71.

11. García Castilla M, Larios-Gómez E. La Cultura De Seguridad Del Paciente En El Personal De Enfermería Del Hospital De La Mujer (Ssa) En Puebla. FACE Rev la Fac Ciencias Económicas y Empres. 2020;19(2):115–24.

12. Andrade HM, Cortes VR. No Title. 2018;

13. RI MK. No TitleEΛENH. Vol. 8, Αγαη. 2019. p. 55.

14. Mella Laborde M, Gea Velázquez MT, Aranaz Andrés JM, Ramos Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Gac Sanit. 2020;34(5):500–13.

15. Mariela D, Borgarello E, Losardo RJ. Prevención del estrés y burn-out del equipo de salud : el nexco con la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente. 2021;(June).

16. Fernández Oliveira C, Martínez Roca C, Ávila Álvarez A, Balboa Barreiro V, Giménez Arufe V, Yáñez Gómez P, et al. Impact of introducing assisted electronic prescription on paediatric patient safety. An Pediatr. 2020;93(2):103–10.

17. Rosa S, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Mapfre Med. 2003;14(4):265–9.

18. Podestá LE, Maceda M. Perceived service quality and culture of health safety in the medical staff of the Hospital II EsSalud Vitarte . Lima , 2017. 2018;18(3):48–56. Available from: <https://bit.ly/3E5WXh4>

19. Aguilar Albán AE. Cultura de Seguridad del paciente segun percepcion de las enfermeras de los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia - ESSALUD Piura Febrero 2018. 2018;87. Available from: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1148/CIE-AGU-ALB-18.pdf?cv=1&isAllowed=y&sequence=1>

20. Elizabeth A, Morocho L. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO. 2019;

21. Martínez Melchor N, Mendieta Ramírez A, Rinza Pérez TO, Solalindez Abad JA, Velázquez García AM, Solórzano Santos F, et al. Knowledge about “International Safety Patient Goals” in personnel that works in a pediatric hospital [Conocimiento de las “Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente” en personal que labora en un hospital de pediatría de tercer nivel de atención. Enfermedades Infec y Microbiol

- [Internet]. 2019;39(1):12–8. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85069438011&partnerID=40&md5=1be0f07ae42af80ea79b58703b2ba884>
22. Illesca Pretty ME, Vega Andrade MJ, Cabezas González ME. Seguridad de los pacientes: opinión docente en relación a la incorporación en el plan de estudio. Arch Med. 2019;19(1):132–47.
 23. Barrientos J, Hern M, Nacional E. J. Barrientos Sánchez.
 24. González Anglada MI, Garmendia Fernández C, Moreno Núñez L. A strategy for training in patient safety during residency programme: From critical incident to simulation. Part 2. Educ Medica. 2019;20(4):231–7.
 25. Angel VR De, Alfonso J, Castro P. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. 2021;19(2):195–203.
 26. Clinica Imbanaco. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - Seguridad del Paciente - Centro Médico Imbanaco. 2018; Available from: <https://www.imbanaco.com/especialidades-y-centro-medico/seguridad-del-paciente/metas-internacionales-seguridad-del-paciente/>
 27. Torijano Casalengua ML, Maderuelo-Fernández JA, Astier Peña MP, Añel Rodríguez R. Health worker safety as an essential condition for patient safety. Aten Primaria. 2021;53.
 28. Rodriguez Herrera, Robinson; Losardo R. 4/2018. Rev Asoc Med Argent. 2018;131(2018):38.
 29. Astier-Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. Aten Primaria. 2021;53.
 30. Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Assessment of the patient safety culture in the ICU of a second level hospital at the end of the third COVID-19 wave. Enferm Intensiva. 2022;33(4):185–96.
 31. Flores-González MT, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del

paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México TT - Patient safety culture: perception of the staff from a family medicine center in Tabasco, Mexico. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2019;27(1):14–22. Available from: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/694/996

32. Athié-Gutiérrez C, Dubón-Peniche M del C. Ethical evaluation of medical errors and the patient's safety. Cir y Cir (English Ed. 2020;88(2):219–32.

33. Programa de capacitación: "Sistema de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente VENCER III." 2022;

15.- ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

Pachuca de soto, Hidalgo, a. De _____ De 2023
Lugar y fecha

No. de registro institucional_ SIRELCIS: R-2023-1201-019

Título del protocolo:

PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE POR EL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 32 PACHUCA, HGO.

Justificación y objetivo de la investigación:

La cultura de seguridad en el paciente es un elemento clave para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica. Investigar la cultura de seguridad en el paciente entre el personal de salud es importante para: Prevenir errores médicos. Una cultura de seguridad en el paciente puede ayudar a identificar y corregir los errores médicos antes de que ocurran, reduciendo así el riesgo de daños a los pacientes. Mejorar la calidad de la atención: Una cultura de seguridad en el paciente promueve la comunicación efectiva y el trabajo en equipo entre el personal de salud, lo que puede mejorar la calidad de la atención médica. Fomentar la confianza del paciente: Una cultura de seguridad en el paciente puede ayudar a construir la confianza del paciente en el personal de salud y en el sistema de atención médica en general.

Objetivo: Conocer la percepción de la cultura de seguridad en el paciente por el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 32 Pachuca Hidalgo.

Procedimientos y duración de la investigación

Se le da a conocer el objetivo de la investigación a usted, y si está de acuerdo firmar el consentimiento informado, para aplicarle un cuestionario.

Riesgos y molestias:

El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación y declaración de Helsinki, por lo que no tendrá usted ningún problema.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Para el participante ninguno, sin embargo, se espera que con los resultados pudieran servir para desarrollar mejoras en los procesos de cultura de seguridad en el paciente.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La información será manejada con confidencialidad. Si así lo desea el participante se le informará el resultado del cuestionario y se le explicará lo que representa dicho resultado.

Participación o retiro:

Se me ha explicado y entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Clave 2810-009-013



Privacidad y confidencialidad:

El Investigador responsable me ha dado la seguridad y confianza de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos que deriven de este estudio serán tratados en forma confidencial.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo UMF No 32 Pachuca Hgo. Matricula 11884029.

Teléfono y horario: 771 189 5486

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Dra. Wendoly Venecia Carrillo Crespo UMF No 32 771 189 5486

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

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

Ficha de identificación:

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Grado académico: _____.

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0)

Instrucciones

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."

- **"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.

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta.

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 desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No aplica o no sabe
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
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 desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de 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
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.....	<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 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 desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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 ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
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 ▼	Rara vez ▼	Algunas veces ▼	La mayoría del tiempo ▼	Siempre ▼	No aplica o no sabe ▼
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 desacuerdo ▼	En Desacuerdo ▼	Ni de acuerdo ni en desacuerdo ▼	De acuerdo ▼	Muy de acuerdo ▼	No aplica o no sabe ▼
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