

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE QUÍMICA

Análisis de la cultura de calidad y seguridad del paciente en un hospital privado de tercer nivel de atención mediante la evaluación de los eventos relacionados con la seguridad durante el periodo de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

QUÍMICA FARMACÉUTICA BIÓLOGA

PRESENTA

CECILIA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

ASESORA DE TESIS

M. EN. C. HAIDÉE ÁLVAREZ ALCÁNTARA



Ciudad Universitaria, CD. MX, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JURADO ASIGNADO:

PRESIDENTE:	Profesor: Jung Cook Helgi Helene
VOCAL:	Profesor: Franco Rodríguez Cecilia
SECRETARIO:	Profesor: Álvarez Alcántara Haidée
1er. SUPLENTE:	Profesor: Bautista Portilla Pavel Eber
2° SUPLENTE:	Profesor: Cruz Trujillo Areli

SITIO DONDE SE DESARROLLÓ EL TEMA:

Nuevo Sanatorio Durango, S.A. de C.V.

ASESOR DEL TEMA:

M. en. C. Haidée Álvarez Alcántara

SUSTENTANTE:

Cecilia Isabel Martínez García

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi *alma mater* la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que me ha formado a nivel intelectual, cultural y personal. En donde pude aprender, desarrollar y aplicar los conocimientos que me han permitido seguir mi gran pasión. Asimismo, agradezco a todos mis profesores quienes me dieron grandes lecciones y enseñanzas; y me hicieron sentir aún más amor y fascinación por esta carrera. Los admiro profundamente, espero algún día poder transmitir un poco de todo lo que me enseñaron.

Agradezco al Nuevo Sanatorio Durango por aceptarme y brindarme la oportunidad de realizar esta investigación en sus instalaciones.

A mi tutora de tesis la Mtra. Haidée Álvarez Alcántara a quien admiro profundamente, ha sido importante en mi vida académica desde el momento en que tomé su clase en la universidad, me brindó sus conocimientos y me dio todo su apoyo para realizar esta investigación. Se convirtió más que una asesora, en una amiga. Le estoy muy agradecida por toda la ayuda y confianza que me proporcionó a lo largo de este tiempo.

A la Dra. Helgi Helene Jung Cook y a la Dra. Cecilia Franco Rodríguez miembros del jurado revisor de esta tesis, quienes contribuyeron con valiosas aportaciones a este proyecto, y siempre tuvieron la mejor disposición y paciencia.

A mis padres quienes me han dado su apoyo, educación, sustento y amor para poder ser la persona que soy actualmente, Miguel Ángel Martínez y Juana García Mendoza; les estaré eternamente agradecida por todas sus enseñanzas, y por todo el esfuerzo brindado a lo largo de toda mi vida, por darme la pasión para luchar por mis sueños. Quienes han sido un ejemplo para mí y para mis hermanos. Espero hacerlos sentir al menos un poco orgullosos y que todos los sacrificios que realizaron hayan valido la pena.

A mis hermanos, David Martínez, Sonia Lizbeth Martínez, Alejandro Martínez y Eric Martínez y a mi cuñada Graciela Aguijoza quienes me han apoyado de forma incondicional, me han enseñado y me han querido, les estaré infinitamente agradecida por siempre.

A mis sobrinos Said Arellano, Gael Arellano, Linet Arellano, Erika Martínez y Ángel Martínez por ser parte de esta familia, y por hacerme ser mejor día a día para darles un buen ejemplo.

A mis amigas y amigos de la carrera quienes estuvieron conmigo a lo largo de todo este camino, en los desvelos, en los momentos felices y cuando ya no tenía fuerzas para continuar, espero que nuestra amistad perdure mucho tiempo.

A mis compañeras y amigas del Sanatorio Durango Miriam Gutiérrez y Karen López quienes me brindaron todo su apoyo a lo largo de la realización de este proyecto y me brindaron la confianza para desarrollarme en la Institución.

Finalmente, y no menos relevante, a mi perrito Muffin que más que una mascota fue un amigo incondicional, quien siempre estuvo en mis desvelos, en mis momentos más felices y tristes, y quien siempre esperaba con ansias mi regreso a casa, aun cuando lo hubiera dejado por días, a quien siempre amaré con todo mi corazón en donde quiera que se encuentre.

“Vive como si fueras a morir mañana, aprende como si fueras a vivir siempre”

- *Mahatma Gandhi*

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación	1
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos particulares	4
1.4 Hipótesis	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Contexto histórico	7
2.2 Seguridad del paciente	13
2.2.1 El error humano.....	14
2.3 Calidad en la atención sanitaria.....	21
2.4 Resultados de la atención sanitaria insegura	22
2.4.1 Eventos adversos ocasionados por el tratamiento farmacológico	22
2.4.2 Eventos adversos y lesiones por dispositivos médicos	26
2.4.3 Lesiones por errores quirúrgicos y de anestesia	26
2.4.4 Infecciones asociadas con el sistema de salud	27
2.4.5 Prácticas de inyección riesgosas.....	28
2.4.6 Productos sanguíneos riesgosos.....	28
2.4.7 Seguridad de mujeres embarazadas y recién nacidos	29
2.4.8 Seguridad de los ancianos	29
2.4.9 Lesiones por caídas en hospitales	30
2.4.10 Úlceras de decúbito.....	31

2.5 Factores estructurales que contribuyen a la atención sanitaria insegura.....	31
2.6 Factores de proceso que contribuyen a la atención sanitaria insegura	34
2.6.1 Eventos adversos debidos a errores en el diagnóstico	34
2.7 Instrumentos de medición de la cultura de calidad y seguridad del paciente	35
2.7.1 Fuentes de detección de eventos relacionados con la seguridad del paciente.....	36
III. METODOLOGÍA	39
IV. RESULTADOS	45
4.1 Número de reportes y comportamiento de los reportes.....	45
4.2 Demografía	46
4.3 Categorías de los tipos de incidentes	49
4.5 Indicadores de proceso y resultado del proceso de notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas	57
4.6 Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente	65
4.7 Características de los encuestados	66
V. DISCUSIÓN	71
5.1 Categorías de los tipos de incidentes	75
5.2 Indicadores	81
5.3 Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente	83
5.4 Características de los encuestados	83
5.5 Elementos medibles de la cultura de seguridad del paciente	85
5.6 Relación entre la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente y el Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente	90
VI. CONCLUSIONES	96
VII. BIBLIOGRAFÍA	98

VIII. ANEXOS	119
ANEXO I. Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales	119
ANEXO II. Tablas de datos.....	133
ANEXO III. Gráficas.....	193
ANEXO IV. Glosario.....	200

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Tendencias en las muertes de los EE. UU. por errores de medicación y por causas relacionadas, 1983–1993.	8
Figura 2. Modelo del queso suizo de J. Reason.....	17
Figura 3. Diagrama de la metodología empleada.....	44
Figura 4. Porcentaje promedio de respuestas positivas a los ítems de la encuesta de cultura de calidad y seguridad del paciente 1.0.	66
Figura 5. Áreas con mayor fortaleza y con mayor potencial de mejora.....	67

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Número de eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.	45
Gráfica 2. Ocurrencia de evento a paciente, familiar, visitante, personal, paciente ambulatorio, hospital, infraestructura.	46
Gráfica 3. Género de los pacientes/familiares/trabajadores que presentaron eventos relacionados con la seguridad.	47
Gráfica 4. Grupo etario de los pacientes/familiares/trabajadores que presentaron eventos relacionados con la seguridad.	47
Gráfica 5. Turno en que ocurrió el evento relacionado con la seguridad.	48
Gráfica 6. Tipo de eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.	48
Gráfica 7. Estándar asociado al que pertenecen los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.	50
Gráfica 8. Definiciones operativas más frecuentes de los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.	51
Gráfica 9. Servicio físico donde ocurrieron los eventos reportados del periodo Mayo del 2019 a Julio del 2020.	52
Gráfica 10. Áreas involucradas en los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.	53
Gráfica 11. Direcciones responsables en los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.	54
Gráfica 12. Notificadores de los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.	55
Gráfica 13. Consecuencias asociadas a los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.	56
Gráfica 14. Seguimiento de los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.	57
Gráfica 15. Porcentaje de apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad”.	58
Gráfica 16. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad.	59

Gráfica 17. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad en el periodo de estudio en el 2019.	60
Gráfica 18. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad en el periodo de estudio en el 2020.	61
Gráfica 19. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2019.	62
Gráfica 20. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2020.	62
Gráfica 21. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2019.	63
Gráfica 22. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2020.	64
Gráfica 23. Dimensiones de los elementos medibles del cuestionario de cultura de seguridad del paciente.	68
Gráfica 24. Tasa de eventos mensuales relacionados con la seguridad del paciente.	69
Gráfica 25. Relación teórica de Heinrich.	92
Gráfica 26. Notificación en la organización.	93

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la gravedad de los errores de medicación por NCCMERP.....	25
Tabla 2. Porcentaje de apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad”.....	57
Tabla 3. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad.....	58
Tabla 4. Estadísticos descriptivos.....	69
Tabla 5. Correlaciones (Rho de Spearman)	70

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

La atención sanitaria no debería ser perjudicial para nadie. Sin embargo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen 134 millones de eventos adversos en hospitales de países en desarrollo. De estos eventos, 2,6 millones derivaron en muertes. Además, 4 de cada 10 pacientes han sufrido daños durante la atención sanitaria y ambulatoria. Estos daños pudieron prevenirse. Esto ha llevado a reconocerla importancia de la seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Según C. Reis, S. Paiva y P. Sousa (2018), las organizaciones con una fuerte cultura de seguridad se caracterizan por tener una buena comunicación entre el personal, que deriva tanto en la confianza mutua como en la percepción común de la importancia de la seguridad y de la eficacia de las medidas preventivas. Para mejorar esta cultura, además, se debe saber qué está pasando, de modo que se implementen sistemas de notificación de eventos relacionados con la seguridad, con una cultura no punitiva. Dicho de otro modo, se debe priorizar el análisis en lo que pasó y en cómo evitar su ocurrencia, más no en quién lo hizo (Rocco *et al.*, 2017).

Entonces, la notificación es fundamental para detectar problemas de seguridad del paciente. Sin embargo, por sí sola nunca brinda un cuadro completo de todas las fuentes de riesgo para el paciente. Para lograrlo se deberán asignar recursos adecuados y todo tipo de apoyo para el análisis y las acciones requeridas para estos problemas críticos, ya que cada evento es único, por lo que es probable que algunas fuentes de riesgo pasen desapercibidas.

En ese sentido, como parte de un esfuerzo por estudiar y proponer mejoras, examiné cuantitativamente la relación entre la cultura de seguridad y la notificación voluntaria de eventos en un hospital privado de 3er nivel de atención de la CDMX, ya que no se cuenta con información detallada sobre la frecuencia de eventos

adversos, cuasifallas y eventos centinela que ocurren en las organizaciones de nuestro país, las áreas y el personal involucrado, la gravedad de las consecuencias que se tienen sobre el paciente, el personal que notifica dichos eventos, así como la existencia de una Cultura de Seguridad del Paciente.

1.2 Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, vinculada con el derecho de recibir atención médica, descrito en el artículo 4° de la actual Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Sin embargo, existe la posibilidad de que ocurran eventos desfavorables que pongan en riesgo la vida de los pacientes. Estas situaciones están asociadas a la práctica clínica, los insumos médicos, los procedimientos y al sistema organizacional.

Usar sistemas voluntarios de notificación para identificar peligros potenciales antes de que ocurra un daño, ayudaría en la mejora de condiciones de la seguridad y en la obtención de indicadores principales de seguridad. Sin embargo, existen barreras para que esto se lleve a cabo, tales como el miedo a la culpabilización y por ende al castigo, la falta de retroalimentación, los malentendidos sobre qué informar y el escepticismo sobre el valor de informar (Miller *et al.*, 2017). No obstante, recibir informes de las organizaciones significa que tienen cierto compromiso para corregir el sistema.

Ahora bien, aunque ha habido una gran cantidad de estudios sobre la importancia de la prevalencia de la cultura de seguridad del paciente, no existe evidencia sobre la relación que tiene esta cultura con los predictores (Mahrous *et al.*, 2018). Ante ello, esta investigación pretende aportar información sobre la relación entre la cultura de calidad, la seguridad del paciente y la notificación voluntaria de los eventos adversos, cuasifallas y del tipo centinela en un hospital de tercer nivel de atención. Por otro lado, también, se pretende comprender la relación entre el tipo de evento notificado y el impacto clínico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la cultura de seguridad del paciente y la tasa de eventos inherentes a la atención de la salud, no asociados a la historia natural de la enfermedad del paciente, notificados en la plataforma de un hospital privado de tercer nivel de atención de mayo de 2019 a julio de 2020 para determinar su relación y comportamiento.

1.3.2 Objetivos particulares

- Recopilar los datos sociodemográficos de la población estudiada de los eventos relacionados con la seguridad, notificados en la plataforma institucional de mayo de 2019 a julio de 2020 para analizarlos estadísticamente y calcular la tasa de eventos notificados.
- Evaluar la ocurrencia de los eventos hospitalarios notificados y las acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño de los procesos de mayo de 2019 a julio de 2020.
- Identificar el tipo de eventos relacionados con la seguridad (eventos adversos, eventos centinela y cuasi fallas) más persistentes para que, a partir de ellos, se propongan acciones de mejora.
- Evaluar la cultura de calidad y seguridad mediante la aplicación del “Cuestionario sobre la seguridad del paciente en los hospitales de México” durante el mes de abril del 2021, para evaluar su relación con la tasa de eventos relacionados con la seguridad notificados en la plataforma institucional.
- Mejorar el conocimiento de la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, la trascendencia y el impacto de los eventos

relacionados con la seguridad, y por medio del análisis de las características de los pacientes y de estos eventos.

- Proponer estrategias de mejora de la Cultura de Calidad y seguridad del paciente, que sean viables para su aplicación a corto plazo, como la capacitación exhaustiva a todos los colaboradores de la Institución y la estimulación de la notificación de eventos relacionados con la seguridad.

1.4 Hipótesis

El conocimiento, la prevención, el seguimiento e implementación de acciones preventivas y correctivas de los eventos relacionados con la seguridad notificados, aumentará la cultura de calidad y seguridad del paciente en el hospital de tercer nivel de atención donde se realizó el presente estudio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto histórico

La atención insegura ocurrida durante la atención sanitaria sucede desde los inicios del ejercicio de la práctica médica. No obstante, lo anterior no quiere decir que se obvие el principio *primum non nocere* ('Primero, no dañar'), el cual sirve como guía de cada decisión tomada durante la atención brindada. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de causar daño.

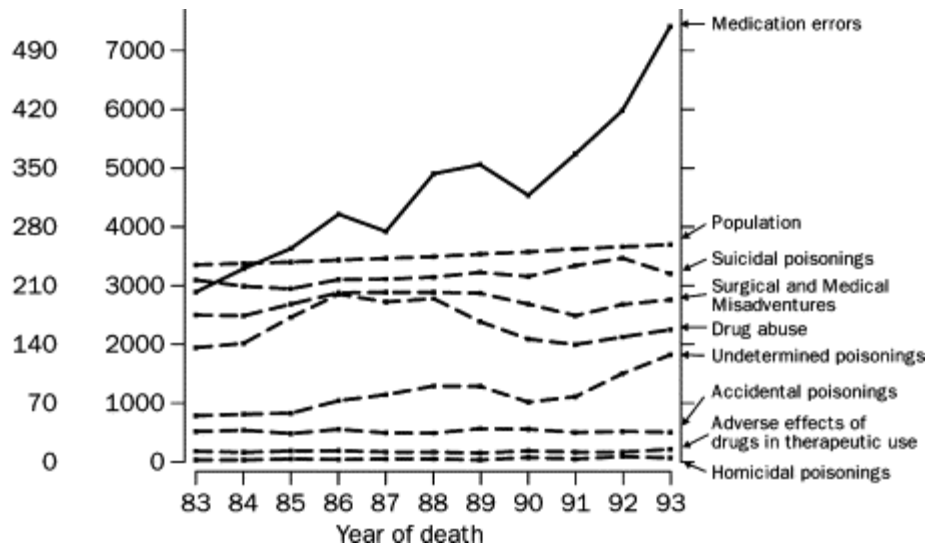
A causa de ello, en noviembre de 1999, en Estados Unidos (EE. UU.) el Committee on Quality Of Health Care in America del Institute Of Medicine (IOM), presentó el informe "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro" en el que incita a prestar especial atención en los efectos fatídicos de los errores médicos. (Academia Nacional de Medicina, 2004).

El Informe menciona que un aproximado de 98,000 personas mueren a causa de los daños derivados de errores médicos mientras son atendidos en hospitales. Estas cifras superan el número de muertes por accidentes automovilísticos, cáncer de seno y SIDA. A pesar de ello, la atención pública que reciben las muertes por negligencia médica es menor que las tres causas antes mencionadas. (Kohn et al. 2000).

De ahí que el reporte de la IOM sea tan importante, puesto que se trata de uno de los primeros estudios que repara en los errores durante la asistencia sanitaria como un problema grave. Anteriormente, a este fenómeno se le abordaba erróneamente: se culpaba a los médicos por lo que eran despedidos de los centros de salud con el fin de aliviar la tensión y como solución al problema.

Así, y de manera contraria a lo que antes se pensaba, el estudio parte de que el error es inherente al ser humano, por lo tanto, difícilmente se podrá erradicar, pero sí evitar mediante la mejoría de los sistemas de salud. Sin embargo, en el informe se menciona brevemente sobre los errores asistenciales. En cambio, considera que los errores de medicación son los más frecuentes.

Figura 1. Tendencias en las muertes de los EE. UU. por errores de medicación y por causas relacionadas, 1983–1993.



Nota. Adaptado de *Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993* [Imagen], por Lancet (London, England), 1998.

Como se puede observar (Figura 1), la mayor causa de muerte en EE. UU., durante el periodo 1983-1993, fueron los errores de medicación, que rebasan por un amplio margen al suicidio por envenenamiento. (Phillips *et al.*, 1998).

Al mismo tiempo que el informe estadounidense “Errar es humano” (1999) otros países publicaron estudios similares. Por ejemplo, en el año 2000, el National Health Service (NHS) del Reino Unido publicó un estudio elaborado por expertos en torno al aprendizaje que se obtenía de los eventos adversos. Además, se propusieron analizar las fallas que habían tenido en su sistema de salud, con el fin de aplicar nuevos métodos y estrategias que redujeran la ocurrencia de dichos eventos en el futuro (Donaldson, 2000).

Ese mismo año, la Fundación Australiana para la Seguridad del Paciente (APSF) publicó un reporte en el que se analizaron la razones por las que ocurren las lesiones iatrogénicas y la cultura que permite que sucedan y presentaron opciones que permitieran mejorar el sistema (Runciman y Moller, 2001).

La tarea de diseñar mejores procesos y desarrollar mejores sistemas de salud es imposible sin información precisa sobre en qué contextos ocurren los errores, quiénes los cometen y por qué. De modo que, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2008) en su estudio *“Summary of the evidence on patient safety: implications for research”* plantea que la atención con pocas medidas de seguridad es cometida de forma sistemática, sin embargo, puede ser evitable.

La mayoría de la información publicada sobre la atención insegura proviene de países desarrollados. No obstante, existe la suficiente información para sugerir que, en los países en vías de desarrollo, la atención insegura también representa un problema. (Organización Mundial de la Salud, 2008). De acuerdo con datos de la OMS, cada año millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren a consecuencia de malas prácticas médicas o atención insegura. (OMS, 2008). Pese a que existe información abundante, en Latinoamérica tardaron más tiempo en hacer investigaciones sobre este problema

Sin embargo, esta tendencia cambió en 2010 con el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS): red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Se trata de un estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de la región. El proyecto se realizó en colaboración con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cual fue el primer estudio llevado a cabo a gran escala. Su objetivo fue medir los eventos adversos causados por una mala atención médica en los hospitales.

Para realizar el estudio participaron 58 centros de cinco países de América Latina (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) con el fin de evidenciar el problema derivado de la atención insegura en centros de salud de la región. Los resultados, mostraron que 20 de cada 100 pacientes ingresados, presentaron al menos un evento adverso durante su estancia en el hospital.

Además, se llegó a la conclusión que de cada 10 eventos adversos derivados de cuidados sanitarios resultaron en daños al paciente y 6 de 10 podrían haberse evitado. (Organización Mundial de la Salud, 2010). Dado que la atención sanitaria

tiene como finalidad el cuidado de la salud y de los pacientes, es imperativo fortalecer los sistemas de salud con el fin de evitar estos escenarios.

La investigación del IBEAS expuso los factores que influyeron en los eventos perjudiciales en las diferentes unidades sanitarias. Por ejemplo, se encontró que había una mayor frecuencia de daños en las Unidades de Tratamiento Intensivo y en los servicios de cirugía. En cambio, estos daños eran menores en los servicios médicos. Concluyendo que un factor de impacto era el tiempo de hospitalización: a mayor tiempo, mayor era el riesgo de que hubiera comorbilidades en el paciente, por lo tanto, a mayor número de comorbilidades, también era mayor la presencia de otros factores de riesgo como el cateterismo.

Los resultados de la investigación aportaron información concreta del problema de atención sanitaria. Así mismo, proporcionaron datos sobre los eventos adversos y la frecuencia con la que ocurrían, el nivel de gravedad en términos de daños y finalmente, la posibilidad de haberlo evitado.

Por otra parte, este estudio también crea conciencia al personal a cargo de la asistencia sanitaria. Además, plantea problemas relevantes tanto para las ciencias duras como blandas, para llevar a cabo investigaciones más exhaustivas y especializadas que permitirá proponer soluciones concretas, enfocadas en las condiciones específicas de México.

El siguiente aspecto trata de los factores que contribuyen al debilitamiento de los sistemas de salud, los cuales son:

- Infraestructura poco óptima y recursos limitados de equipamientos esenciales.
- Carencia de una estructura de liderazgo y gestión.
- Formación deficiente, así como vacíos en las rondas de supervisión del personal clínico.
- Ausencia de protocolos de seguridad y de políticas de carácter administrativo.

- Fallas importantes a la hora de implementar protocolos y políticas, debido a que no responden a las necesidades concretas de los distintos sistemas de salud.
- Poca claridad en la comunicación.
- Prevalencia de una cultura del castigo y señalamiento de culpa mediante reporte inadecuado.
- Retrasos significativos en la provisión del servicio de salud y poco confiable. (Hughes, 2008).

Ahora bien, es necesario definir el término daño en la seguridad y en la atención sanitaria: se trata de un agravio físico, emocional, psíquico o un perjuicio a la salud que requiera una intervención médica especializada. (Organización Mundial de la Salud, 2009). El daño asociado a la atención sanitaria se comete mediante asistencia sanitaria y no por el padecimiento o lesión subyacente.

Si bien, un evento adverso puede afectar al paciente, puede que sea de manera indirecta, de tal manera que el daño no se vea reflejado a primera vista. Sin embargo, cuando hay daños causados por la atención sanitaria, ya sea por tratamiento, o por una complicación médica y que no está relacionado con alguna patología del paciente, se le denomina evento adverso.

Cuando el daño produce la muerte o una lesión física o psiquiátrica grave, por ejemplo, la pérdida de una extremidad o una función motriz causada por la atención sanitaria en pacientes sanos, dichos eventos se denominan centinela, los cuales jamás deberían ocurrir. Sin embargo, cuando se presentan, se lleva a cabo un análisis interdisciplinario que permita determinar su causa e implementar estrategias que eviten su ocurrencia (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Es necesario recalcar que, los eventos adversos graves no siempre suceden, a este fenómeno se le denomina cuasifalla, esto quiere decir que un evento pudo haber tenido consecuencias catastróficas. Afortunadamente, estos casos se evitan por el azar o por una intervención oportuna (Organización Mundial de la Salud, 2009).

En lo que respecta a la seguridad del paciente, esta es definida como la reducción de la probabilidad de riesgo de daños a un mínimo aceptable. Garantizar la seguridad del paciente implica que todas las estructuras del sistema funcionen de manera óptima. Por tanto, la responsabilidad no recae en una sola persona o un área específica. De modo que, la mejora depende de la comprensión de todos los elementos que interactúan en el sistema de salud. Así, la seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Las consecuencias que tienen la ocurrencia de los eventos relacionados con la seguridad son múltiples, y son tanto para el paciente como para las instituciones de salud, entre ellas se incluyen alargamiento en la estancia hospitalaria a causa de daños temporales, daños permanentes como discapacidad e incluso la muerte. Aunado a ello hay un impacto significativo en los costos hospitalarios.

En el estudio “Costo de eventos adversos graves en un Hospital Comunitario de Enseñanza en México” realizado en San Luis Potosí México, realizado en el año 2012 (Meave, 2015), se identificó un total de 34 eventos adversos graves. El costo de estos agravios fue de 117,440.89 pesos mexicanos. Sin embargo, el 82.35% de tan lamentables eventos era prevenible. Así mismo, en el del 50% de ellos se concluyó que estaba involucrado personal en formación, lamentablemente una práctica muy frecuente en nuestro país.

Dentro de los principales factores que elevaron los costos se incluyen: una prolongada estadía, un sobrante de pruebas de laboratorio, la rutina de atención, cirugías y otros cargos auxiliares (Meave, 2015). De acuerdo con las conclusiones del estudio los elevados costos directos derivados de un evento adverso grave en México son equivalentes a lo reportado en países desarrollados.

En un estudio publicado en el 2016 en el British Journal of Medicine (*“Medical error—the third leading cause of death in the US”*) se realizó una revisión sobre los datos presentados en el artículo pionero en la seguridad el paciente *“To err is human”* asimismo una comparación con artículos publicados posterior a este. En

él se sugiere que, aunque el artículo *“Errar es humano”* fue un desencadenante de múltiples investigaciones enfocadas en la seguridad del paciente, es posible que los datos presentados hayan tenido estimaciones bajas en lo que respecta a muertes causadas por errores médicos. Además, sugieren que el error médico es la tercera causa de muerte más común en los Estados Unidos de América al comparar las cifras estimadas con las reportadas por el Centro de Prevención de Control de Enfermedades (Centers for disease control and Prevention, CDC) en el año 2013. (Kochanek, et al. 2014, p. 3).

Examinando informes más actuales, uno realizado en 2004 estimó 575,000 muertes entre el año 2000- 2002, equivalente a 195, 000 muertes por año, casi el doble de las cifras estimadas en *“Errar es humano”*. Una revisión de la literatura realizada por John James para la revista de Seguridad del Paciente de Houston Texas argumenta un rango de incidencia de 210,000 – 400, 000 muertes por año asociadas con errores médicos en pacientes hospitalizados. (Makary, et al., 2016, p. 1-2). Si esas cifras son comparadas con las estadísticas actuales más recientes del año 2018-2019 publicadas por CDC, continuarían siendo los errores médicos la tercera causa de muerte en los Estados Unidos sólo por debajo de Enfermedades del Corazón y Neoplasias Malignas. (Heron, 2021, p. 9).

2.2 Seguridad del paciente

Debido a la complejidad incremental de los sistemas de salud y el aumento de los daños en los pacientes dentro de los centros sanitarios, se implementó la estrategia denominada Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Esta es una disciplina enfocada en la atención de la salud, cuyo objetivo es tanto prevenir como reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes. En ese sentido, su contribución a la mejora es continua, puesto que se fundamenta en el aprendizaje de errores y eventos adversos. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

De acuerdo con la OMS La seguridad del paciente es la ausencia de daños evitables a un paciente durante el proceso de atención médica y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable de acuerdo con los conocimientos actuales, los

recursos disponibles y el contexto en el que se brindó la atención frente al riesgo de no recibir tratamiento o recibir un tratamiento inadecuado. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La seguridad del paciente representa un grave problema de salud pública mundial. Según datos de la OMS, se estima que el riesgo de morir en un viaje en avión es de 1/3,000 000, mientras que el riesgo estimado de morir por un accidente médico prevenible mientras se recibe atención médica es de 1/300” (Organización Mundial de la Salud, 2019).¹

La evidencia reciente sugiere que 134 millones de eventos adversos ocurren cada año debido a la atención insegura en hospitales en países de bajos y medianos ingresos (LMIC), lo que resulta en 2.6 millones de muertes al año (*National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2018). En vista de este panorama, es posible argüir que los eventos adversos, como resultado de la atención insegura, sea una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (Jha, 2018). Sin embargo, pese a que la atención sanitaria ha contribuido en mejorar y prolongar muchas vidas, también ha sido la causa de sufrimiento y discapacidad, entre otras tragedias. Como ya se dijo, igualmente ha habido pérdidas económicas y desconfianza hacia los sistemas de salud.

2.2.1 El error humano

Uno de los factores determinantes de los accidentes en cualquier industria, así como el sector salud, es el error humano (Kohn, 2000). Se trata de un comportamiento inherente al humano, el cual no debe ser señalado estrictamente en términos de culpabilidad. Según Rasmussen Jens., sugiere que el “error humano”, debe explicarse con base en las circunstancias que median el comportamiento y el ambiente social en términos psicológicos. Esto quiere decir

¹ Las industrias de aviación y la industria nuclear, por ejemplo, eran percibidas como de mayor riesgo por los accidentes catastróficos que han cobrado miles de vidas en un corto tiempo. En consecuencia, estas industrias han mejorado sus sistemas de seguridad y prevención de siniestros, logrando grandes avances de seguridad mucho mayores en comparación con la atención sanitaria. Así, la poca atención prestada en la seguridad de los sistemas ha generado que los eventos desfavorables aumenten. Si la tendencia continúa elevándose, su impacto llamará la atención de las instituciones gubernamentales.

que en los entornos complicados y en constante actividad, tal como un centro de atención sanitaria, el objetivo de estudio debe ser el autocontrol en tales condiciones.

Según James Reason (1990), el error humano se puede comprender de dos enfoques, el primero, el personal y, el segundo, del sistema. El enfoque en torno a la persona se concentra en las violaciones a los protocolos de seguridad, tales como el olvido, la falta de atención, la poca motivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia.

Una forma de corregir estas conductas incluye el diseño de carteles de advertencia que sea fácil de codificar, elaborar nuevos procedimientos o mejorar los ya existentes que contemplen medidas disciplinarias, tales como enfrentar problemas legales. Dicho de otro modo, la tendencia a tratar los errores bajo esquemas morales plantea la siguiente conclusión: a las personas malas, les suceden cosas malas. Esto es lo que los psicólogos denominan como la "hipótesis del mundo justo" (Reason, 2000; Lerner, 1970).

El enfoque de error del sistema parte de que los humanos somos seres falibles y, por lo tanto, se esperan errores, incluso en las instituciones más fuertes. Así mismo, este enfoque presta mayor atención en las condiciones bajo las cuales las personas trabajan y no tanto en la perversidad de la naturaleza humana (Reason, 2000).

El enfoque que se ha adoptado de forma más frecuente en muchas organizaciones a lo largo de la historia es el de persona. De forma consciente o inconscientemente se tiene la idea de que las amenazas y los castigos evitarán que las personas tengan errores, sin embargo, actualmente se sabe que no sólo es imposible evitar equivocarse de forma permanente, también este enfoque provoca que las personas sean capaces de reconocer e informar sus errores sin tener miedo a las represalias, de forma que se hace inasequible la mejora continua.

Los errores son prevenibles mediante el diseño de sistemas de salud que guíen al personal a la hora de tomar las decisiones, propiciando que estas sean las

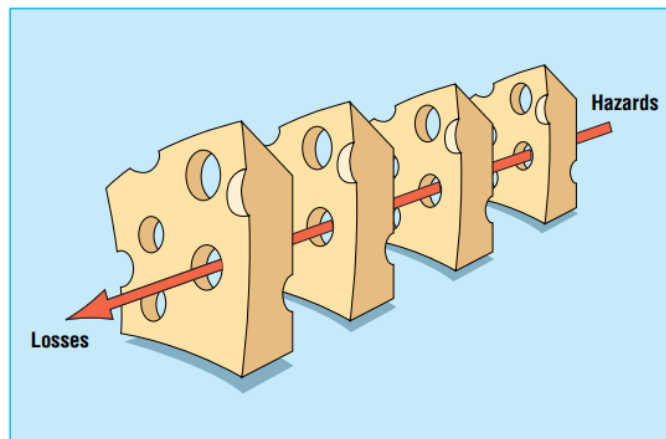
correctas (Harvard, 2016). Un buen plan de prevención parte del siguiente supuesto: no podemos cambiar la condición humana, pero sí cambiar las condiciones en las que se trabajan (Reason, 2000).

2.2.2 Modelo del queso suizo de J. Reason

Hipotéticamente, en el modelo de del queso suizo de Reason, cada capa defensiva quedaría intacta frente a cualquier escenario adverso. Pero, en realidad, la estructura del sistema de salud se asemeja a las rebanadas del queso suizo con muchos agujeros. Estos agujeros representan los vacíos en seguridad: se abren, cierran y cambian de ubicación continuamente, lo cual depende de la clase de amenazas.

Una brecha de seguridad se genera cuando los agujeros, con múltiples capas se alinean simultáneamente (como se observa en la figura 2). Esto podría posibilitar que ocurra un accidente. Dicho de otro modo, las defensas se vuelven vulnerables por dos razones: fallas activas y condiciones latentes (Reason, 2000). En suma, las defensas, barreras y salvaguardas ocupan una posición clave en el enfoque del sistema de salud. Así mismo, las fallas activas son los actos inseguros cometidos por personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema. A su vez, las condiciones latentes (serie de factores que pueden desencadenar accidentes, pero que no son evidentes sino hasta que ocurren) tienen dos tipos de efectos adversos. El primero, generar las condiciones para que los errores dentro del lugar de trabajo sucedan y, segundo, crear debilidades duraderas en las defensas.

Figura 2. Modelo del queso suizo de J. Reason.



Nota. Adaptado de *Human error: models and management* [Imagen], Department of Psychology, University of Manchester, 2000.

Las industrias con alta confiabilidad se anticipan a lo peor y se preparan para enfrentar o prevenir accidentes en todos los niveles de su organización. Por ello, son considerados excelentes ejemplos del enfoque que propone Reason (2000).

En 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, advertía del problema que afrontan los sistemas de salud pública a nivel global por los eventos adversos, por lo que instó a los Estados miembros fortalecer sus sistemas de salud, prestar mayor atención a la seguridad del paciente y abordar la cuestión con bases científicas que ayuden a mejorar la situación, además de promover una cultura que reclame los derechos humanos paciente (Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 24).

En octubre del 2004, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el propósito de “coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Actualmente, el programa se llama seguridad del paciente de la OMS.

Como parte de las iniciativas para actuar en consecuencia del problema, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, lanzó el Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. celebrado anualmente. Los resultados fueron positivos, pues se desarrollaron estrategias que los países miembros podrían implementar y promover de acuerdo con su contexto. Asimismo, la OMS cooperó con los Estados miembros y los expertos en la materia, para desarrollar herramientas para reducir los riesgos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En 2005 el primer reto mundial de la seguridad del paciente determinó que la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IAAS), también conocidas como infecciones nosocomiales, sentenciaron lo siguiente: «Una atención limpia es una atención más segura». Esta frase condensa el propósito del reto mundial. (OMS, 2020).

Asimismo, la primacía fue ayudar a los países miembros de la OMS a llegar a establecer prioridades. Por ejemplo, combatir las infecciones nosocomiales, mediante la generación de conciencia en torno a este problema y generar medidas sencillas que pueden salvar muchas vidas, tales como declaraciones públicas e implementar pruebas piloto centradas en las siguientes acciones: lavado de manos y mejorar la seguridad de las transfusiones, inyecciones e inmunizaciones, prácticas clínicas, saneamiento y la gestión de residuos (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En 2007, la OMS impulsó el programa "Nueve soluciones para la seguridad del paciente". Este consiste en difundir las acciones que han funcionado para poder mejorar, propiciar y proponer acciones concretas relacionadas: con medicamentos de aspecto o nombre parecidos.

Esto quiere decir que es necesario la identificación de pacientes, comunicación durante el traslado de pacientes, realización del procedimiento correcto, medidas exactas de las soluciones concentradas de electrolitos, dosis precisas en la medicación y en las transiciones asistenciales. Asimismo, tener cuidado en la conexión de catéteres y tubos, los que deben usarse solo una vez. El personal

médico debe tener hábitos de higiene, esto es, lavado de manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud (Organización Mundial de la Salud, 2020).

El segundo reto mundial por la seguridad del paciente fue propuesto en 2008, el cual giró en torno a la seguridad de los procedimientos quirúrgicos. Así mismo, se definieron un conjunto de normas para aplicarlas y que permitan llevar a cabo cirugías más seguras en todo el mundo.

Las normas se basaron en cuatro áreas de oportunidad: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. Durante el reto mundial por la seguridad del paciente de 2008, se elaboró una herramienta que ayuda a los equipos quirúrgicos a evitar daños y a obtener los mejores resultados en las cirugías, así como una lista de verificación de la seguridad de la cirugía, la cual permite corroborar que se tiene todas las medidas esenciales de seguridad antes del inicio de la cirugía (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Hay que mencionar, además, que, para seguir protegiendo los derechos del paciente, apoyar la investigación en este rubro es fundamental, para ello es importante elaborar un lenguaje en común. En consecuencia, la Alianza Mundial para la seguridad del paciente presentó la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), la cual se trata de una taxonomía, cuyos objetivos fueron definir, armonizar y agrupar los conceptos en una clasificación internacionalmente acordada y así poder obtener y analizar información que permita implementar mejoras (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Pese a ello, hay diversos factores por los cuales la investigación en materia de seguridad del paciente es deficiente, incluso en países desarrollados. El primero, la falta de sensibilización, el poco apoyo político y económico. El segundo, el insuficiente personal calificado e investigadores. Y tercero, carencia de instrumentos y metodologías estandarizadas.

En consecuencia, la OMS convocó un grupo de trabajo, que incluía expertos en el tema, para fijar las prioridades en Investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En conjunto, este grupo identificó 23 temas que tienen un alto impacto en la seguridad del paciente y desarrollaron un reporte titulado “Resumen de la evidencia sobre la seguridad del paciente: Implicaciones para la investigación” en el que describieron cómo afecta cada problema. Además de una serie de recomendaciones para esclarecer mejor las causas de los eventos y encauzar las investigaciones a ello (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Cabe destacar que el programa de investigación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente inició con estudios para determinar la frecuencia y el tipo de eventos adversos en más de 30 hospitales de países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2008). De manera análoga se desarrolló el programa “Pacientes para la seguridad del paciente”, red de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente. En ella participan pacientes de todo el mundo que han sufrido algún daño que pudo prevenirse. También participaron sus familiares y abogados interesados en promover la seguridad sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Por ejemplo, la 72ª Asamblea Mundial de la Salud llevada a cabo en el 2019 en Ginebra, Suiza, conscientes de que la seguridad del paciente es preocupante. En vista de que no ha habido un progreso significativo en los últimos 10 años, la asamblea acordó establecer el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, (celebración anual y fijada para el 17 de septiembre). Esta conmemoración busca refrendar el compromiso de garantizar su seguridad e implicar la participación de la sociedad para difundir a gran escala su importancia. En consecuencia, se espera que la comunidad científica y trabajadores de la salud no permitan que los daños a los pacientes continúen.²

² El tema del primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente es «La seguridad del paciente: una prioridad sanitaria mundial» y el lema «Alcemos la voz por la seguridad del paciente». (OMS, 2019, p. 1). En este mismo año se anuncia el tercer reto mundial por la seguridad del paciente en el que se pretende reducir los daños causados por los medicamentos, el objetivo es en cinco años, “reducir en un 50% la carga mundial de efectos nocivos iatrogenos causados por los medicamentos” (Organización Mundial de la Salud, 2017). Esto al disminuir las prácticas inseguras en cada etapa

Por otra parte, la OMS ha llevado a cabo acciones que han dado como resultado el fácil acceso de los informes y ha brindado herramientas de aprendizaje, como parte del programa de seguridad del paciente. Sin embargo, el impacto no ha sido el esperado, debido principalmente al no haber información especializada sobre cómo ocurren dichos eventos de agravio a la salud. Por tal motivo, la OMS desarrolló el "Modelo de información mínima para la notificación de eventos de seguridad del paciente" (MIM PS), el cual permite recabar informes de eventos completos, con la información mínima necesaria para su análisis e interpretación. Posteriormente, la OMS trabajó en conjunto con la Unión Europea para la validación de la MIM PS. En suma, se obtuvo un modelo extendido con diez apartados: Información de paciente (edad y sexo), Hora y ubicación del evento, causas, factores contribuyentes, factores atenuantes, tipo de evento, resultado del evento, consecuencias, medidas resultantes, función de quien notifica y espacio para texto libre (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Como resultado de ello, en 2018 se genera el documento "Sistemas de notificación y aprendizaje sobre errores de medicación: el papel de los centros de farmacovigilancia", desarrollado por la OMS para generar instrumentos que orienten a la comunidad internacional a desarrollar sistemas de alerta de seguridad del paciente y mejorar los existentes en los países.

2.3 Calidad en la atención sanitaria

Avedis Donabedian en su artículo Evaluating the Quality of Medical Care (1966) detalla los métodos utilizados para la evaluación de la calidad en la atención sanitaria, que comprenden tres enfoques: de resultado, de estructura y de proceso. El enfoque basado en resultados es el más utilizado, ya que de él se obtiene más información, debido al poco cuestionamiento de su validez. En este enfoque se

del sistema de medicación; prescripción, dispensación, administración, monitoreo y uso. Se invita a los países miembros a implementar planes de seguridad enfocados principalmente en cuatro áreas: la participación de los pacientes y el público en general; los medicamentos como productos; la formación, capacitación y seguimiento de los profesionales sanitarios, y los sistemas y prácticas de la gestión de medicamentos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

toman en cuenta los términos de recuperación, restauración de la función y de la supervivencia (Donabedian, 2005).

El segundo enfoque consiste en evaluar el proceso de atención médica con el que se obtienen los resultados, tales como:

la idoneidad, integridad y redundancia de la información obtenida a través de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de diagnóstico; justificación de diagnóstico y terapia; competencia técnica en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluida la cirugía; evidencia de manejo preventivo en salud y enfermedad; coordinación y continuidad de la atención; aceptabilidad de la atención al destinatario y así sucesivamente. (Donabedian, 2005, p. 691).

El enfoque de estructura se refiere a los entornos donde se efectúa el proceso, así como los instrumentos que lo producen. En este criterio se evalúa la adecuación de las instalaciones y equipos; las calificaciones del personal médico y su organización; la estructura administrativa y las operaciones de los programas y de las instituciones que brindan atención médica; la organización fiscal y similares (Weinerman, 1950).

Aunque el enfoque de resultados ha aportado un gran conocimiento sobre la evaluación de la calidad asistencial y ha aportado un panorama sobre la atención sanitaria, también hay que conocer los problemas estructurales y de proceso para que la atención sanitaria sea insegura en ciertos contextos. Por ejemplo, fallas latentes en la estructura organizacional reflejan estructuras pobres; mientras que los problemas de seguridad del paciente y la mala comunicación entre los médicos reflejan procesos deficientes (Organización Mundial de la Salud, 2008).

2.4 Resultados de la atención sanitaria insegura

2.4.1 Eventos adversos ocasionados por el tratamiento farmacológico

En 1989 H. Manasse en su libro “El uso de los medicamentos en un mundo imperfecto. Primera parte: Los errores de medicación como problema de política sanitaria” definió y analizó el uso indebido de los medicamentos a causa de las acciones o inacciones sociales, económicas, políticas y científico-tecnológicas.

Por eso, los errores de medicación han sido los más estudiados porque son muy frecuentes en la atención sanitaria. Sin embargo, no hay consenso sobre lo que es y cómo denominar un error de medicación. Por ejemplo, el United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention define un error de medicación como:

Cualquier evento evitable que pueda causar o conducir al uso inapropiado de medicamentos o daños al paciente mientras el medicamento está bajo el control del profesional de la salud, el paciente o el consumidor. Dichos eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos, procedimientos y sistemas para el cuidado de la salud, incluida la prescripción, comunicación de pedidos, etiquetado de productos, empaque y nomenclatura, composición, dispensación, distribución, administración, educación, monitoreo y uso. (Citado en Organización Mundial de la Salud, 2016).

Aunado a lo anterior, se pueden producir errores de medicación cuando los sistemas de medicación son débiles o existen factores humanos que propician su ocurrencia. Entre las causas de los errores de medicación se encuentran; los asociados con los profesionales de la salud, tales como la falta de entrenamiento terapéutico; el conocimiento y experiencia inadecuados sobre los medicamentos; el conocimiento inadecuado del paciente; la percepción inadecuada del riesgo; el exceso de trabajo o el cansancio; los problemas de salud física y emocional; la mala comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes; los sistemas repetitivos para pedidos, procesamiento y autorización; el monitoreo del paciente. Los factores asociados a los pacientes: las características del paciente (personalidad, alfabetización y las barreras del idioma); la complejidad del caso clínico y las condiciones previas del paciente. Finalmente, influye la falta de protocolos y de procedimientos estandarizados; la insuficiencia de recursos; las instalaciones médicas; el nombre, etiquetado y embalaje de los medicamentos; los sistemas de información computarizados que influyen en la generación de recetas, en el registro de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Todo esto afecta las prácticas de prescripción, almacenamiento, preparación, dispensación, administración y monitoreo, que pueden causar daños graves al paciente e incluso la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2017). Asimismo,

como consecuencia de los errores ya citados, se ha estimado una pérdida anual de 42 mil millones de dólares sin contar los salarios perdidos, la productividad o los costos de atención médica, pues también hay un aumento en la demanda de los servicios de salud (Aitken & Gorokhovich, 2012).

Ahora bien, estimar la prevalencia de los errores de medicación no ha sido fácil, debido a que no hay acuerdo en las definiciones empleadas ni en los sistemas de clasificación, pues se emplean diferentes enfoques de estudio (Ferner, 2006) y hay una alta variabilidad en la organización del sistema de atención médica, la disponibilidad y el uso de los sistemas de notificación de eventos. Para mitigar los errores de medicación y asegurar la salud del paciente, se requieren recursos enfocados a las tecnologías informáticas y a programas educativos y de capacitación para profesionales de la salud, de modo que reconozcan la importancia de incorporar prácticas seguras en la atención sanitaria diaria. Estas estrategias deben aplicarse en cada país sin dejar de lado su contexto.

De acuerdo con la OMS, para disminuir los errores de medicación, las acciones a realizar deben estar basadas en cuatro dominios de trabajo:

1. *Pacientes y público:* todos alguna vez hemos requerido de la medicación, sin embargo, pocas personas están informadas y capacitadas para usar adecuadamente los medicamentos. Por eso, se debe educar a los pacientes y sus familiares, ya que gran parte del éxito terapéutico depende de ellos.
2. *Los medicamentos:* debido a las exigencias de la actualidad, como el aumento en la incidencia de enfermedades autoinmunes y enfermedades no transmisibles, cada vez se requieren medicamentos más complejos, lo cual implica que tengan nombres complicados y etiquetados muy similares entre sí, por ello, se requiere también de la colaboración de la industria farmacéutica para prevenir errores de medicación.
3. *Los profesionales de la salud:* ellos deben comprometerse con la seguridad de los pacientes, puesto que en múltiples ocasiones prescriben y administran medicamentos en circunstancias que aumentan el riesgo del paciente. Además, se debe poner especial atención a los pacientes

polimedicados y a las transiciones de cuidado durante la estancia hospitalaria.

4. *Sistemas y prácticas de medicación:* estos generalmente son complejos e inestables, por lo que desde un inicio se deben diseñar y comprender adecuadamente (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Clasificación de los errores de medicación

En la tabla 1 se presenta la clasificación propuesta por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, la cual es una de las más utilizadas, para categorizar a los errores según la gravedad del daño producido. (Otero et al. 2003).

Tabla 1. Clasificación de la gravedad de los errores de medicación por NCCMERP.

CATEGORÍA		DEFINICIÓN
Error potencial	A	Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error.
	B	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente.
Error sin daño	C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño.
	D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización ³ y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.
Error con daño	E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
	F	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.

	G	El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.
	H	El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida.
Error mortal	I	El error contribuyó o causó la muerte del paciente.

2.4.2 Eventos adversos y lesiones por dispositivos médicos

Los dispositivos médicos son parte fundamental de la atención sanitaria, sin embargo, su utilización depende de su diseño, fabricación, regulación, planificación, evaluación, adquisición, gestión, almacenamiento, limpieza, seguridad y compatibilidad con los entornos en los que se utilizan (OMS, 2020). Aún con ello, siempre están presentes los riesgos: cada año, alrededor de 400 personas mueren por o sufren heridas graves relacionadas con dispositivos médicos mal empleados (Donaldson, 2002; Webb *et al.*, 1993).

2.4.3 Lesiones por errores quirúrgicos y de anestesia

Los errores ocurren en todas las áreas médicas, sin embargo, en la cirugía hay alto riesgo de cometer errores. Esto se debe a que los procesos quirúrgicos implican actividades complejas a nivel cognitivo y motriz para los equipos de cirugía. Además, influyen el ambiente organizacional, el ambiente hospitalario, el equipo quirúrgico, la presión de los pacientes o familiares, el estado clínico del paciente y el estrés personal (Sarker, 2005).

En consecuencia, en los países desarrollados, los eventos adversos en la sala de operaciones representan el 48% y afectan aproximadamente al 2% de todos los pacientes hospitalizados. Asimismo, se ha encontrado que estos hechos se pueden prevenir el 74% del tiempo. En cambio, en los países en vías de desarrollo, las prácticas quirúrgicas además se ven limitadas por cuestiones económicas, ya que

se limitan los insumos y los medicamentos, así como las instalaciones resultan inadecuadas.

Entonces, para mejorar la calidad en dicha práctica se debe tener en cuenta la complejidad del problema, así como que requiere de un abordaje interdisciplinario y de alta demanda (Organización Mundial de la Salud, 2008).

2.4.4 Infecciones asociadas con el sistema de salud

Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) se definen como una “condición localizada o generalizada secundaria a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que además no estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso hospitalario, que ocurrió 48-72 h posterior al ingreso” (Galván *et al.*, 2017). Esto quiere decir que las IAAS ocurren por la atención sanitaria, pero también que son bastante frecuentes (Organización Mundial de la Salud, 2008), aun cuando la información que se tiene no refleja la verdadera magnitud del problema, debido a múltiples obstáculos, como no contar con un sistema adecuado para su notificación, vigilancia y evaluación, así como la amplia ambigüedad y complejidad en los criterios para su diagnóstico. Ante ello, las IAAS implican problemas sanitarios y económicos, dado que provocan la extensión de las estancias hospitalarias, la discapacidad a largo plazo, la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, y la muerte del paciente (Allegranzi *et al.*, 2011).

Los elementos esenciales de un programa de control de infecciones incluyen la educación de los trabajadores de la salud, un sistema de vigilancia bien organizado, una legislación apropiada, la investigación constante sobre antimicrobianos y microorganismos multirresistente, y la implementación consistente de medidas básicas de control, como la higiene de las manos (Rocco *et al.*, 2017; Howell *et al.*, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2008).

2.4.5 Prácticas de inyección riesgosas

Miller y Pisani (1999) estimaron que “anualmente, las inyecciones inseguras causan aproximadamente 1.3 millones de muertes prematuras, y un costo anual de US \$535 millones en costos médicos directos” (p. 808). Esta práctica riesgosa está muy relacionada con el contagio de infecciones como Hepatitis B, C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana en los programas de inmunización (Miller & Pisani, 1999). Estas infecciones son causadas por la contaminación de los materiales. Aunque actualmente se han instado políticas que prohíben la reutilización de los dispositivos, sigue siendo una problemática persistente. En un estudio realizado en 2010 por Pepin, et al. se evaluó el progreso en la reducción de la administración de inyecciones riesgosas, encontraron que la proporción de reutilización de dispositivos de inyecciones se redujo del 39% al 5.5%, un avance importante, sin embargo, el objetivo es la eliminación total de dichas prácticas. (Pepin, J., et al. 2013). Como se ha insistido, es necesario invertir en jeringas autodestruibles y en educación sanitaria para pacientes y personal médico.

2.4.6 Productos sanguíneos riesgosos

Las transfusiones de sangre permiten salvar vidas y mejorar la salud. Las transfusiones sanguíneas se utilizan en diferentes procedimientos quirúrgicos, en el tratamiento de tumores malignos, en neoplasias sanguíneas y en hemorragias por traumatismos. Aunque se ha avanzado mucho en las prácticas de transfusión sanguínea y se han disminuido las reacciones hemolíticas causadas por la incompatibilidad sanguínea, las infecciones y las enfermedades altamente transmisibles por transfusiones sanguíneas siguen sin ser detectadas en muchos casos, debido a la mala calidad de los análisis realizados, falta de servicios básicos del laboratorio, falta de personal y la falla en los análisis serológicos por el período de ventana (Zamudio, 2003).

Para mejorar la seguridad en los productos sanguíneos es necesario que los países mejoren sus controles de donación, de manera que obtengan los suministros de

sangre de voluntarios sanos no remunerados, disminuyan los costos de pruebas de VIH, eviten transfusiones innecesarias.³

2.4.7 Seguridad de mujeres embarazadas y recién nacidos

Una investigación publicada en la revista *The Lancet* encontró que “la proporción de muertes en niños menores de 5 años en el período neonatal (temprano y tardío) aumentó de 33.4% en 1970 a 37.4% en 1990 y a 41.6 % en 2013” (Wang, 2014). Éste es un problema mundial que está relacionado con las complicaciones maternas durante el parto. Por ejemplo, si anualmente ocurren 7.6 millones de muertes infantiles durante el período perinatal, se ha estimado que ocurren más de 500.000 muertes en mujeres por embarazo o parto, de las cuales el 99% ocurren en países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2008). Este problema se debe en gran parte a los servicios de salud inapropiados o a la falta de acceso a estos, por lo que requiere de la propuesta e implementación de acciones integrales en múltiples ámbitos de la salud reproductiva y de la pediatría.

2.4.8 Seguridad de los ancianos

Los adultos mayores son propensos a presentar eventos adversos en todos los entornos clínicos (Long *et al.*, 2013), a causa de la edad, de sus comorbilidades, de la polifarmacia, de la gravedad de la enfermedad, de la reducción de su capacidad funcional y de la menor calidad de la atención que reciben por su edad. Ante esto, es necesario abordar las enfermedades de estos pacientes multidisciplinariamente para disminuir los riesgos que propician los regímenes de medicación y los factores intrínsecos.

³ Según un estudio realizado en la Universidad de Edimburgo, “solo el 66% de los países en desarrollo y el 46% de los países menos desarrollados realizan análisis de sangre para detectar el VIH, ya que estas pruebas pueden duplicar el costo básico de una unidad de sangre” (Wake y Cutting, 1998, p.4). Además, según la OMS (2008) afirma que “las mejores prácticas han demostrado que, incluso en países con una alta prevalencia de infecciones como el VIH, un programa bien organizado de donación voluntaria de sangre y procedimientos efectivos para evaluar la idoneidad de los donantes puede reducir la prevalencia de infecciones”.

2.4.9 Lesiones por caídas en hospitales

Aproximadamente el 2% de los pacientes ingresados al hospital sufren una caída durante su estancia hospitalaria (Mahoney, 1998). Aunque en la actualidad se han implementado diversas formas de prevenirlas, aún sigue siendo un problema importante. De acuerdo con un artículo publicado en la Revista de Medicina Geriátrica, cada año, se producen entre 700 000 y 1 millón de caídas de pacientes en hospitales de EE. UU. (Leulaurin, J., et al, 2019). Hay diferentes factores que propician las caídas, los cuales podemos clasificar en intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores intrínsecos que son propios de los pacientes se incluyen: la edad, el diagnóstico, las comorbilidades previas, los procesos postquirúrgicos, el deterioro del paciente durante la estancia hospitalaria, las caídas previas, la inmovilidad o la medicación. Los factores extrínsecos son aquellos referidos al manejo de los pacientes y las condiciones del entorno hospitalario, tales como: el tiempo de ingreso hospitalario, la actividad en el momento de la caída y las condiciones hospitalarias.

Aunque todos los pacientes hospitalizados tienen el riesgo de sufrir una caída, es importante prestar atención a los pacientes que reúnan más de uno de los factores mencionados porque incrementan sustancialmente el riesgo de una caída. De este modo, se podrían evitar lesiones como fracturas, esguinces, laceraciones. Además, se reduciría el tiempo de hospitalización, la posibilidad de enfrentar problemas legales y los costos para los centros hospitalarios.

En las metas internacionales para la seguridad del paciente, la número 6 indica que se debe evaluar intencionadamente el riesgo de caídas a través de un análisis multidisciplinario en el que se identifiquen áreas, momentos, o procedimientos que involucren a pacientes con necesidades de evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, así como definir quienes son responsables de evaluarlo y llevar a cabo las medidas de riesgo a dichos pacientes. (CSG, 2018). Algunas de las directrices para prevenir caídas que se han implementado incluyen: la identificación de los pacientes con alto riesgo de caídas, implementación de sistemas de alerta que permitan al personal estar pendientes en situaciones de riesgo, modificaciones en

el entorno físico, restricciones físicas como la sujeción, y/o el uso de barandales. Se ha evaluado a los pacientes y se les ha clasificado de acuerdo con el riesgo que tiene de sufrir una caída, de modo que se les ha brindado una mayor vigilancia a los que presentan un riesgo alto. Sin embargo, “ningún estudio ha demostrado un efecto sostenido durante años” (Schwendimann, 2006, p. 7), por lo que se deben identificar nuevas formas de prevención de caídas y evaluar arduamente los métodos utilizados para disminuir su incidencia (OMS, 2008).

2.4.10 Úlceras de decúbito

Las úlceras por decúbito, también llamadas úlceras por presión son un problema muy común para los pacientes hospitalizados de edad avanzada (Allman *et al.*, 1995). Las úlceras por decúbito son ocasionadas por la inmovilidad, la fricción, la incontinencia, el deterioro cognitivo y el mal estado nutricional (Organización Mundial de la Salud, 2008). Las úlceras por presión ocasionan morbilidad y mortalidad.

Aunque estas úlceras generalmente son consecuencia de otras afecciones médicas o de la mala salud general, se pueden evitar., implementando medidas preventivas como el reposicionamiento continuo, el aumento de la movilidad, el uso de superficies de soporte adecuadas, la alimentación correcta, el manejo de la humedad y los apósitos profilácticos del paciente. Sin embargo, cabe destacar que varias de estas medidas podrían no ser costeables en países en vías de desarrollo.

2.5 Factores estructurales que contribuyen a la atención sanitaria insegura

Como menciona Pérez (2013), “en sentido estricto, seguridad del paciente significa atención sin riesgos ni daños”. (p. 28). Sin embargo, esta es una visión muy poco realista, porque, como ya hemos visto, los riesgos y daños no son siempre evitables, ya que ningún sistema de salud es capaz de garantizar una atención sanitaria completamente segura. No obstante, se debe buscar implementar

estrategias para la mejora del sistema de seguridad en los centros de salud, pues esto llevará a la calidad esperada en la atención sanitaria.

Aunque existe cierta controversia sobre la relación entre calidad y seguridad, el Comité de Calidad del Cuidado de la Salud del Instituto de Medicina de EE. UU. sugiere que “la seguridad es un componente crítico de la prestación de atención de alta calidad” (IOM, 2001). La OMS (2020), asimismo, define la calidad de atención como “la medida en que los servicios de atención médica prestados a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”. Igualmente, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) define la calidad de la atención como “hacer lo correcto para el paciente correcto, en el momento correcto, de la manera correcta para lograr los mejores resultados posibles” (National Committee for Quality Assurance, s.f.). Entonces, para que la atención médica sea de calidad, uno de los componentes principales que debe existir es la seguridad.

El primer paso para mejorar la calidad de los sistemas de salud es medir el nivel de seguridad del paciente (Kohn *et al.*, 2000) porque permite a los profesionales de la salud determinar las causas de estos problemas, de modo que puedan intervenir efectiva y eficientemente (Ock, 2018). Igualmente, se debe realizar la acreditación de los centros hospitalarios a través de un modelo de evaluación externa para saber “si una organización de atención médica cumple con los estándares publicados y especificados” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En México, los mecanismos de evaluación para acreditar los requerimientos mínimos de calidad se basan en los artículos 77 Bis 9 de la Ley General de Salud y en los 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Cabe destacar que en 2011 el Consejo de Salubridad General adaptó los estándares internacionales de seguridad del paciente de la Joint Commission International para aplicarlos en el proceso de certificación de los establecimientos de salud del país.

Como se ha visto, los eventos ocurridos en la atención hospitalaria no han tenido un foco de atención tan grande porque se consideran eventos aislados, por lo que no hay suficiente conciencia del daño que ocasionan y que requieren de un esfuerzo conjunto para poder erradicarlos. Si bien los profesionales de la salud muy raramente causan daños intencionadamente, la práctica habitual de culpabilizar y castigar impide reconocer el error y tomar medidas que eviten causar daños. Dicho esto, es necesario que los diferentes actores de los servicios hospitalarios se responsabilicen y tengan el compromiso de involucrarse en la mejora de la seguridad.

El marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente realizado por la OMS en 2009 sugiere ciertos criterios importantes que todos los profesionales de la salud deberían poner en práctica. Inicialmente, todos los trabajadores de la organización se comprometen con su seguridad y con la de sus compañeros, los pacientes y los visitantes. Esto se debe a que la seguridad es prioridad con respecto a objetivos financieros y operacionales: la ocurrencia de errores, la promoción de la identificación, el análisis, el reporte y la resolución de los problemas de seguridad del paciente, de modo que se eviten o disminuyan, conllevan a destinar los recursos necesarios y disponibles para abordar estos problemas.

Una cultura de seguridad comprende actitudes, valores y normas compartidas (Organización Mundial de la Salud, 2008). En conjunto, tanto la organización como sus colaboradores deben emparejar sus ideales y valores, y tener como meta la minimización del daño en la atención de los pacientes. El concepto de cultura de seguridad del paciente generalmente se divide en el compromiso de la gerencia, los sistemas de seguridad, la presión laboral, la comunicación, el trabajo en equipo, la respuesta no punitiva a los errores y el liderazgo local y organizacional (Danielsson *et al.*, 2019).

Para construir una cultura de seguridad, los pacientes y los profesionales de la salud deben ser capaces de indicar los problemas de seguridad que les han ocurrido o los que les preocupan sin tener miedo a represalias. Dicho de otro modo,

se deben promover los reportes de los eventos ocurridos para proponer y ejecutar soluciones que los disminuyan. Además, se debe tener una visión de que los errores son fallas en los sistemas que conllevan oportunidades de mejora.

Aunado a lo anterior, es importante medir y controlar las mejoras de seguridad del paciente a lo largo del tiempo, a través de los eventos e indicadores de seguridad del paciente. Para esto, reitero, se deben establecer sistemas de notificación de eventos nacionales o locales, donde los datos se recopilen regularmente, o se deben usar herramientas para evaluar las experiencias de los pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Entonces, la gestión de riesgos en la atención médica comprende los sistemas, procesos e informes tanto clínicos como administrativos empleados para detectar, monitorear, evaluar, mitigar, minimizar y prevenir estos riesgos (*What is Risk Management in Healthcare?*, 2018). Esto se logra porque el programa de gestión de riesgos se basa en la identificación y análisis de las causas que originan los eventos adversos dentro de un contexto determinado, para disminuir los daños, para evitar que se presenten de nuevo y para reducir su impacto (Huerta, 2019).

2.6 Factores de proceso que contribuyen a la atención sanitaria insegura

2.6.1 Eventos adversos debidos a errores en el diagnóstico

Los eventos adversos generalmente son causados por la alineación de diferentes factores, pero las buenas prácticas pueden evitar que se conviertan en eventos relacionados con la seguridad, ya que la falta de seguridad en la atención médica es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud, 2010). Ante ello, un análisis cuidadoso de estos eventos revela tanto las causas multifactoriales como las buenas prácticas que los disminuirían.

Posterior a los informes *From To Err Is Human to Improving Diagnosis in Health Care: The risk management perspective (2000)*, la Academia Nacional de Medicina

(antes Instituto de Medicina) de Estados Unidos en 2015 señaló que los errores en el diagnóstico pueden desencadenar muchos daños al paciente, al evitar o retrasar el tratamiento adecuado. Esto, además, tiene repercusiones económicas.

El error en el diagnóstico es definido como "cualquier [...] falla en el proceso de diagnóstico que conduzca a un diagnóstico erróneo, un diagnóstico omitido o un diagnóstico retrasado" (Schiff *et al.*, 2009, p. 1886). En Estados Unidos, una extensa investigación de autopsias realizada en las últimas décadas ha demostrado que los errores de diagnóstico contribuyen a aproximadamente el 10% de las muertes de pacientes. Además, las revisiones de registros médicos demuestran que los errores de diagnóstico representan del 6% al 17% de todos los eventos dañinos en los hospitales de Estados Unidos (Ock, 2018).

Mejorar la seguridad del paciente puede conducir a importantes ahorros financieros. Esto se debe a que el costo de la prevención suele ser mucho más bajo que el costo del tratamiento del daño (Miller, 2017). A modo de ejemplo, sólo en Estados Unidos, las mejoras de seguridad ahorraron 28 mil millones de dólares en hospitales de Medicare entre 2010 y 2015 (Gutierrez *et al.*, 2015). En ese sentido, lo primero que se debe buscar es un tratamiento preventivo.

Ahora bien, también una participación activa del paciente es clave para una atención más segura. Involucrar a los pacientes no es costoso. Si se hace bien, puede reducir la carga del daño hasta en 15%. Esto conlleva a un ahorro de millones de dólares cada año (Reason, 2000).

2.7 Instrumentos de medición de la cultura de calidad y seguridad del paciente

El ambiente de seguridad puede considerarse como una muestra de la cultura de seguridad del paciente. Aunque los conceptos clima y cultura en ocasiones se utilizan indistintamente en la investigación de seguridad del paciente; los instrumentos de seguridad del paciente capturan el ambiente en lugar de la cultura. En ese sentido, las encuestas pueden servir para evaluar la situación de la cultura

de seguridad, de modo que se concientice a los colaboradores sobre ésta al identificar las fortalezas y las áreas de oportunidad (Danielsson, 2019).

Ante ello, se han utilizado diversas metodologías para medir los eventos adversos como un indicador de la seguridad del paciente, tales como las revisiones de registros médicos, los sistemas de notificación y las entrevistas con pacientes (Murff *et al.*, 2013; Thomas *et al.*, 2003). Sin embargo, los dos instrumentos más utilizados son el Cuestionario de Actitud de Seguridad⁴ y la Encuesta del Hospital sobre Cultura de Seguridad del Paciente (Waterson, 2014). También, está la Encuesta del Personal del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, que (NHS, por sus siglas en inglés) recopila información sobre las condiciones de trabajo del personal médico (NHS, 2020).

La Agencia para la Calidad e Investigación en Servicios de Salud de los Estados Unidos desarrolló una encuesta sobre la seguridad del paciente bajo el nombre de *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. En una evaluación que se realizó en agosto del 2008 a esta encuesta, se encontró que la implementación, el seguimiento y las acciones posteriores de un sistema de notificación voluntario conlleva a una mejor percepción de la cultura de seguridad por parte del personal médico, administrativo y los pacientes.

Entonces, la cultura de seguridad varía de acuerdo con el área y los colaboradores. Así, evaluar las prácticas de cultura de seguridad modifica las creencias de los encuestados y motiva al personal a comprometerse con la seguridad del paciente.

2.7.1 Fuentes de detección de eventos relacionados con la seguridad del paciente

Hay muchas fuentes y metodologías de obtención de eventos relacionados con la seguridad del paciente:

⁴ El Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ, por sus siglas en inglés) es bastante utilizado para medir la cultura de seguridad del paciente, ya que es un instrumento que valora las actitudes individuales y su relación con la seguridad del paciente.

- Informes de carácter obligatorio y voluntario en sistemas tanto estatales como federales, en sistemas hospitalarios internos y en los de pacientes y familiares.
- Revisión intencionada de documentación, donde se observe registros de pacientes, documentos medicolegales, certificados de defunción, datos de quejas e informes médicos.
- Vigilancia automatizada de los datos del tratamiento del paciente.
- Monitoreo del tratamiento de los pacientes con el fin de prever condiciones que pudieran favorecer la ocurrencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente (Milch, 2006).

Estas metodologías y fuentes conllevan a que los profesionales de la salud puedan identificar problemáticas, errores y sean capaces de optar por soluciones. Los sistemas de notificación de eventos de seguridad del paciente son un indispensables en los hospitales para detectarlos, sin embargo, son sistemas de vigilancia pasiva que dependen en gran medida de la cultura de calidad de la organización tanto para incentivar la notificación en los colaboradores como para obtener mejoras a través del análisis de los eventos y la implementación de estrategias que eviten su repetición De acuerdo con la Agencia para la Calidad e Investigación en Servicios de Salud de los Estados Unidos, un sistema de notificación debe de cumplir por lo menos con cuatro criterios:

1. La institución debe crear y mantener un entorno de seguridad, soporte y apoyo que motive a la notificación de eventos por sus colaboradores.
2. Los reportes deben recibirse únicamente de todo el personal.
3. Se deben analizar los eventos recibidos y difundir oportunamente la información recabada, así como las acciones que se tomarán.
4. Debe existir un mecanismo estructurado para revisar informes y desarrollar planes de acción.

De acuerdo con el Consejo de Salubridad General en el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, el sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente debe incluir:

- Las definiciones operativas del evento centinela, evento adverso y cuasifalla.
- Un mecanismo para su notificación.
- Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
- La consideración de la segunda víctima.
- La gestión y la confidencialidad de la información.
- La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema
- La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado (Consejo de Salubridad General, 2018).

Algunos estudios como los citados en el artículo “*The problem with incident reporting*” realizado por el Dr. Carl Macrae del Departamento de Psicología experimental del *British Medical Journal* (2015), realizados principalmente en países desarrollados, han demostrado la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Gracias a estos estudios, se ha llegado a la conclusión de que una mayor cantidad de informes refleja una cultura de seguridad más positiva. Sin embargo, en México hay muy poca información sobre los eventos notificados en los hospitales y no hay estudios que demuestren que el aumento de las notificaciones aumenta la calidad y seguridad de las organizaciones (Macrae, 2016).

III. METODOLOGÍA

1. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y ambispectivo en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México periodo de mayo del 2019 a julio del 2020.

2. El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la institución, el cual fue revisado y aprobado. No requirió la firma de un término de consentimiento informado, dado el carácter confidencial y no intervencionista del presente estudio. Además de que no se usaron datos sensibles de los pacientes, ni del personal del hospital de estudio.

3. Se realizó una búsqueda de bibliografía secundaria que abordara o aportara información sobre la cultura de calidad y seguridad del paciente en el mundo y en nuestro país. Esta búsqueda permitió conocer los estudios realizados que han planteado una relación entre la cultura de calidad y seguridad del paciente y la notificación de eventos relacionados con la seguridad. Dichos estudios refieren los métodos utilizados y las conclusiones a las que llegaron los autores, lo cual permite contar con una perspectiva más amplia sobre la cultura de calidad y seguridad del paciente y los temas que quedan por investigar a profundidad.

4. Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para determinar los datos a utilizar.

- Criterios de inclusión:
 - Eventos reportados en el sistema electrónico de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, que contengan la información mínima para la realización de su análisis:
 - Descripción coherente del evento, en donde se indique: qué ocurrió, a quién le ocurrió, personal involucrado, y cuándo ocurrió.

- Criterios de exclusión:
 - Eventos reportados que contenían la misma información, es decir, la descripción equivalente del evento asociada al mismo paciente, familiar, visitante, personal, paciente ambulatorio, hospital e infraestructura (Eventos duplicados).
 - Eventos con fallas de origen que contuvieran información deficiente.
 - Eventos reportados como pruebas del sistema electrónico realizadas por el área de calidad.

5. Se recolectaron datos del sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad: adversos, eventos centinela y cuasi fallas, el cual es repositorio voluntario, anónimo y confidencial. Los datos tomados pertenecen al periodo que va de mayo del 2019 a julio del 2020.

6. Se verificó la información recabada de forma mensual en la base de datos del sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente. Así mismo, se verificó la siguiente información: identificación correcta de que/quién se reportó el evento, ya fuera paciente, familiar, visitante, personal médico o paciente ambulatorio. También la clase de eventos ocurridos, evento centinela, evento adverso, cuasifalla. Además, se tomó en consideración la segunda víctima (únicamente en caso de tratarse evento centinela). Por otra parte, la identificación y la categorización se llevó a cabo de acuerdo con los estándares del Consejo de Salubridad General (CSG) correcta identificación de la definición operativa, identificación del servicio en donde ocurrió el evento, identificación del área involucrada en el evento, identificación del personal involucrado en el evento, identificación de la consecuencia asociada y retroalimentación por parte del área de calidad. Y finalmente se realizaron las correcciones necesarias y reasignaciones de eventos, todo esto con base en la descripción del evento.

7. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la frecuencia de los eventos adversos, cuasifallas y eventos centinela. Específicamente, se examinaron

las tendencias en el número de eventos relacionados con la seguridad (eventos adversos, eventos centinela y cuasi fallas) por tipo estándar de calidad asociado, servicio donde ocurrió el evento, área involucrada en el evento, dirección involucrada, consecuencia del evento y el seguimiento correspondiente por el área involucrada en cada mes del periodo de estudio. Así mismo, se realizó el análisis mensual de los notificadores clasificados por perfil de puesto.

8. Con la información recabada del sistema de notificación de eventos relacionados con la seguridad se implementó la herramienta de medición del proceso de notificación de eventos. En donde se verificó:

- Correcta selección de la definición operativa.
- Notificación en el sistema Intranet, propio de la organización.
- Seguimiento según la consecuencia (análisis) oportuno de cada evento.
- Consideración de la segunda víctima (en caso de eventos centinela).
- Cumplimiento de los criterios de confidencialidad.
- Integración a la base de datos unificada
- Validación de la información
- Retroalimentación realizada por el área de Calidad.

Finalmente, en caso de cumplir con todos los criterios descritos en el tiempo oportuno se otorgó una calificación de "1" Cumple proceso y de "0" en caso de no cumplir el proceso completamente.

9. Con dicha información se contribuyó a enriquecer los indicadores de proceso y de resultado ya desarrollados previamente por el área de Calidad de la organización.

10. El indicador de proceso mide el porcentaje de apego al proceso de "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad". El cálculo fue realizado con la siguiente fórmula:

$$\%Apego = \frac{\text{Número de eventos notificados con apego al proceso "Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del Px"}}{\text{Total de eventos notificados}} \times 100$$

El indicador de resultado mide el porcentaje de errores en la notificación de eventos. El cálculo fue realizado con la fórmula:

$$\%Apego = \frac{\text{Número de errores en la notificación de eventos relacionados con la seguridad del Px}}{\text{Total de eventos notificados}} \times 100$$

11. Se analizaron los datos obtenidos de la aplicación mediante un cuestionario enfocado en la seguridad de los pacientes en los hospitales, desarrollado y validado por la Agencia para la Calidad e Investigación en Servicios de Salud de los Estados Unidos bajo el nombre de *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se aplicó en el mes de abril del 2021, retrasado por el inicio de la Pandemia de SARS-CoV-2.

12. Se realizó el cálculo de las tasas de notificación de eventos y se normalizaron en función del número total de egresos en el período de estudio.

13. Se verificó la correlación entre las tasas de reportes de eventos adversos, cuasifallas, eventos centinela y la proporción de personal que dio respuestas positivas en la aplicación del cuestionario de calidad y seguridad, aplicado mediante la herramienta estadística IBM SPSS Statistics, empleando la correlación Rho de Spearman.

14. Se realizó el análisis de información obtenida mediante la comparación de los resultados obtenidos con las acciones de mejora efectuadas por la organización durante el periodo de estudio, Por ejemplo, la mejora e implementación de procesos, la utilización de formatos estandarizados, las capacitaciones continuas, la realización de trazadores, facilitación de infografías. Lo que permitió inferir si hubo un aumento o descenso de la cultura de calidad y seguridad del paciente del periodo de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

15. También se realizó un análisis y comprensión de las causas de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, el procedimiento de

actuación frente a estos, su posible resolución y la relación con la cultura de calidad y seguridad del paciente en el periodo de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

16. Se identificaron los problemas de seguridad persistentes que requieren un análisis más intensivo y / o una respuesta más amplia.

17. Se realizaron propuestas que fueran viables para la institución y contribuyeran a la disminución de los eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

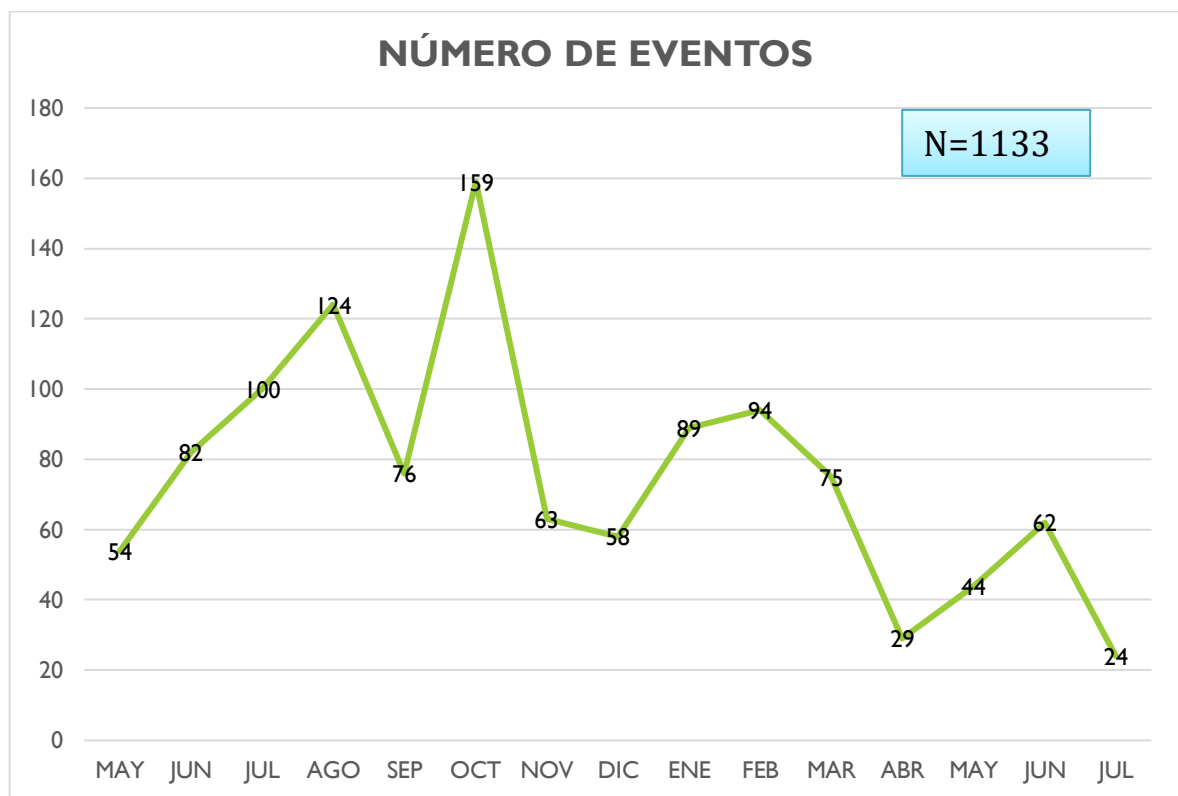
Figura 3. Diagrama de la metodología empleada



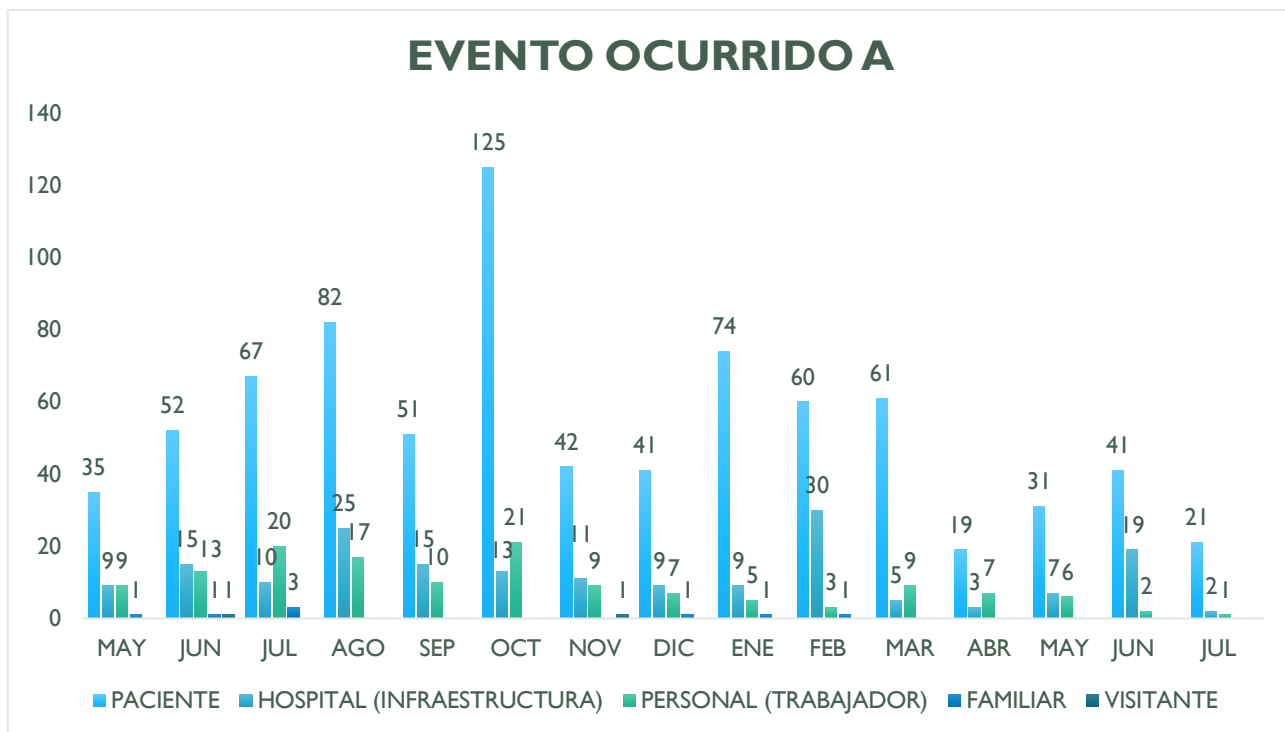
IV. RESULTADOS

4.1 Número de reportes y comportamiento de los reportes

Durante el periodo que tuvo lugar el análisis (mayo del 2019 a julio del 2020) se reportaron un total de 1133 eventos a través del sistema electrónico (Gráfica No. 1). La media fue de 76 eventos/mes ($sd=35.3$), de los cuales la mayoría fueron eventos ocurridos en pacientes 802 (70.79 %), seguido de 182 (16.06 %) ocurridos en el Hospital; donde se incluyeron eventos relacionados con la infraestructura o con más de dos pacientes. 139 eventos (12.27%) le ocurrieron al personal (trabajadores) de la organización, y en menor medida los ocurridos a familiares y visitantes, con 8 (0.71%) y 2 (0.18 %) eventos notificados respectivamente. (Gráfica No. 2).



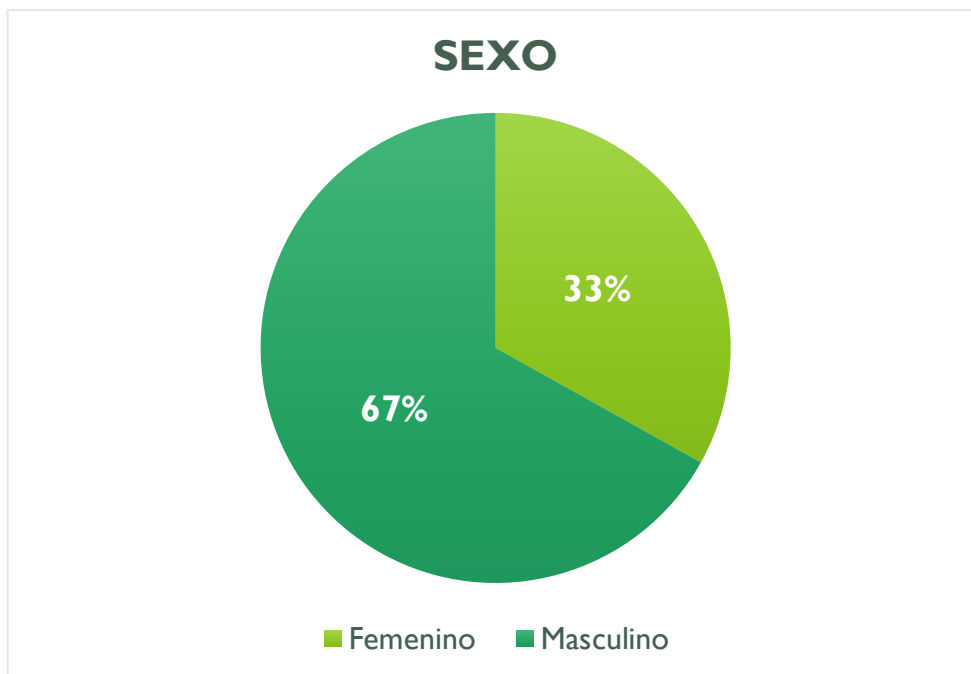
Gráfica 1. Número de eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.



Gráfica 2. Ocurrencia de evento a paciente, familiar, visitante, personal, paciente ambulatorio, hospital, infraestructura.

4.2 Demografía

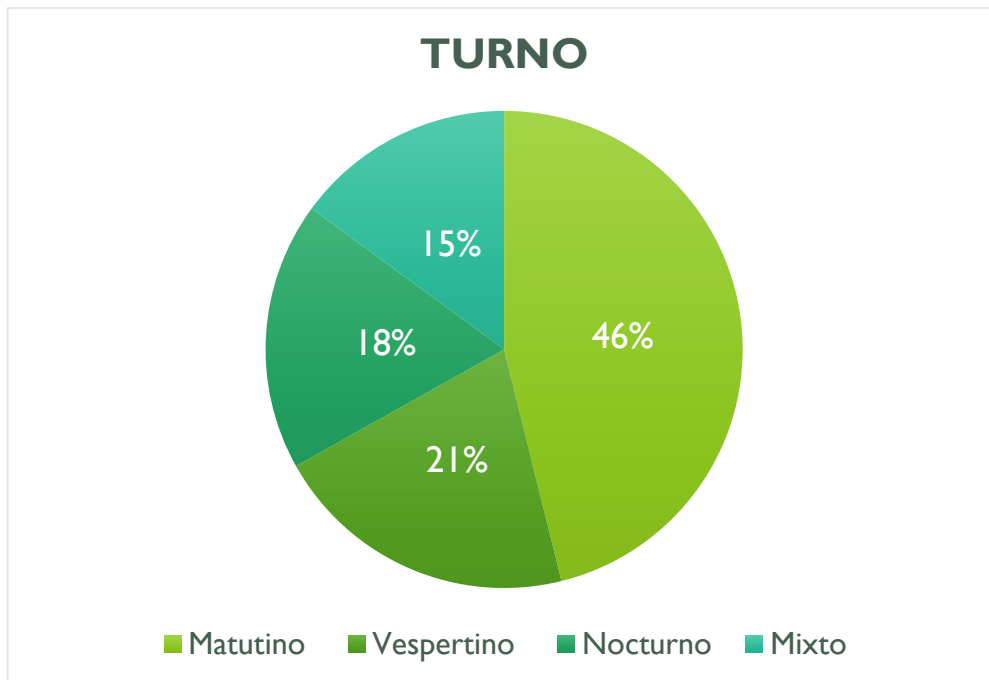
De los reportes de eventos relacionados con la seguridad del paciente, El 66.90 % afectaron al sexo masculino (750) y el 33.10% al sexo femenino (371). Así mismo, el grupo etario más afectado por eventos relacionados con la seguridad del paciente notificados fueron adultos (67.54 %), seguido de los pacientes geriátricos (26.54%), y pediátricos (5.91%). Durante el turno matutino ocurrieron 525 eventos (46.13%). Mientras que en el turno vespertino hubo 236 eventos (20.74%). Finalmente, en el turno nocturno ocurrieron 207 eventos (18.19%) y en el turno mixto 170 (14.94%).



Gráfica 3. Género de los pacientes/familiares/trabajadores que presentaron eventos relacionados con la seguridad.

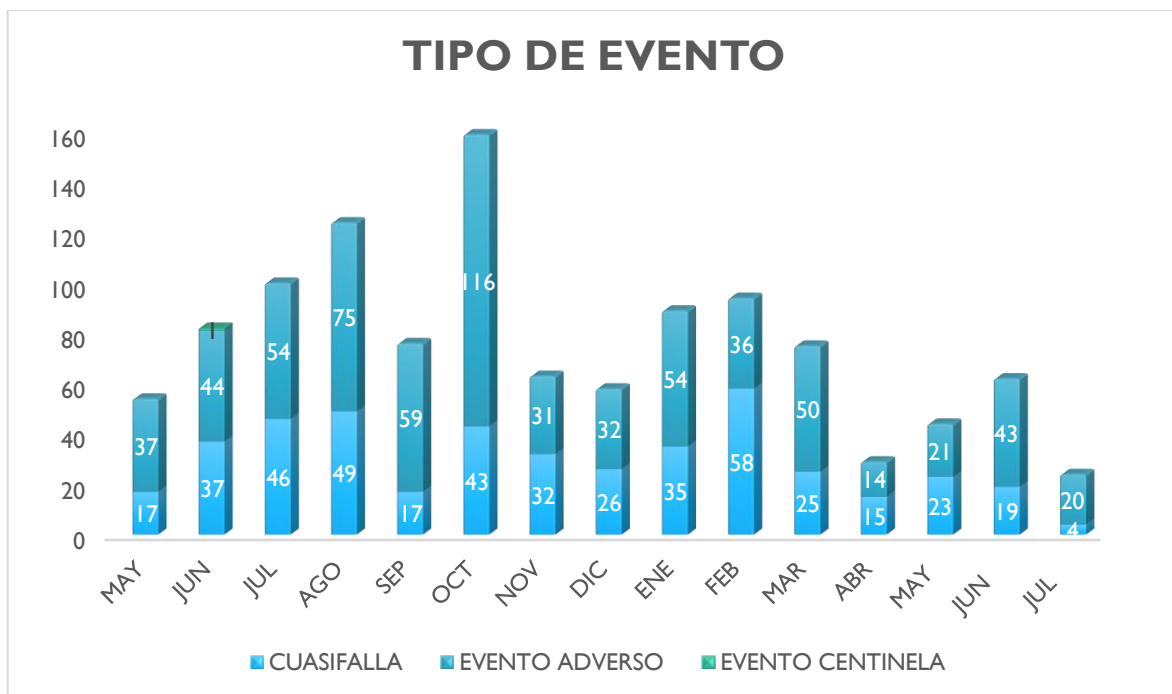


Gráfica 4. Grupo etario de los pacientes/familiares/trabajadores que presentaron eventos relacionados con la seguridad.



Gráfica 5. Turno en que ocurrió el evento relacionado con la seguridad.

La mayoría de los eventos reportados fueron clasificados como eventos adversos, 686 (60.55%). Seguido de 446 cuasifallas (39.36%), y se reportó un evento centinela que representa el 0.09% de los eventos totales. (Gráfica No.3)

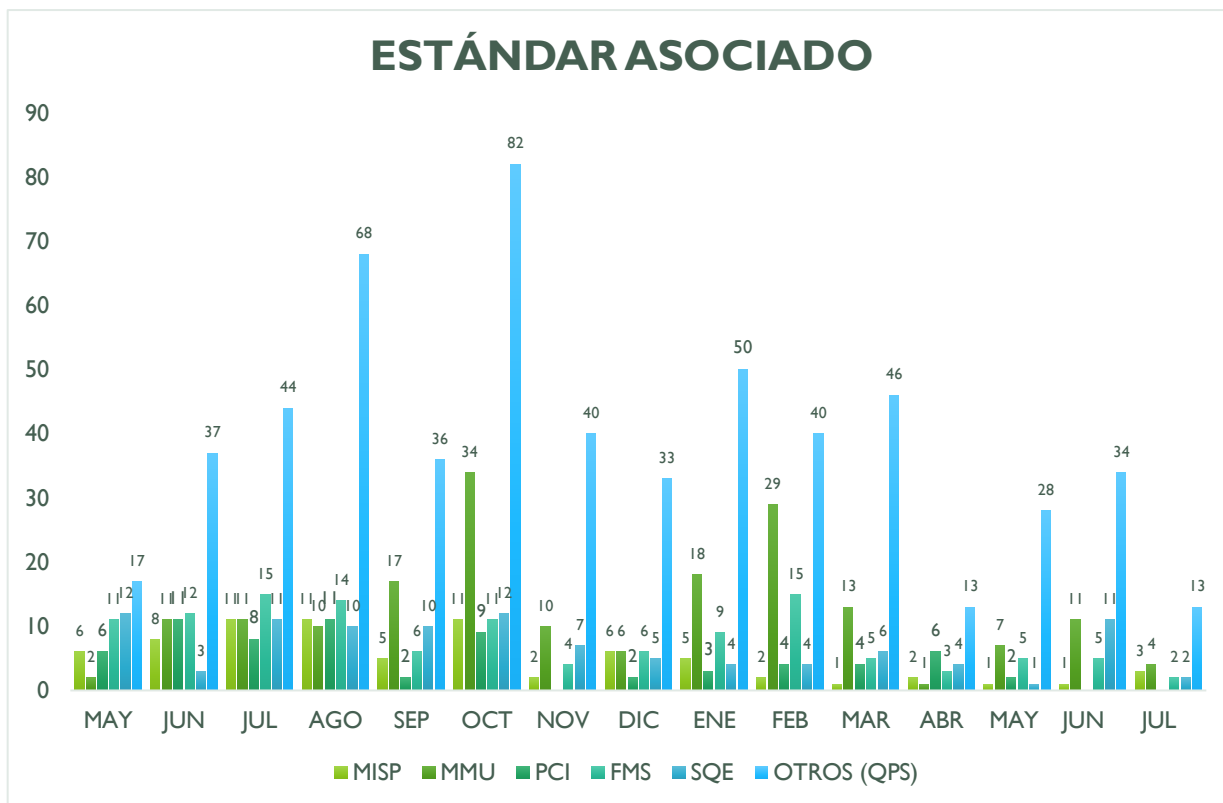


Gráfica 6. Tipo de eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

4.3 Categorías de los tipos de incidentes

La mayoría de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que fueron notificados durante el periodo de estudio, se catalogaron dentro de la categoría de estándares asociados, clasificada como “otros”. Con un total de 581 eventos (51.28 %), donde se agruparon los estándares: Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS), Acceso y Continuidad de la atención (ACC), Derechos del paciente y de su Familia (PFR), Evaluación de pacientes (AOP), Servicios de Diagnóstico (SAD), Atención a pacientes (COP), Anestesia y atención quirúrgica (ASC), Educación al paciente y a su familia (PFE), Gestión de la comunicación y la información (MCI), Gobierno, Liderazgo y dirección (GLD).

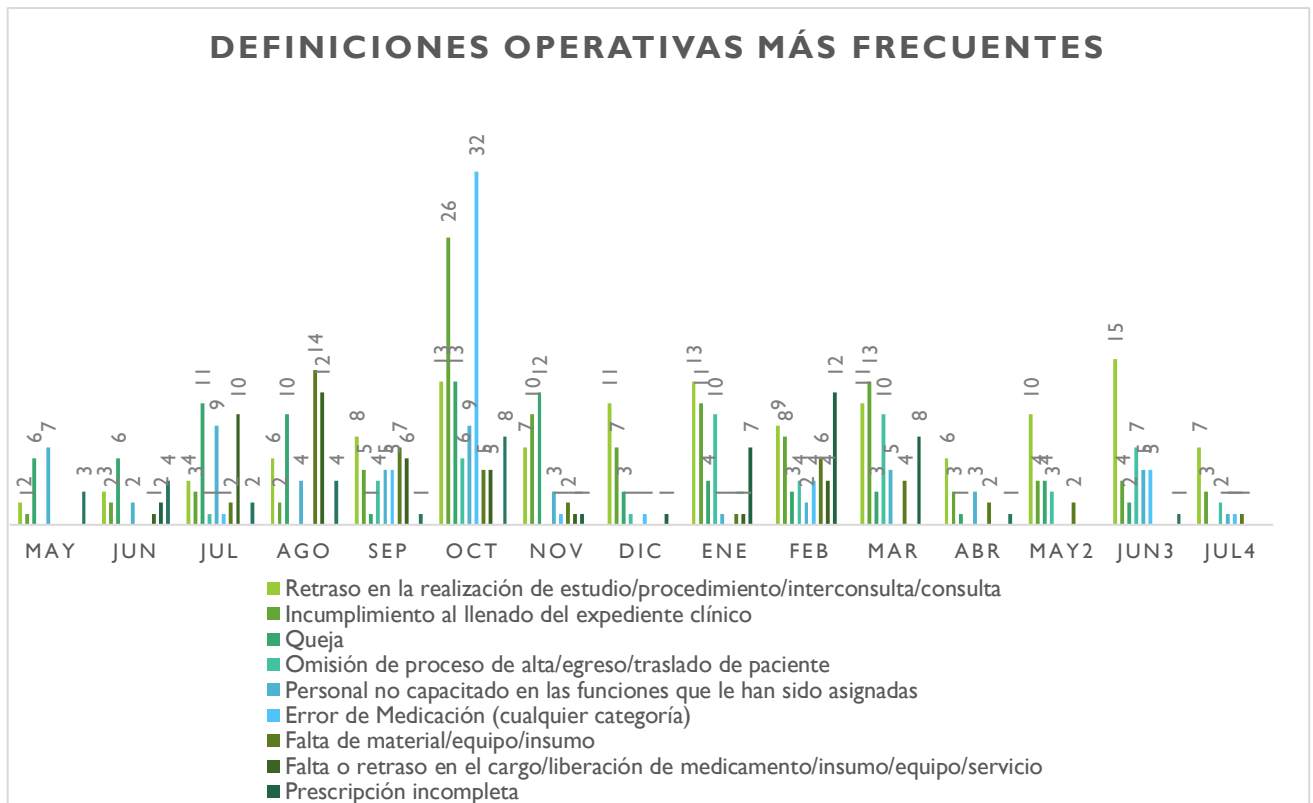
Otro punto son los sistemas críticos. De estos, el que tuvo la mayor frecuencia fue el estándar de Manejo y Uso de medicamentos (MMU) con 184 eventos notificados (16.24 %). En segundo lugar, Gestión y Seguridad de las instalaciones (FMS) con 123 eventos (10.86 %). En tercer lugar, Competencias y Capacitación del personal (SQE) 102 eventos (9.00 %). En cuarto lugar, Metas Internacionales para la seguridad del paciente (MISP) 75 eventos (6.62 %), y finalmente Prevención y Control de Infecciones (PCI) con 68 (6.00 %) de eventos reportados. (Gráfica No.4)



Gráfica 7. Estándar asociado al que pertenecen los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.

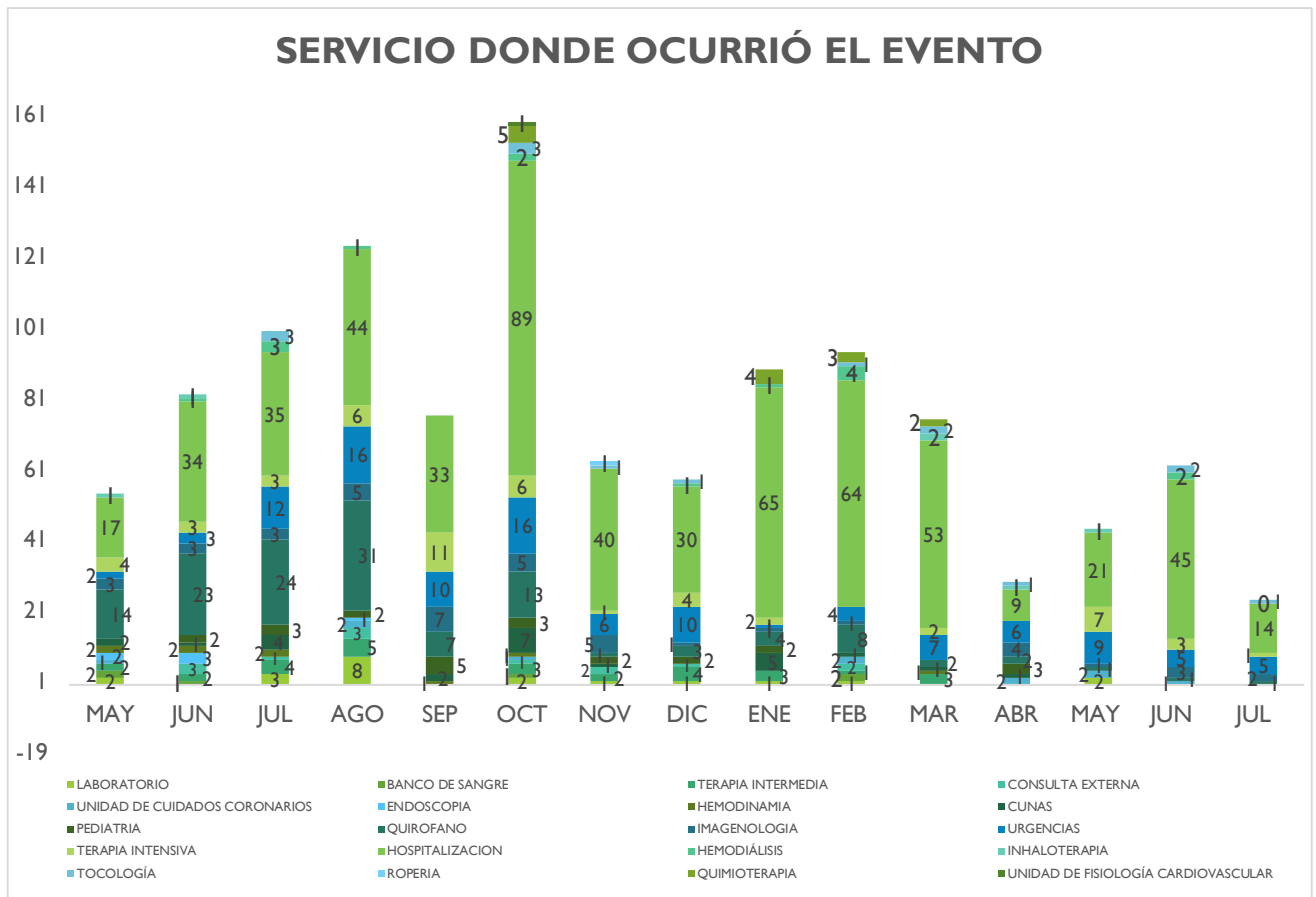
La definición operativa más frecuente en los eventos reportados fue el Retraso en la realización de estudios, procedimiento, interconsulta y consulta” con 125 eventos (11.03 %), seguido del Incumplimiento al llenado del expediente clínico 102 eventos (9.00 %) y quejas 79 eventos (6.97 %).

En cuanto al personal no capacitado en las funciones que le han sido asignadas ocurrieron 56 eventos (4.94 %). En Error de medicación (cualquier categoría) sucedieron 50 eventos (4.41 %), por Omisión de proceso de alta/egreso/traslado de paciente 48 eventos (4.24 %), causados por falta de material, equipo e insumos Así mismo, 46 eventos (4.06 %) se deben a falta de material/equipo/insumo, 40 eventos (3.53 %) falta o retraso en el cargo, liberación de medicamento, insumo, equipo y servicio. Por prescripción incompleta ocurrieron 31 eventos (2.74 %) y debido a la Falta de aplicación de Precauciones Basadas en la transmisión, provocan 26 eventos (2.29 %) (Gráfica No. 5).



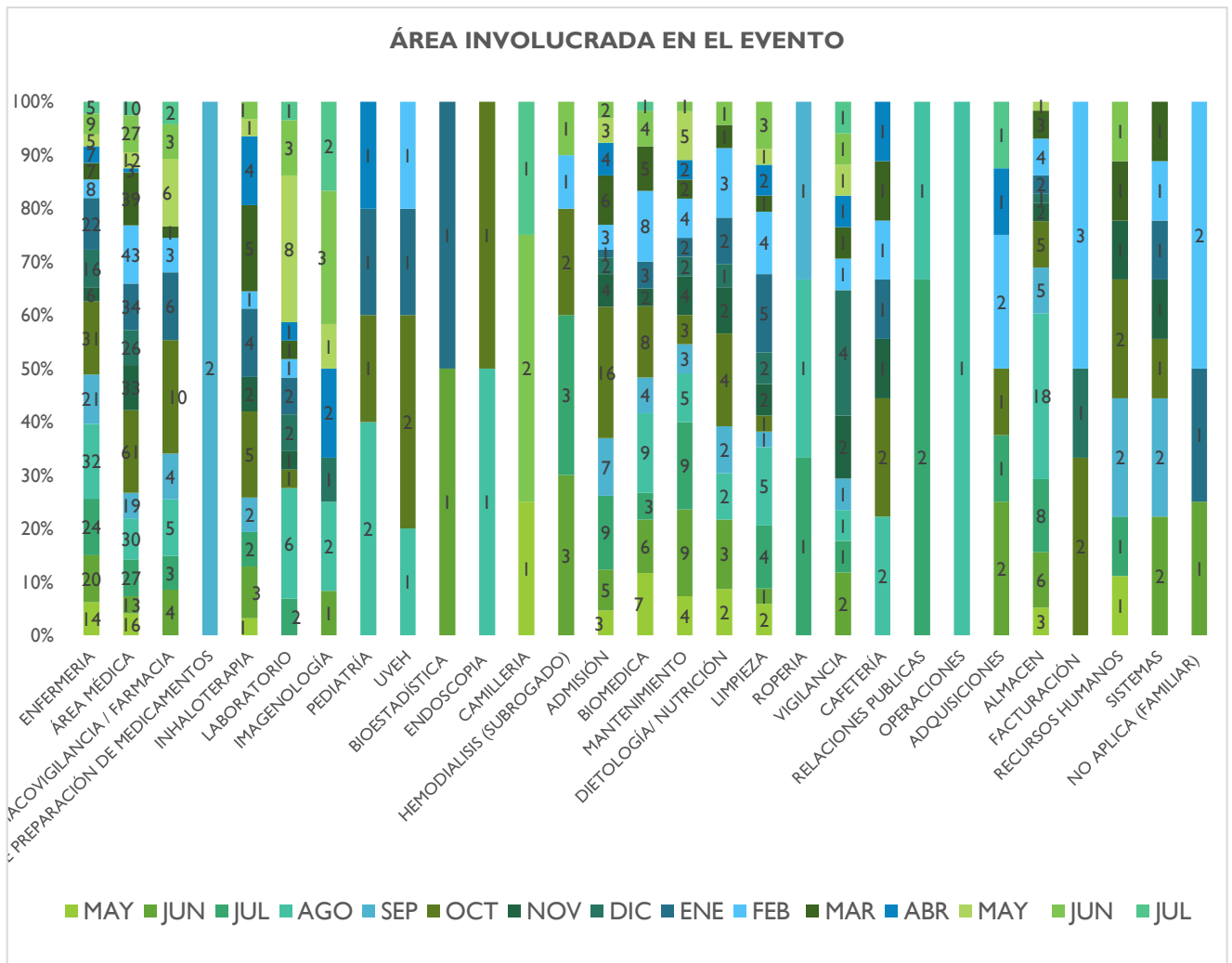
Gráfica 8. Definiciones operativas más frecuentes de los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

El servicio que mayor cantidad de eventos reportó fue el área de Hospitalización con un total de 593 eventos (52.34%), después de este, en el servicio de Quirófano suceden 135 eventos (11.92%). En tercer lugar, el servicio de Urgencias con 112 eventos (9.89%), y la terapia intensiva con 53 eventos notificados. (Gráfica No.6).



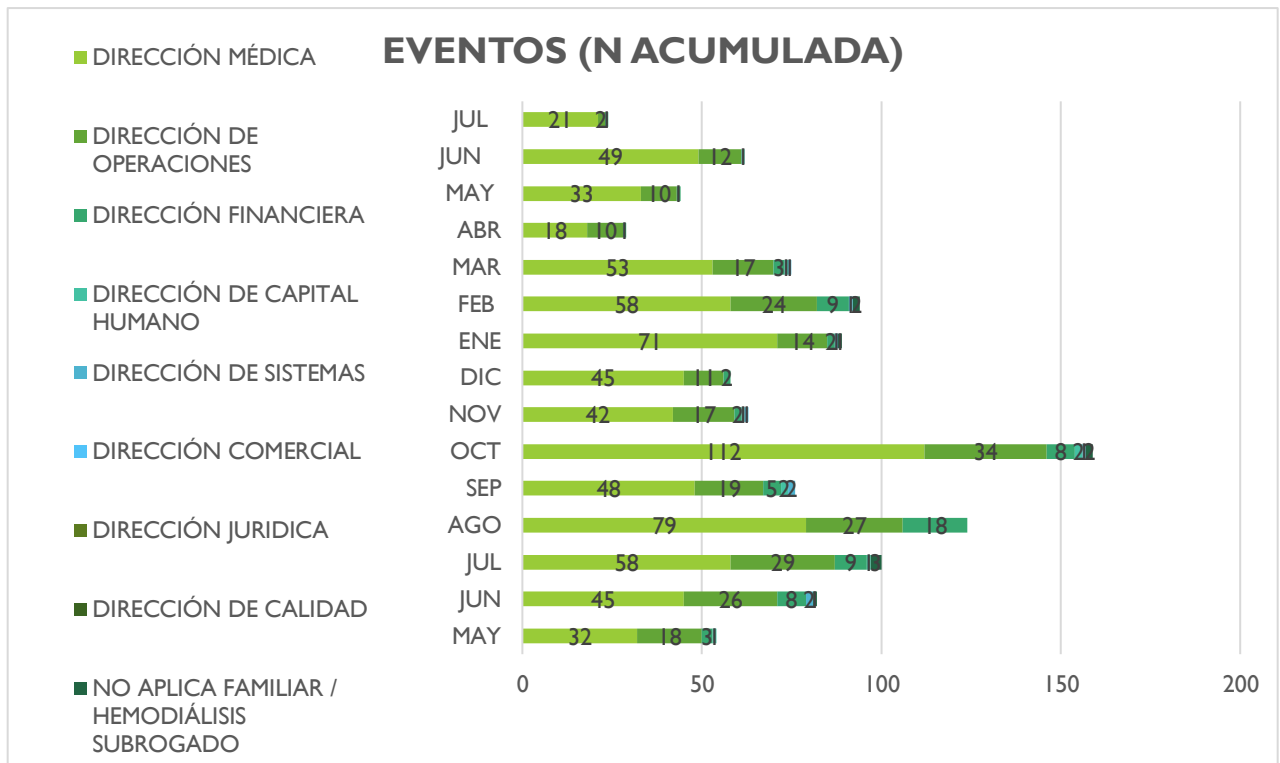
Gráfica 9. Servicio físico donde ocurrieron los eventos reportados del periodo Mayo del 2019 a Julio del 2020.

El Área involucrada (encargada de dar seguimiento) con una mayor cantidad de reportes fue el Área Médica con 393 eventos (34.69%), el Área de Enfermería estuvo involucrada en 227 eventos (20.04%), el Área de Admisión con 65 eventos (5.74%) y el Área de Biomédica con 5.30%. (Gráfica No. 7).



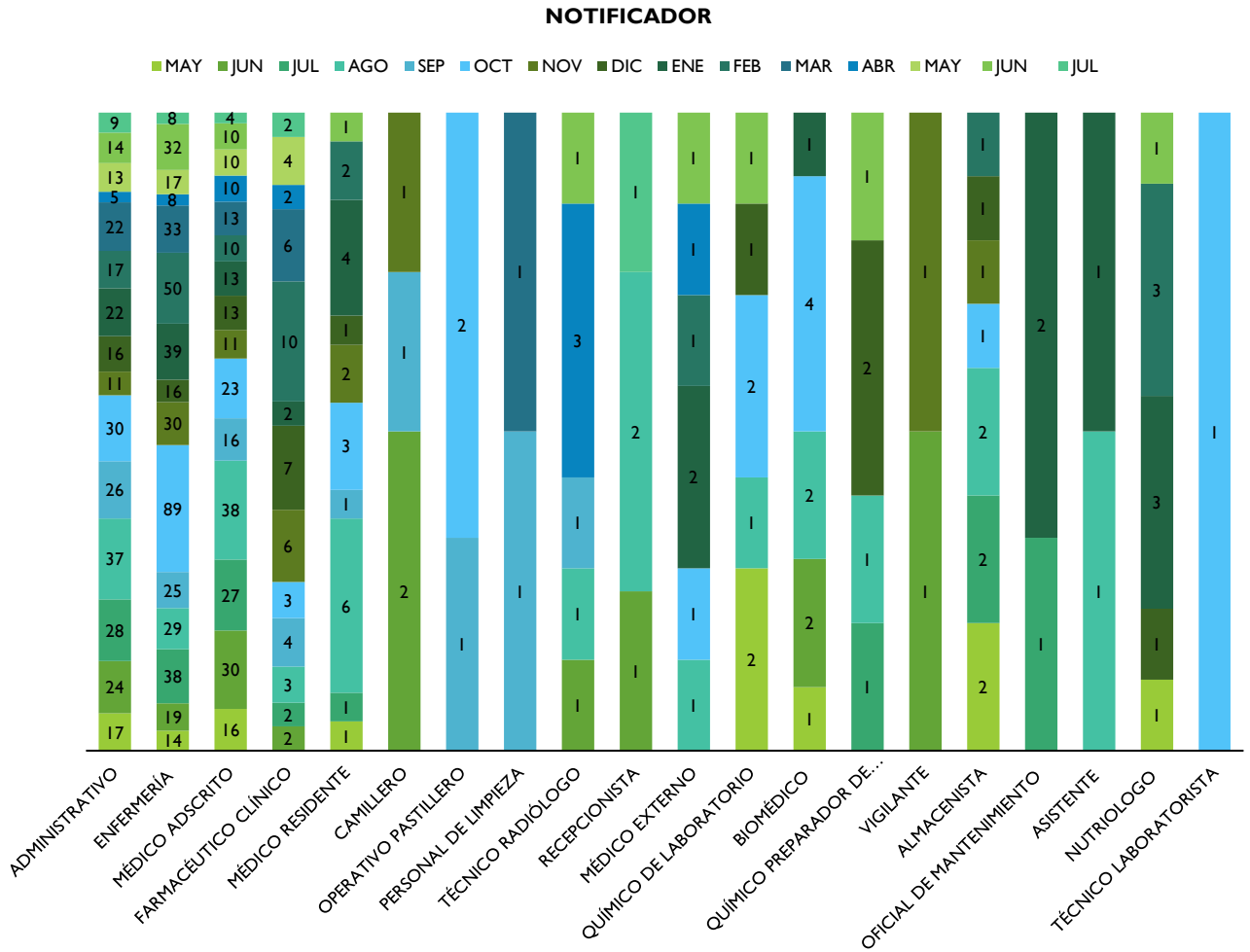
Gráfica 10. Áreas involucradas en los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

La Dirección responsable con mayor número de eventos reportados fue la Dirección Médica con 764 eventos (67.43%), la Dirección de Operaciones con 270 eventos (23.83%) y la Dirección Financiera con 72 eventos (6.35%). (Gráfica No. 8, Gráfica No. 9).



Gráfica 11. Direcciones responsables en los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

El notificador que reportó eventos con mayor frecuencia fue Enfermería con 447 eventos notificados (39.45%), seguido de Administrativos 291 eventos (25.68%), Médico adscrito 244 eventos reportados (21.54%) y Farmacéutico Clínico con 53 eventos (4.68%). (Gráfica No. 10).

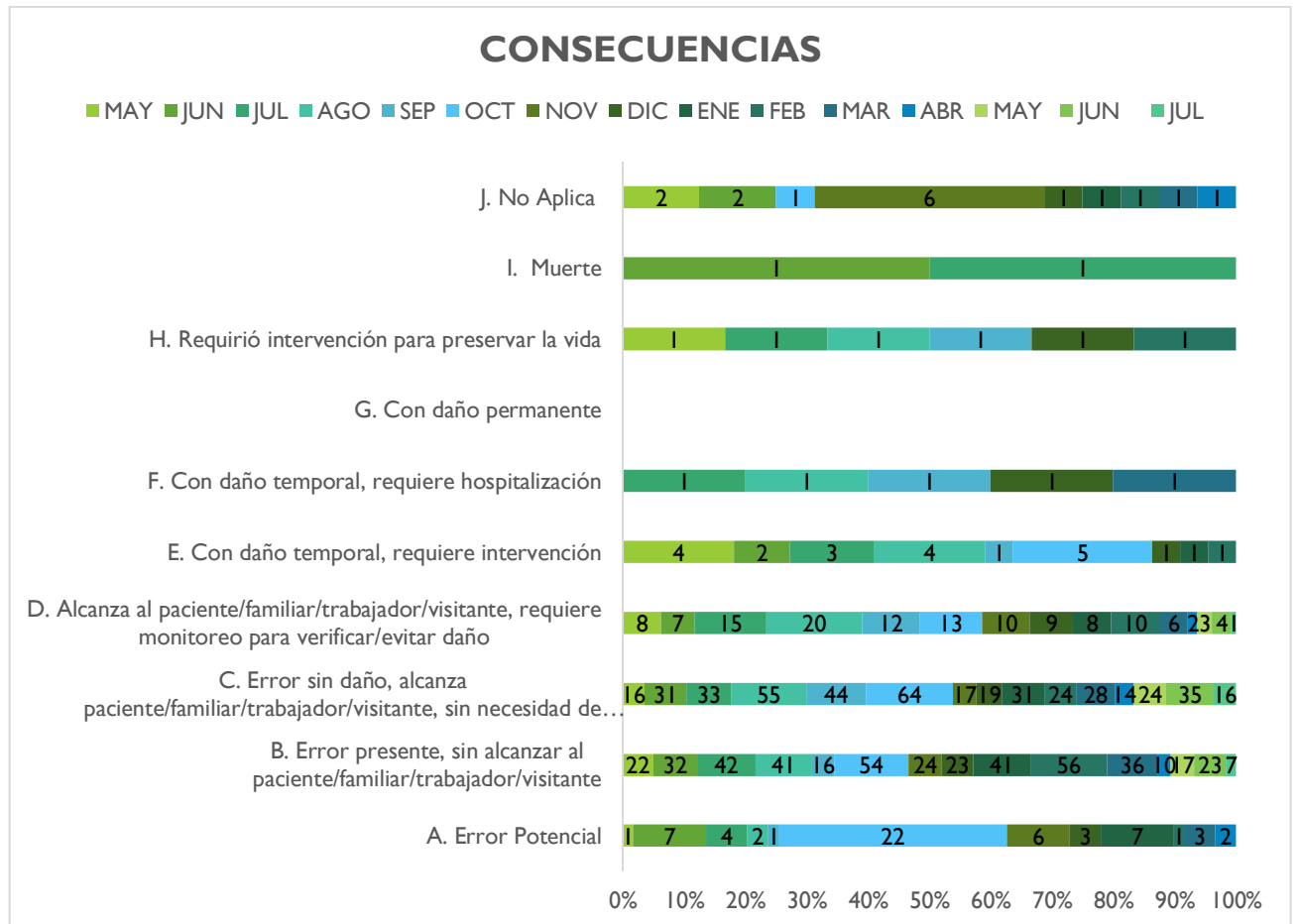


Gráfica 12. Notificadores de los eventos reportados de Mayo del 2019 a Julio del 2020.

Utilizando la categorización de los eventos relacionados por la seguridad del paciente según la gravedad, adaptada de la realizada por NCCMERP. La consecuencia del evento más frecuente fue la de tipo C. (error sin daño, alcanza paciente/familiar/trabajador/visitante, sin necesidad de intervención) con 451 eventos (39.81%), eventos con consecuencias de tipo B. (error presente, sin alcanzar al paciente/familiar/trabajador/visitante) presentó 444 eventos (39.19%), D. (alcanza al paciente/familiar/trabajador/visitante, requiere monitoreo para verificar/evitar daño) 128 eventos (11.30%), y A. (error Potencial) 59 eventos (5.21%). (Gráfica No. 11).

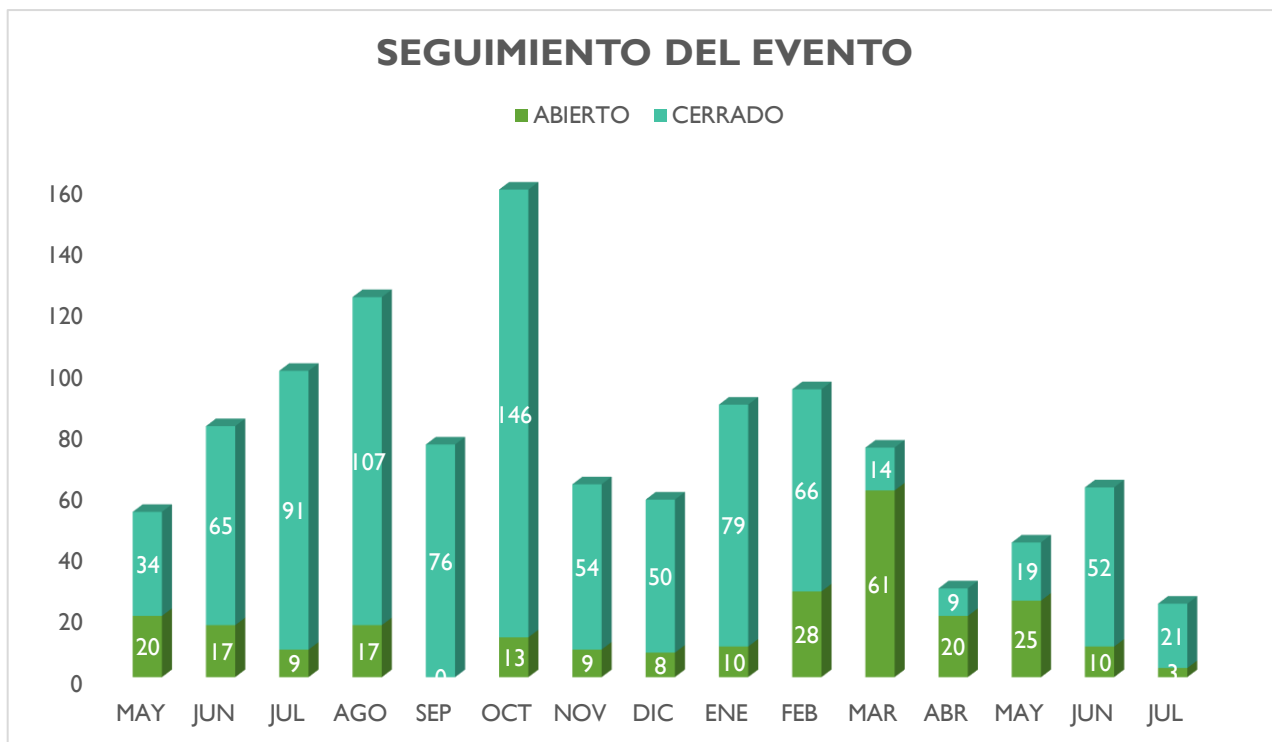
22 eventos tuvieron consecuencias de tipo E (con daño temporal, requiere intervención) 1.94% del total, y 1.41% (16 eventos) No le aplican consecuencias.

El 0.53% (6 eventos) correspondieron a eventos con consecuencias del tipo H (Requirió intervención para preservar la vida) y 0.09 % (1 evento) a un evento con consecuencia tipo I (muerte). No se registró ningún evento con consecuencia de tipo G (Con daño permanente).



Gráfica 13. Consecuencias asociadas a los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.

Durante el período de estudio se realizó seguimiento de 883 (78%) del total de los eventos reportados, de los 250 eventos restantes no se realizó el seguimiento correspondiente (22%).

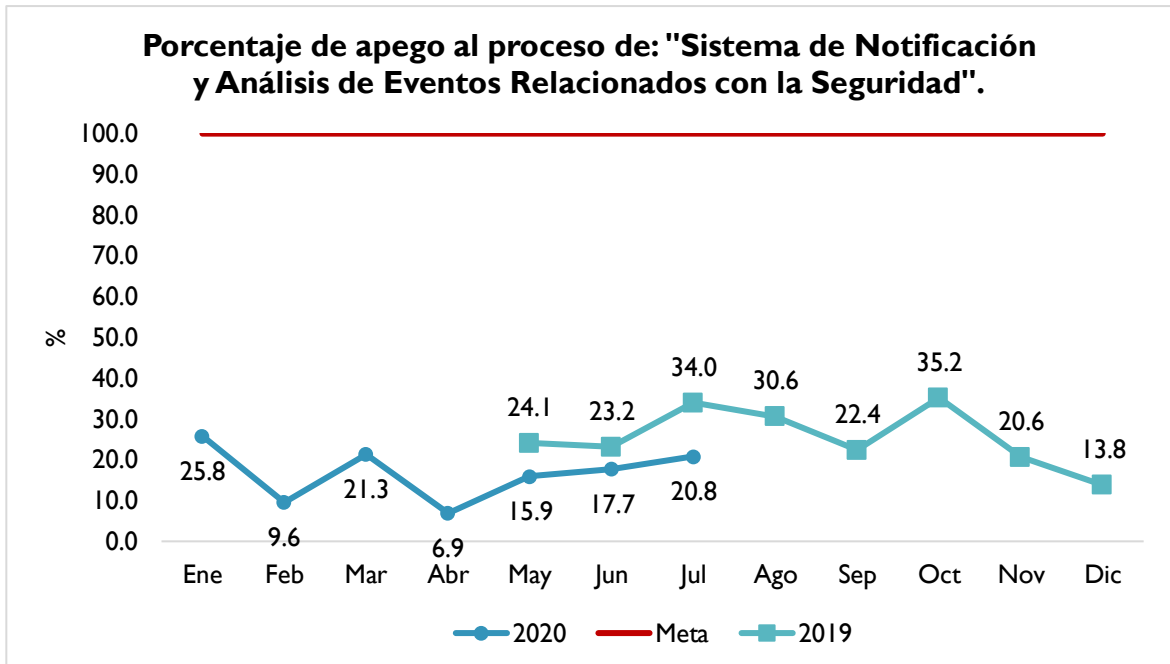


Gráfica 14. Seguimiento de los eventos reportados de mayo del 2019 a julio del 2020.

4.5 Indicadores de proceso y resultado del proceso de notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas

Tabla 2. Porcentaje de apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad”.

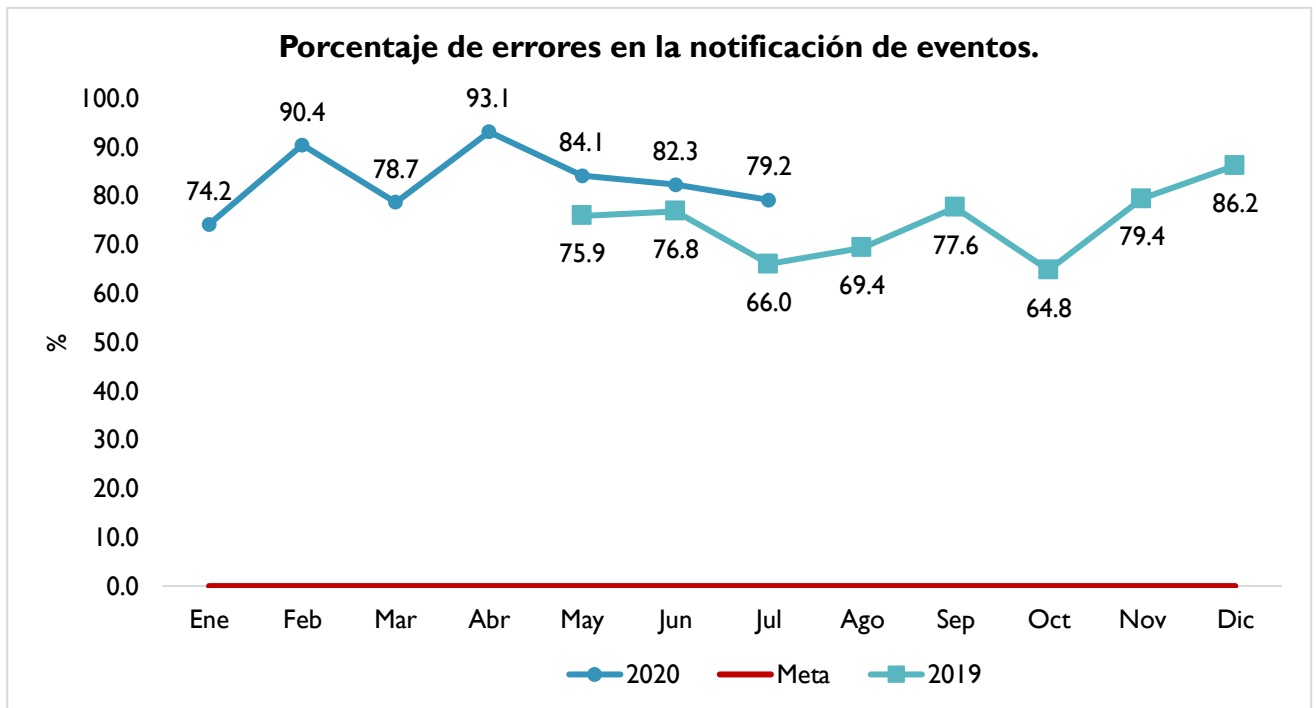
Proceso o programa:	AESP. Notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
Indicador:	Porcentaje de apego al proceso: "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad".
Objetivo:	Identificar, priorizar y gestionar los riesgos y problemas, para mejorar los procesos al realizar cambios de manera proactiva reduciendo o eliminando los errores.
Meta:	100
Métrica	$\% \text{ de apego al proceso} = \frac{\text{Número de eventos notificados con apego al proceso de: "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad"}}{\text{Total de eventos notificados}} \times 100$



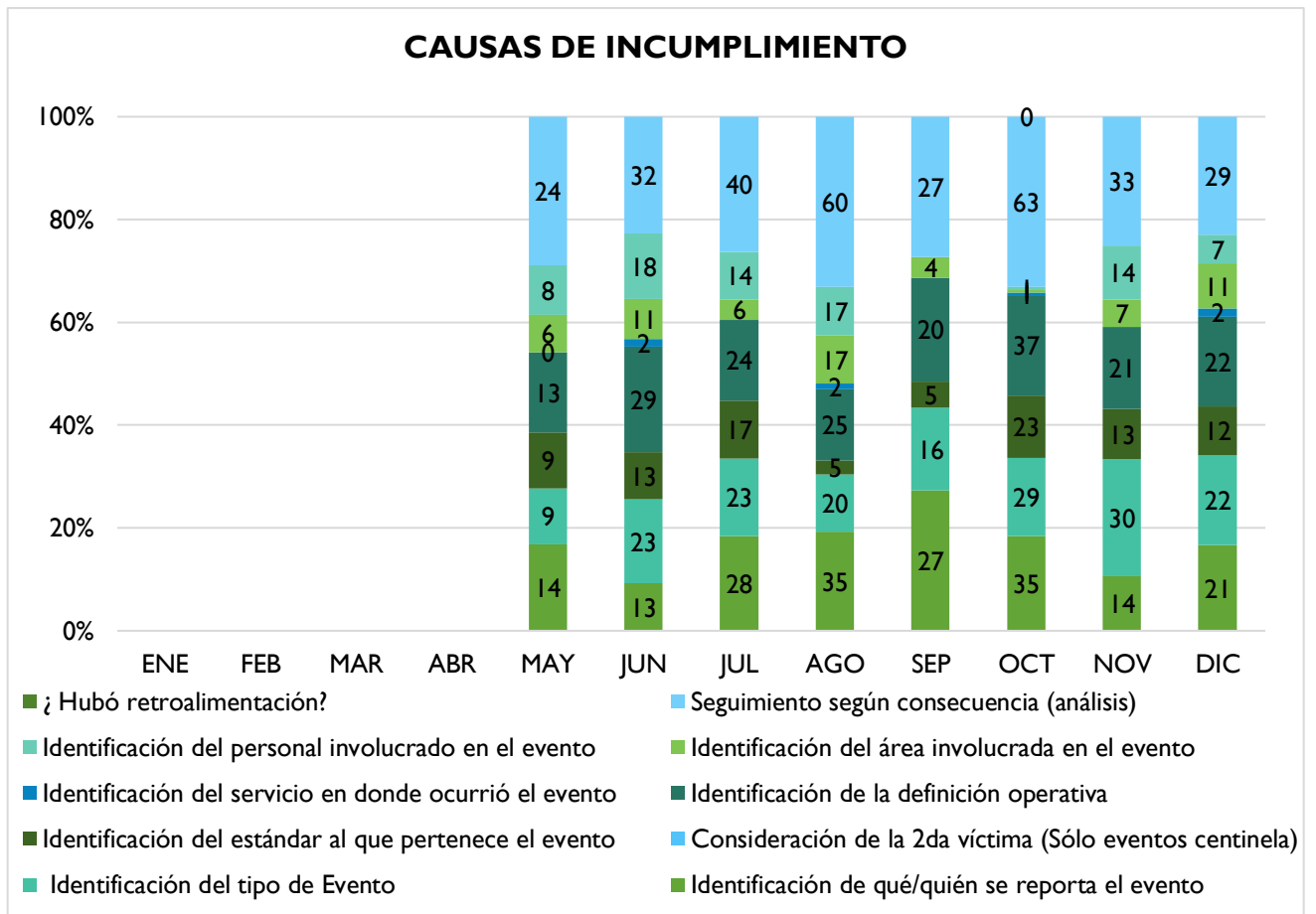
Gráfica 15. Porcentaje de apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad”.

Tabla 3. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad.

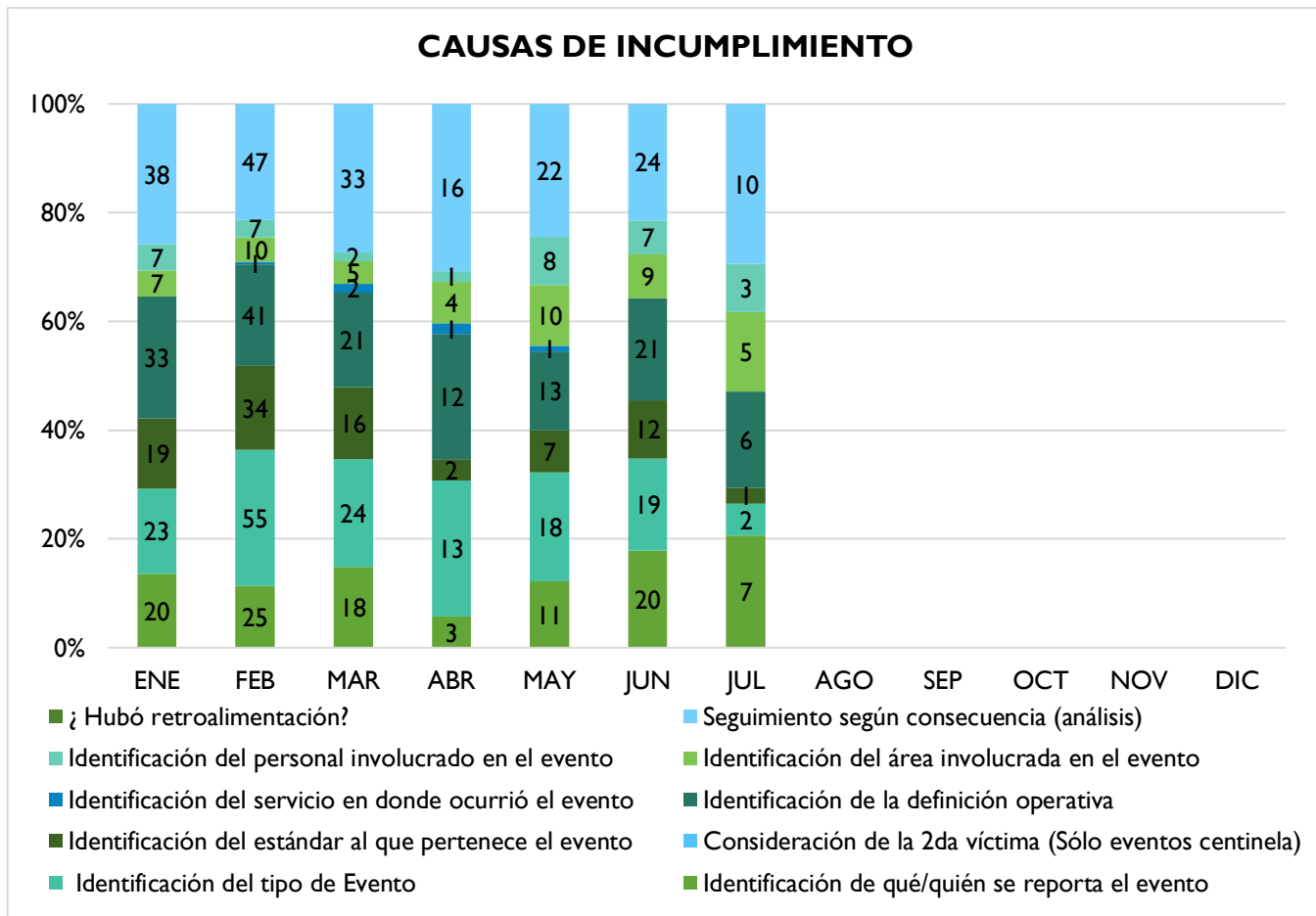
Proceso o programa:	AESP. Notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
Indicador:	Porcentaje de errores en la notificación de eventos.
Objetivo:	Identificar, priorizar y gestionar los riesgos y problemas, para mejorar los procesos al realizar cambios de manera proactiva reduciendo o eliminando los errores.
Meta:	0
Métrica	$\% \text{ de errores en la notificación de eventos} = (\text{Número de errores en la notificación de eventos} / \text{Total de eventos notificados}) \times 100$



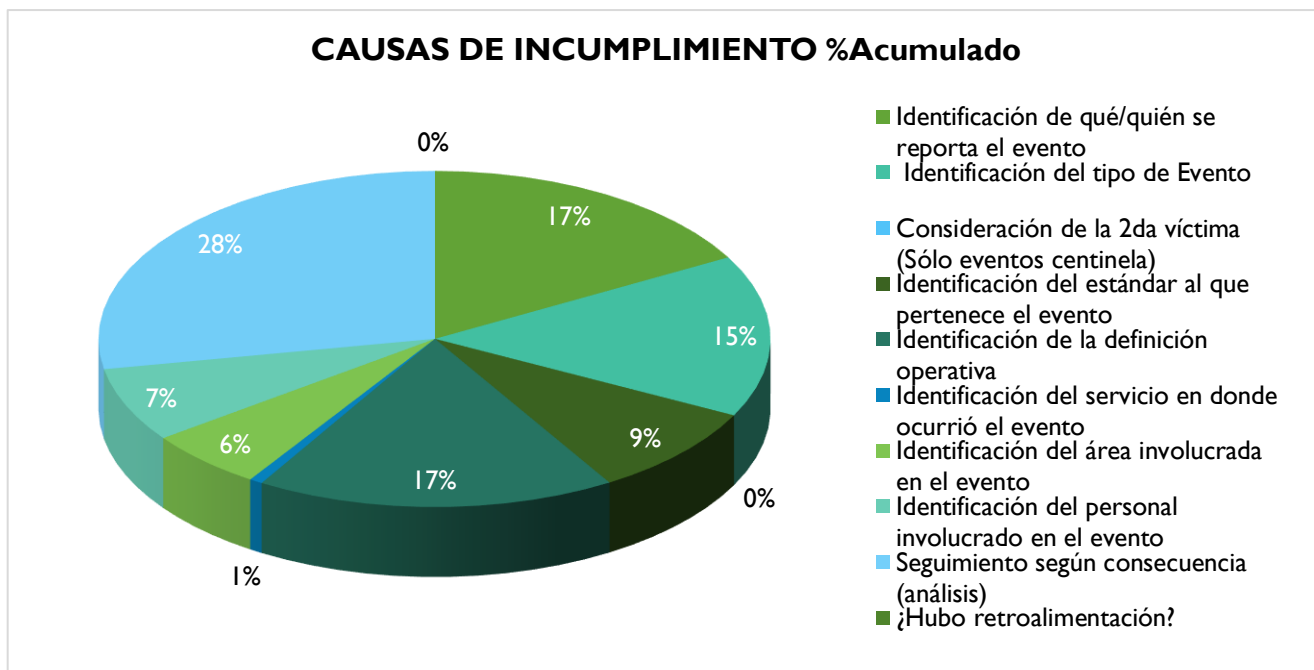
Gráfica 16. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad.



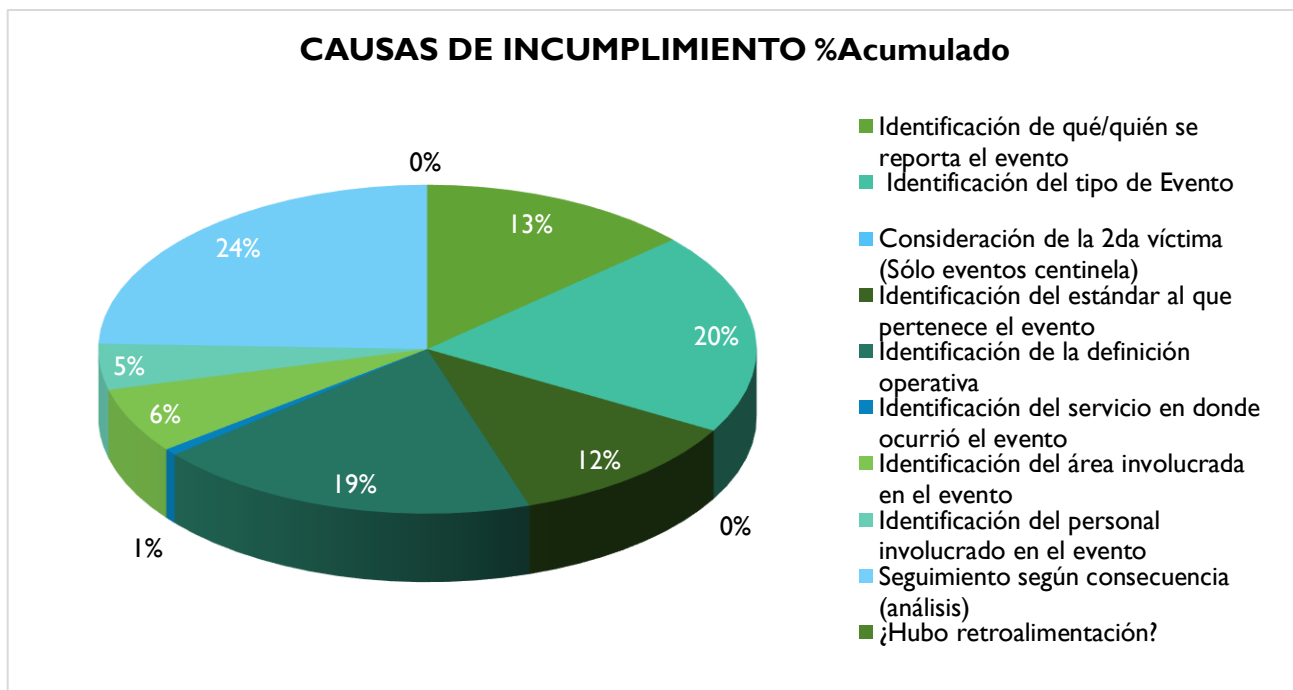
Gráfica 17. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad en el periodo de estudio en el 2019.



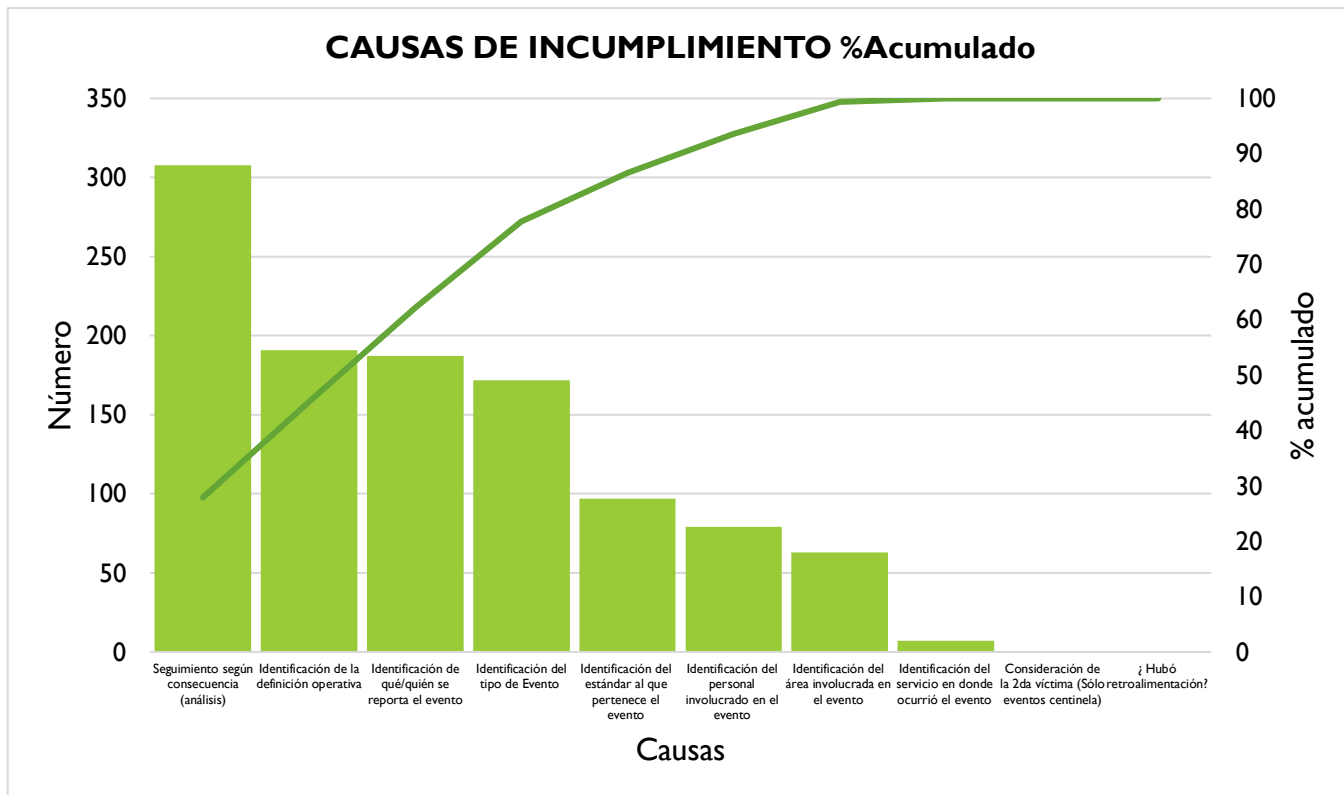
Gráfica 18. Porcentaje de errores en la notificación de eventos relacionados con la Seguridad en el periodo de estudio en el 2020.



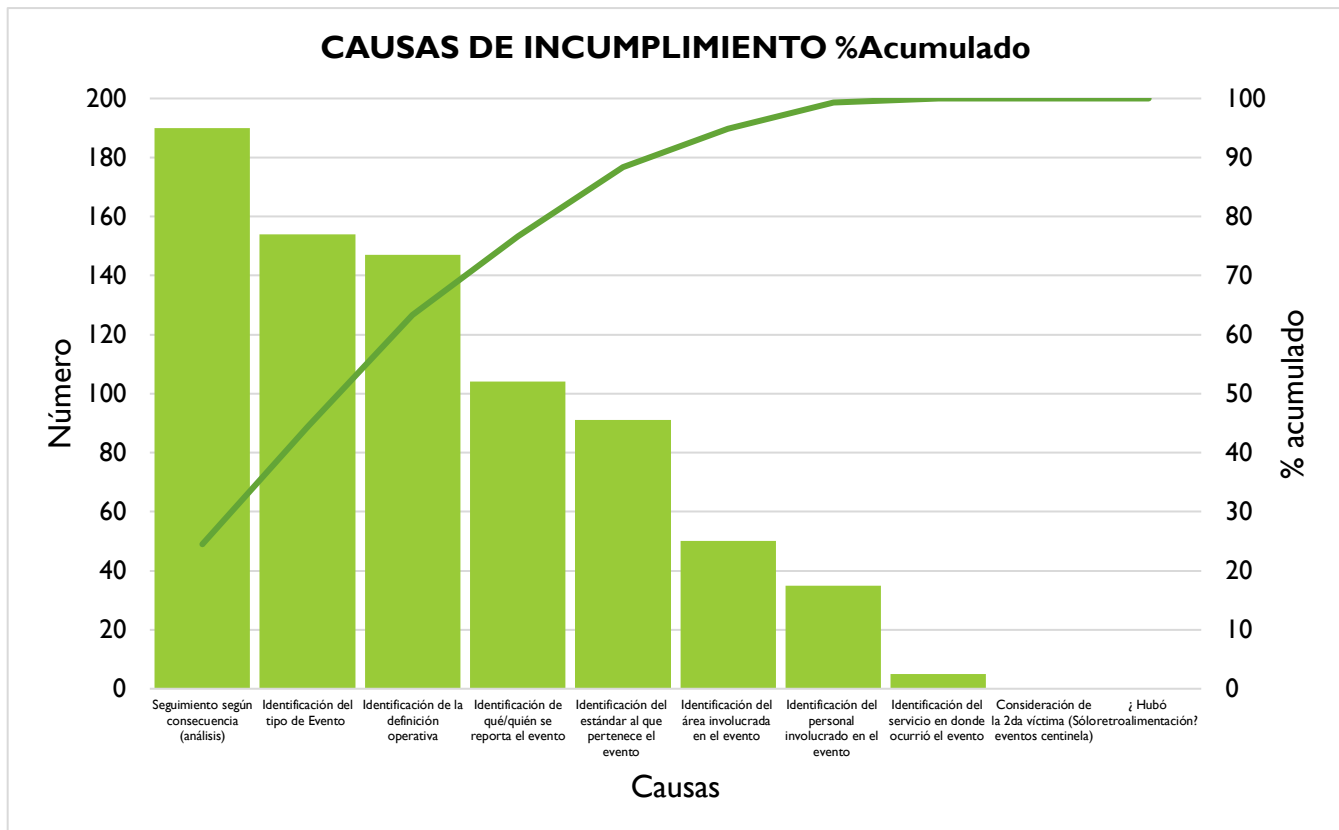
Gráfica 19. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2019.



Gráfica 20. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2020.



Gráfica 21. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2019.



Gráfica 22. Causas de incumplimiento del apego al proceso “Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad” durante el periodo de estudio del año 2020.

4.6 Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente

El cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales fue de carácter confidencial y voluntario para los colaboradores del centro de salud de tercer nivel de atención. De los 570 colaboradores directos de la institución, 538 iniciaron la encuesta, pero 113 de ellos no la completaron. Mientras que 425 colaboradores respondieron la encuesta completa. Por lo tanto, los 32 colaboradores restantes ni siquiera entraron al enlace de la página web donde se realizó la encuesta. Los resultados arrojaron una tasa de respuesta del 74.56%.

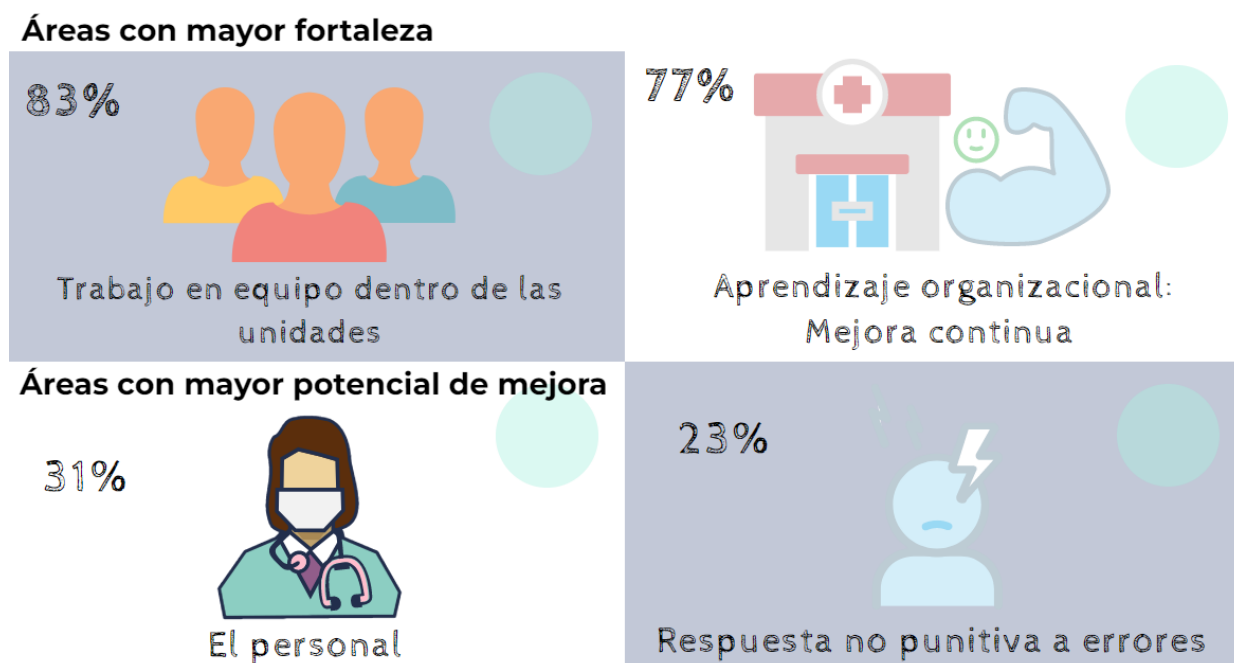
4.7 Características de los encuestados

4.7.1 Áreas y profesiones de trabajo hospitalario con mayor y menor prevalencia

Figura 4. Porcentaje promedio de respuestas positivas a los ítems de la encuesta de cultura de calidad y seguridad del paciente 1.0.



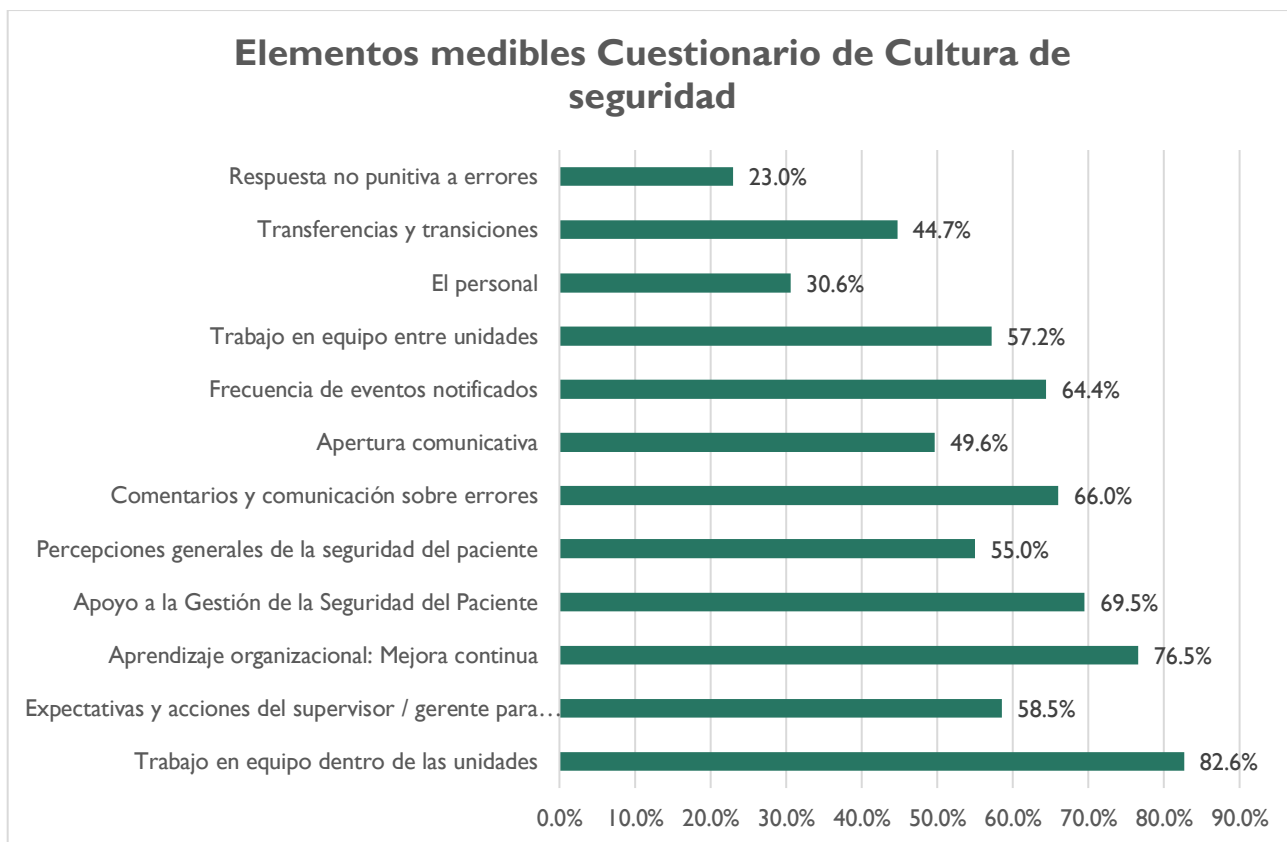
Figura 5. Áreas con mayor fortaleza y con mayor potencial de mejora.



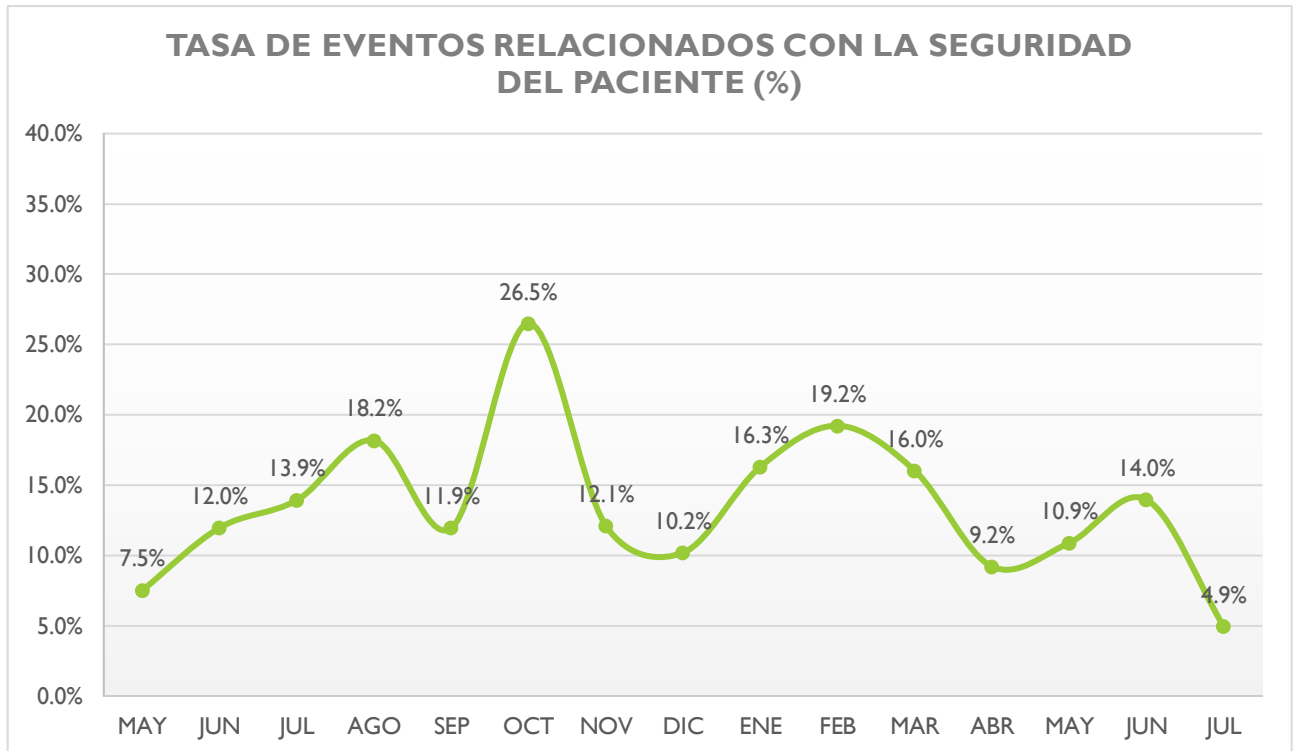
Las áreas de mayor fortaleza fueron: trabajo en equipo dentro de las unidades y aprendizaje organizacional: mejora continua. Las áreas con mayor potencial de mejora fueron: respuesta no punitiva a errores y el personal.

Por otro lado, en lo que se refiere a la percepción global de seguridad del paciente en cada área de trabajo los resultados de la encuesta muestran que el promedio asignado fue de 8.1 (en una escala de 1 al 10; siendo 0 el grado de seguridad más bajo a 10 el más alto).

4.7.2 Análisis por ÍTEMS



Gráfica 23. Dimensiones de los elementos medibles del cuestionario de cultura de seguridad del paciente.



Gráfica 24. Tasa de eventos mensuales relacionados con la seguridad del paciente.

4.8. Relación entre la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente y el Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente

Tabla 4. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
VAR00001 (% cultura de seguridad del paciente)	13	.23	.87	.5885	.18868
VAR00002	13	.08	.27	.1415	.05092
N válido (por lista)	13				

VAR00001= Cultura agregada de seguridad del paciente (%)

VAR00002=Tasa de notificación de eventos relacionados con la seguridad.

Tabla 5. Correlaciones (Rho de Spearman)

			VAR00001	VAR00002
Rho de Spearman	VAR00001	Coeficiente de correlación	1.000	-.143
		Sig. (bilateral)	.	.642
		N	13	13
	VAR00002	Coeficiente de correlación	-.143	1.000
		Sig. (bilateral)	.642	.
		N	13	13

VAR00001= Cultura agregada de seguridad del paciente (%)

VAR00002=Tasa de notificación de eventos relacionados con la seguridad.

V. DISCUSIÓN

En nuestro país, hay muy pocos datos sobre la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente en una unidad hospitalaria. En el año 2010, la OPS/OMS realizó un taller en el que se pretendía llegar a acuerdos para el desarrollo de sistemas de notificación en América Latina. En México, a pesar de que existen algunos sistemas de notificación obligatorios como los sistemas de reporte de infecciones asociadas a la atención sanitaria y de reacciones adversas a medicamentos, el reporte continúa siendo escaso (Organización Panamericana de la Salud, 2013). Las limitadas investigaciones realizadas en México únicamente muestran los eventos reportados en un área específica, o se enfocan en los reportes realizados por personal de área clínica (Zárate *et al.*, 2017; Lagunas *et al.*, 2015). A nivel internacional el panorama es un poco más esclarecedor, ya que hay más informes publicados de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que ocurren de forma mensual y anual en hospitales y clínicas de atención primaria.

En un estudio realizado por el grupo de la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental (EMRO) y la Oficina Regional de África de la OMS titulado "*Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital*" realizado en los países de África del Norte se detectaron 1,277 eventos al realizar la revisión de 15 548 historias clínicas (Wilson, 2012, p. 344). Asimismo, la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington reportó en el año 2002 la notificación de 1,126 eventos relacionados con la medicación en un periodo de 22 meses en el hospital Barnes-Jewish afiliado a esta Universidad. (Desikan, 2005).

Desde el estudio "Una organización con memoria", se estimó una ocurrencia de 850 000 eventos adversos al año en Reino Unido (Donaldson, 2000). En el año 2005 en España, se estudiaron 5624 pacientes y se detectaron 1 063 eventos relacionados con su seguridad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). El Departamento de Medicina del Centro Médico Tufts-New England, en Boston, EE. UU., reportó 92 547 informes de 26 hospitales de cuidados intensivos durante 21

meses (Milch, 2006). En un complejo hospitalario de 877 camas ubicado en São Paulo, Brasil se reportaron 4, 691 eventos ocurridos durante un año, en el período de agosto del 2015 a julio del 2016 (Furini et al., 2019).

En general, resulta complejo realizar comparaciones en el número, tipo, y las consecuencias de los eventos reportados en cada institución nacional e internacional debido a las diferencias en: la capacidad (número de pacientes hospitalizados), las áreas de especialización y la metodología de identificación de los eventos en cada una de ellas. A pesar de ello, es un comienzo que podría incentivar la publicación de los eventos reportados en instituciones nacionales y generar consensos que permitan estandarizar las metodologías en un futuro próximo.

Así, al cotejar con datos reportados por otras organizaciones (Wilson, 2012; Donaldson, 2000; Milch, 2006; Furini, et al., 2019; Da Silva, et al., 2021) es posible notar que el reporte de eventos relacionados con la seguridad en la institución en donde se realizó el estudio se encuentra en desarrollo ya que, comparado con cifras a nivel internacional, hay una gran área de oportunidad para la notificación de eventos. En la presente investigación se pudieron detectar 1133 eventos reportados de forma voluntaria durante los 15 meses estudiados en el sistema de notificación del hospital. (Anexo II tabla 6, Gráfica 1).

Al analizar la demografía del presente estudio, el grupo etario más afectado por eventos relacionados con la seguridad del paciente fueron los adultos (514 reportes que equivalen al 67.54%), debido a su alta hospitalización durante el periodo de estudio. (Anexo II tabla 9, Gráfica 4).

Estos datos son diferentes a los datos de otros estudios realizados, los cuales reportan mayor cantidad de eventos ocurridos a pacientes geriátricos y pediátricos (Luo, et al, 2016; Iddrisu, et al, 2020; Vermeulen, et al, 2018), debido a las condiciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas o concomitantes, un mayor riesgo por uso de polifarmacia, de caerse, el requerimiento de ajuste de dosificación en la medicación; que puede aumentar el

riesgo de errores, estancias hospitalarias prolongadas, mayor uso de recursos, etcétera. En el presente trabajo se reportaron 202 eventos (26.54%) ocurridos a pacientes geriátricos y 45 eventos (5.91%) a pacientes pediátricos. Brennan y Leape destacaron en su estudio que la tasa de eventos adversos se incrementa conforme avanza la edad, sin que existan diferencias en cuanto al género. (Brennan, et al., 2004). Tener información sobre el riesgo de presentar eventos relacionados con la seguridad en los grupos poblacionales podría permitir identificar las áreas de oportunidad en las que hay que implementar barreras de seguridad.

La mayoría de los eventos le ocurrieron a pacientes, familiares, trabajadores o visitantes del sexo masculino (66.14%), aun cuando la mayoría de los pacientes hospitalizados durante este periodo fueron del sexo femenino. (Anexo II tabla 7, Gráfica 3). Aunque no hay datos específicos que puedan explicar estos resultados, existen diversos estudios que han analizado las diferencias clínicas entre los pacientes femeninos y masculinos; entre ellas destacan diferencias fisiológicas, hormonales y genéticas. (Colombo, et al., 2016; Villanueva, et al., 2012). Si bien, no han encontrado diferencias significativas debido a la variación en la gravedad de los eventos ocurridos, la diferencia en los diagnósticos, enfermedades previas, procedimientos realizados, etcétera. Sería importante realizar estudios que comparen eventos de la misma gravedad en pacientes femeninos y masculinos con el mismo diagnóstico y bajo las mismas condiciones de ingreso. Una posible explicación de la alta ocurrencia de eventos en pacientes masculinos podría ser que hubo una mayor cantidad de pacientes masculinos geriátricos que femeninas a los que les ocurrieron eventos relacionados con la seguridad (Anexo II tabla 8), en los cuales existe un mayor riesgo demostrado de que les ocurran eventos relacionados con la seguridad.

La ocurrencia de eventos se presentó más en los pacientes del hospital por ser los que reciben la atención sanitaria. (Anexo II tabla 11, Gráfica 2) Eventos relacionados con la infraestructura hospitalaria, los cuales son de alta relevancia por tener el potencial de afectar la seguridad de un alto número de pacientes, trabajadores, familiares e incluso visitantes. En diversas investigaciones se ha

evidenciado que estos eventos no son extraordinarios, si no que forman parte de las carencias ordinarias del sistema de salud, ponen en peligro la seguridad del paciente y pueden aumentar la mortalidad hospitalaria, por lo cual resulta tan importante realizar acciones al respecto. (Khorram-Manesh, et al., 2009).

La ocurrencia de estos problemas en los trabajadores fue menor, sin embargo, también deben ser analizados con el fin de promover un ambiente hospitalario seguro y adecuado para todos. Finalmente, un porcentaje muy bajo sucedieron a familiares y visitantes. (Anexo II tabla 11, Gráfica 2).

La mayoría de los eventos reportados ocurrieron durante el turno matutino (46.13%). (Anexo II tabla 10, Gráfica 5). Otros estudios (Da Silva, et al., 2021; Furini et al., 2019; Milch, 2006) reportaron datos similares, lo que podría estar relacionado con que en este horario se realizan la mayoría de las acciones, como los procedimientos quirúrgicos, las consultas, las tomas de laboratorios, las visitas médicas, etcétera. Además, durante las mañanas, un número elevado de profesionales de la salud asisten a las unidades sanitarias, lo cual explicaría el predominio de eventos reportados durante este turno.

Al analizar la tendencia de reportes durante el período analizado (Anexo II tabla 6, Gráfica 1), es notable que, al inicio de la implementación del sistema electrónico, el número de reportes se mantuvo bajo: en el primer mes (mayo de 2019) se reportaron únicamente 54 eventos. Sin embargo, al siguiente mes después de la capacitación, aumentó el reporte de eventos a 82 hasta alcanzar un pico máximo en octubre: en donde se reportaron 159 eventos. En noviembre, disminuyó abruptamente a 63 eventos, y durante 2020 la tendencia bajó probablemente por la pandemia causada por el virus de SARS-CoV-2, ya que implicó alta rotación de personal y un alto desgaste para los colaboradores por el aumento de la carga laboral.

A lo largo de los 15 meses estudiados, es posible observar el predominio del reporte de eventos adversos (686, 60.55%) sobre las cuasifallas (446, 39.36%) que se

encuentran en menor proporción.⁵ (Anexo II tabla 12, Gráfica 6) Esto podría estar relacionado con la infranotificación de eventos relacionados con la seguridad y con la minimización de la importancia del reporte de las cuasifallas al no verse un impacto directo.

Es importante señalar que, en el mes de junio, se presentó un evento centinela de tipo muerte materna que corresponde al 0.09% del total de eventos reportados. Una ocurrencia muy baja si es comparado con la notificación a nivel internacional.⁶ Se realizó el análisis de la causa de dicho evento para detectar oportunidades de mejora, y un plan de monitorización permanente sobre la efectividad de los cambios realizados.

5.1 Categorías de los tipos de incidentes

De acuerdo con la clasificación por estándares asociados, la principal categoría en la que se agrupan la mayoría de los eventos notificados fue “Otros” (Anexo II tabla 13, Gráfica 7) esto puede deberse a la gran variedad de tipos de eventos ocurridos y la dificultad para categorizarlos. Sería importante que durante la capacitación del personal se haga énfasis en lo que involucra cada estándar para lograr una identificación adecuada de la clasificación del evento. En segundo lugar, el estándar con más eventos notificados fue Manejo y Uso de Medicamentos, algo esperado, debido a la amplia documentación de la ocurrencia de estos. (Allard, J., et, al. 2002, 255-265)

⁵ De acuerdo con el Instituto de Medicina de EE. UU., aunque las cuasifallas son más frecuentes que los eventos adversos, el reporte de estos últimos es más común. Sin embargo, el análisis de datos de las cuasifallas brinda la oportunidad de diseñar sistemas que puedan prevenir eventos adversos. El Instituto de Medicina de EE. UU. señala que es preferible tener un mayor número de cuasifallas reportadas, ya que esto indica si es una organización proactiva y no reactiva (Institute of Medicine US, 2004).

⁶ Por ejemplo, en las estadísticas presentadas por la *Joint Commission* sobre los eventos centinela ocurridos del año 2005 al año 2020, se reportaron como mínimo 517 eventos. Los eventos centinela más reportados fueron caídas, retención involuntaria de un objeto extraño, suicidio, cirugía incorrecta y retraso en el tratamiento (Joint Commission, 2020). Sin embargo, lo deseable en una organización es que nunca se presenten eventos de este tipo. Ante ello, lo que distingue a las organizaciones de mayor calidad es responder ante los eventos centinela y eventos adversos ocurridos para mejorar los procesos y para evitar su ocurrencia en el futuro.

Los 1133 registros de eventos se clasificaron en 126 definiciones operativas. (Anexo II tabla 14, Gráfica 8). Sin embargo, la mayoría de estos ocurrieron con poca frecuencia. Las categorías con mayor ocurrencia están relacionadas con registros, quejas, falta de materiales y manejo clínico. Por otra parte, el evento más común fue el relacionado con la seguridad fue “Retraso en la realización de un estudio/procedimiento/consulta/Interconsulta,” que corresponde al 11.03 % (125) de los eventos reportados, además, implica un riesgo potencial a nivel organizacional que pudo causar daños al paciente en contextos de urgencia.

Un alto número de eventos estuvo relacionado con el “Incumplimiento al llenado del expediente clínico” (Anexo II tabla 14, Gráfica 8), puesto que acumuló 102 (9%). Lo cual puede propiciar la ocurrencia de errores que causen algún daño al paciente, puede ser el llenado incorrecto de la prescripción médica. Esto puede implicar una dosis de medicamentos incorrecta, la cual puede tener una consecuencia grave para el paciente.

El número de eventos relacionados con quejas fue de 79 (6.97%), 56 eventos (4.94%) se centraron en el personal no capacitado en las funciones asignadas. También se registraron 50 (4.41%) errores de medicación, y en cuanto a la omisión del proceso de alta y traslado del paciente hubo 48 eventos (4.24%) Igualmente, se presentaron 46 (4.06%) eventos relacionados con la falta de material, equipo e insumos, 40 (3.53%) por falta o retraso en el cargo o liberación de medicamentos, insumos, equipos y servicios, 31 por la prescripción incompleta de medicamentos y 26 (2.29%) por falta de aplicación de precauciones basadas en la transmisión. (Anexo II tabla 14, Gráfica 8)

El análisis de los eventos adversos que se ha realizado en la institución desde el inicio de la implementación del sistema electrónico de reportes, hasta el momento, basado en la revisión de incidentes, puede considerarse reactivo, esto quiere decir: reaccionar ante los eventos que van ocurriendo. De acuerdo con el Instituto de Medicina de EE. UU., una alternativa para prevenirlos puede lograrse mediante la identificación de las principales causas de los eventos presentados con mayor frecuencia para posteriormente realizar un análisis general con los datos obtenidos

del periodo de estudio. Esto posibilita enfocar los esfuerzos para mejorar principalmente el retraso en la realización de un estudio, de un procedimiento de consulta, Interconsulta y sobre el llenado del expediente clínico.

El sitio donde ocurrieron la mayoría de los eventos reportados fue el área de hospitalización, con un poco más del cincuenta por ciento de los eventos totales, (593, 52.34%). (Anexo II tabla 15, Gráfica 9) Este fenómeno tiene explicación, puesto que es ahí donde se atiende a la mayoría de los pacientes y el personal está muy activo. Sin embargo, al ser un área con dichas características, debería ser más fácil identificar cualquier evento directamente relacionado con los pacientes y donde es vital dar un seguimiento inmediato con el fin de disminuir las consecuencias que podrían tener o para evitar su ocurrencia.

El quirófano fue el segundo lugar con mayor número de eventos, dando un total de 135 (11.92%), mientras que, en el área de urgencias ocurrieron 112 eventos (9.89%) y en terapia intensiva se dieron 53 eventos (4.68%). (Gráfica 9).

Las áreas anteriormente mencionadas al ser críticas conservan un mayor riesgo de que se presenten eventos relacionados con la seguridad. De acuerdo con un artículo publicado en Colombia (*“Adverse events in critical care: Search and active detection through the Trigger Tool”*) sobre eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos, se reportaron 178 eventos adversos en 48 individuos, lo que en promedio significa que hubo 4 eventos por paciente. (Molina, 2018, p. 9-15). Estos pacientes presentaron características comunes como: presencia de comorbilidades, dependencia física, alta estancia hospitalaria, postración continua, utilización de polifarmacia, medicación de alto riesgo o con requerimiento de monitorización y edad avanzada; factores de riesgo que podrían contribuir a la alta incidencia de eventos relacionados con la seguridad en estas áreas.

La dirección médica fue responsable de 764 eventos (67.43%) (Anexo II tabla 17, Gráfica 11), correspondiendo al área médica 393 eventos (34.69%) y 227 eventos (20.04%) el área de enfermería. (Anexo II tabla 16, Gráfica 10). La dirección de operaciones fue responsable de 270 eventos (23.83%), (Anexo II tabla 17, Gráfica

11) en donde las áreas de admisión (65, 5.74%) y biomédica (5.30%) estuvieron implicadas con la mayor cantidad de eventos. (Anexo II tabla 16, Gráfica 10) Cabe destacar que la dirección financiera estuvo involucrada en 72 (6.35%) de los eventos reportados. (Anexo II tabla 17, Gráfica 11).

De acuerdo con la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), los reportes que más se registran provienen de los profesionales de primera línea, es decir, quienes están en contacto directo con los pacientes y se ven involucrados directamente en su atención clínica y con los eventos relacionados con la seguridad de forma más estrecha. Esto es posible saberlo porque el personal notifica de lo sucedido mediante un sistema voluntario.

En concordancia con la investigación de la AHRQ, sucedió que el personal con mayor frecuencia de notificación fue el área de enfermería con 447 eventos notificados (39.45%). (Anexo II tabla 18, Gráfica 12) Un dato similar a los reportados en estudios publicados, tales como el realizado en el Departamento de Medicina de Boston en donde casi el 50% de los reportes fueron realizados por Enfermería (47%) (Milch, 2006). También en un estudio realizado por Zárate y colaboradores en México en el año 2017, se registraron 540 eventos reportados por el área de enfermería durante 18 meses en cinco institutos de salud y un hospital de alta especialidad.

El personal administrativo también se involucró en la notificación de eventos (291, 25.68%), (Anexo II tabla 18, Gráfica 12) lo cual es un aspecto positivo porque indica que el sistema de notificación de eventos funciona entre toda la organización. Pese a esto, aún es necesario ampliar esta práctica en más áreas dados los resultados.

El personal del área médica notificó un total de 224 eventos (21.54%) (Anexo II tabla 18, Gráfica 12) un dato mayor a lo reportado en estudios internacionales, en donde cerca del 2% de los informes corresponden a esta área. Por ejemplo, en un estudio publicado en 2008 en la revista *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, se indica que la mayoría de los reportes provienen del área de

enfermería con un 45.3 % de la participación, cuando el área médica únicamente informó cerca del 1.1% (Rowin *et al.*, 2008).

El número de reportes sobre eventos fue menor en el área de farmacéuticos clínicos con 53 eventos (4.68%) (Anexo II tabla 18, Gráfica 12), cifras que se explican por la poca participación del personal de dicha área. Ello se podría deber a la reciente incorporación en el sector de salud mexicano. En el artículo “Notificación Electrónica Voluntaria de Errores Médicos y Eventos Adversos” (Milch, 2006), los farmacéuticos y técnicos de farmacia fueron responsables de la notificación de cerca del 16% de los eventos reportados en 26 hospitales de atención crítica en los EE. UU. en un sistema de notificación voluntario. En perspectiva comparada, con países desarrollados hay retrasos significativos en la participación como notificadores de eventos.

Los eventos reportados fueron catalogados de acuerdo con la clasificación de la NCCMERP de acuerdo con las consecuencias que tienen y las intervenciones que requieren, adaptada al hospital de estudio. Los eventos con consecuencias más frecuentes fueron del tipo C (error sin daño, que alcanza a pacientes, familiares, trabajadores y visitantes) que correspondió al 39.81% (451) de los eventos reportados y del tipo B (error presente, no alcanza al paciente, al familiar, al trabajador o al visitante) que representan el 39.19% (444). (Anexo II tabla 19, Gráfica 13).

Ahora bien, el 11.30% (128) corresponde a los eventos con consecuencias de tipo D (alcanzan al paciente, familiar, trabajador, o visitante, y requieren monitoreo para verificar o evitar daños) y 22 eventos con consecuencia de tipo E (Con daño temporal, requiere intervención). De los eventos con consecuencias de tipo A (error potencial) se reportaron 59 eventos que corresponden al 5.21% de la totalidad recabada. Anexo II tabla 19, Gráfica 13).

De acuerdo con los resultados obtenidos, aún hay predominio de eventos en los que el error está presente, alcanzan al paciente, y/o requirieron alguna intervención (como prolongación de la estancia hospitalaria, reanimación, uso de más

medicación etcétera), en cambio los errores potenciales (que no alcanzan al paciente) quedaron en cuarto lugar. Diferentes estudios (Bañeres, et al., 2005; Shaw, et al., 2005; Gutierrez, et al., 2008) han demostrado que los errores potenciales son una oportunidad para obtener información sobre la cascada de sucesos que llevan a la ocurrencia de eventos adversos con el fin de analizar las condiciones latentes y disminuir la ocurrencia de consecuencias graves sobre el paciente, por lo cual es preferible que los errores potenciales o los eventos que no alcanzan al paciente sean los que predominen, antes que los que tienen consecuencias directas en los pacientes.

Finalmente, sólo el 0.53% (6 eventos) y % (1 evento) correspondieron a las consecuencias de tipo H (requirió intervención para preservar la vida de los pacientes) y del tipo I (muerte) Anexo II tabla 19, Gráfica 13), que, aunque se encuentran con frecuencias bajas es necesario realizar análisis exhaustivos que permitan llegar al origen de dichos eventos y evitar su ocurrencia.

Al finalizar la recopilación de todos los eventos reportados, fue pertinente emplear la Metodología de los Cinco porqués⁷ para el análisis de las cuasifallas y los eventos adversos y el análisis causa-raíz⁸ en el caso de los eventos centinela. La cual enriquece a la organización en los aspectos de seguridad del paciente. El seguimiento con la metodología de los 5 Porqués mostró que 883 eventos del total, es decir, el 78% fueron atendidos mediante propuestas de mejora y su implementación, mientras que el 22% restante permanece en espera de su análisis y resolución. (Anexo II tabla 20, Gráfica 14).

Se obtuvo una amplia tasa de respuesta en el seguimiento de los eventos lo cual podría ser una de las causas del descenso del número de eventos reportados,

⁷ Metodología de los cinco porqués, consiste en una serie de preguntas que buscan encontrar la causa o causas principales para realizar el análisis de problemas, en este caso de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

⁸ Análisis causa - raíz, es un proceso secuencial de preguntas estructuradas para descubrir errores latentes subyacentes en un suceso centinela. Se orienta al proceso, por lo que supone una revisión exhaustiva de los elementos que lo integran (personas, equipos, procedimientos, información, entornos, contingencias externas, etc.). Finalmente, se exponen algunas recomendaciones para la prevención de errores dirigidas a los pacientes y centradas en su participación activa en el proceso asistencial. (López, et al, 2005).

aunque no es posible afirmarlo debido a las posibles variantes como la infra notificación o la notificación incompleta, sin embargo, aún se requiere mejoría en la aplicación de la metodología, ya que en algunos casos los encargados del análisis no profundizan adecuadamente en llegar a la causa principal.

5.2 Indicadores

Como menciona el Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, “para que un servicio sea de calidad, tiene que cumplir adecuadamente con los atributos que dicho servicio debería tener”. Así, el servicio de salud debe evitar que ocurran eventos adversos, eventos centinela o cuasifallas que afecten el sistema de seguridad del paciente, como consecuencia directa del proceso de atención médica (Secretaría de Salud, 2013, p. 5).

En este estudio, se revisó el grado de apego al proceso de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad, para determinar si los eventos notificados cumplían con las definiciones operativas, los criterios mínimos de notificación y de cumplimiento del seguimiento. Para ello, se utilizaron los indicadores de proceso y resultado.

En el indicador de proceso (Tabla 2). Durante el 2019, el porcentaje de apego al proceso del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente fue bajo, el máximo obtenido fue en el mes Octubre con 35.2 % de apego al proceso. (Anexo II tabla 21, Gráfica 15). Lo cual pudo ser justificado por la implementación del proceso cuando los colaboradores no contaban con experiencia en el uso del sistema de notificación electrónico. Sólo en octubre se obtuvo el máximo obtenido de apego al proceso, con 35.2 % cuando ya habían pasado 6 meses de su implementación. (Anexo II tabla 21, Gráfica 15).

El indicador de resultado mide el porcentaje de errores en la notificación de eventos, (Tabla 3). Este indicador fue congruente con lo observado durante el proceso. De este modo, el máximo observado fue en el mes de diciembre con un 86.2% de errores (Anexo II tabla 22, Gráfica 16), que corresponde con lo observado en el

indicador de proceso, donde el porcentaje de cumplimiento en este mes fue del 13.8%. (Anexo II tabla 21, Gráfica 15).

En el año 2020, también se observó un bajo apego al proceso, el máximo obtenido fue de 25.8% en el mes de enero (Anexo II tabla 21, Gráfica 15), congruente con el 74.2% de los errores en la notificación de eventos. (Anexo II tabla 22, Gráfica 16).

Así, durante 2020 el porcentaje de apego fue menor que durante 2019, debido al inicio de la pandemia de COVID-19, lo que ocasionó una alta tasa de rotación de personal no capacitado en los procesos hospitalarios incluyendo el reporte de los eventos relacionados con la seguridad del paciente. Esto se puede asociar a las limitaciones en la capacitación de personal a causa del aislamiento y de las limitaciones de equipo tecnológico necesario para la notificación en las áreas críticas.

Los resultados obtenidos muestran lo siguiente. Mientras que el indicador de proceso va hacia la baja al no tener un buen apego al proceso de notificación, el indicador de resultado va hacia la alta por un elevado porcentaje de errores en la notificación. A través de los análisis realizados, se observó que las principales causas del incumplimiento al proceso durante el año 2019 fueron la falta de identificación correcta del seguimiento según la consecuencia (27.9%), la identificación de la definición operativa (17.3%) y la identificación de la persona que reporta el evento (16.9%). (Anexo II tabla 27, Gráfica 17). Durante 2020, el incumplimiento se debió a la falta de identificación correcta del seguimiento según consecuencia (25%), la identificación del tipo de evento (18.9%) y la identificación de la definición operativa (18.1%). (Anexo II tabla 28, Gráfica 18).

Aún son persistentes los errores en la notificación, por lo que es necesario implementar la capacitación sobre este sistema de notificación, de modo que aumente el reporte de eventos adversos a la seguridad, la calidad de la información dada y la identificación de las causas. Para mejorar esta área de oportunidad, se requiere de la capacitación continua en el sistema de notificación, así como el seguimiento por los jefes de servicio y el área de calidad.

5.3 Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente

La Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente versión 1.0 nos permitió evaluar cómo los colaboradores hospitalarios perciben las 12 dimensiones de cultura de seguridad medidas:

- Trabajo en equipo dentro de las unidades
- Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente
- Aprendizaje organizacional: Mejora continua
- Apoyo a la Gestión de la Seguridad del Paciente
- Percepciones generales de la seguridad del paciente
- Comunicación e Información sobre errores
- Apertura comunicativa
- Frecuencia de eventos notificados
- Trabajo en equipo entre unidades
- El personal
- Transferencias y transiciones
- Respuesta no punitiva a errores
- Grado de seguridad del paciente

En el presente estudio la tasa de respuesta fue del 79%, (Anexo II tabla 86) un valor superior al informe publicado en 2021 por la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria (AHRQ), donde se reportó una tasa promedio de respuesta del 60%.⁹

5.4 Características de los encuestados

El 57.6% de los encuestados respondieron a la categoría de profesión: Otros. El 25.9% (110) fue el personal de enfermería y 16.5 % (70) personal médico. (Anexo II tabla 87) En contraste con otros estudios publicados que aplicaron la encuesta de seguridad en donde la mayoría de los participantes tenían profesión de Enfermería, seguido del Medicina y en menor proporción personal administrativo u

⁹ Con una muestra de 320 hospitales, y 191,977 participantes.

otros. Resulta enriquecedora la alta participación de distintos profesionales de la salud, ya que revela la percepción de todos los trabajadores involucrados en el sistema y no únicamente los que se encuentran en primer contacto con el paciente. Permitirá identificar áreas con potencial de mejora en todo el sistema, no exclusivamente en las áreas clínicas.

En ese sentido, las áreas con mayor prevalencia de respuesta fueron enfermería (9.2%,39), urgencias (7.3%, 31) y quirófano (6.6%,28). (Anexo II tabla 89) Al ser áreas de contacto directo con el paciente se ha demostrado en otros estudios (Moreno, et al., 2009; Farzi, et al., 2017) que tienen mayor compromiso con la seguridad del paciente.

El personal participante pertenecía en su mayoría al turno matutino (139, 32.7%), es decir, el vespertino fue un 76,17.9%, y del turno nocturno 112, 26.4%. Probablemente debido a que la mayoría del personal se concentra en el turno matutino, incluyendo al personal administrativo y al personal de direcciones y jefaturas. (Anexo II tabla 88)

De los colaboradores encuestados, el 44.9% (191) han laborado de 1 a 5 años en la institución; 21.2% (90), menos de un año, y 13.2% (56), de 6 a 10 años. De estos, 38.1% (162) de los colaboradores llevan ejerciendo su profesión de 1 a 5 años, 17.6% (75) lleva 21 años o más y 14.1% (60) tiene de 6 a 10 años. (Anexo II tabla 91) De acuerdo con reportes de la encuesta de seguridad aplicados en otros países, se ha demostrado que los profesionales con más tiempo de experiencia tienen una mejor percepción de la cultura de seguridad lo cual tiene una influencia positiva en la cultura de seguridad. (Hori, et al., 2019). Además de tener más probabilidad de compatibilidad entre los valores, creencias y normas personales de los trabajadores y de la institución, por ello, es relevante resaltar que la mayoría de los participantes de la encuesta han laborado en la institución por al menos un año.

Asimismo, de estos encuestados, 74.8% (318) de los colaboradores labora entre 40 y 59 horas por semana; 16.9% (72), de 20 a 39 horas por semana, y 5.2% (22), entre 60 y 79 horas por semana. (Anexo II tabla 93) El número de horas de trabajo

también puede estar relacionado con la respuesta a la cultura de seguridad, ya que el cansancio y la fatiga pueden afectar de forma negativa la calidad de la atención al paciente, por la disminución en la concentración al realizar las actividades lo que puede conllevar a un aumento en la incidencia de errores. Hori, et al., 2019).

Finalmente, se puede destacar que la mayoría de los colaboradores encuestados (65.2%, 277) habitualmente tienen interacción o contacto directo con los pacientes, mientras que 34.8% (148) de los trabajadores no lo tienen. (Anexo II tabla 95) Por diversas investigaciones previas se ha destacado que los profesionales de primera línea habitualmente se centran más en la seguridad del paciente por el contacto diario y las intervenciones estrechas que realizan. En contraste con el personal administrativo quienes se perciben “ajenos” a la seguridad del paciente, en los comentarios libres de la encuesta aplicada, los temas más frecuentes incluyeron el desconocimiento del requerimiento de su participación en temas de seguridad del paciente, cuestionamiento de la utilidad de la propia encuesta y de su participación.

5.5 Elementos medibles de la cultura de seguridad del paciente

Al analizar los resultados de los componentes positivos de cada dimensión de los elementos medibles de la cultura de seguridad del paciente, se obtuvo un promedio de 56.5%, porcentaje que indica una cultura de calidad y seguridad neutra¹⁰. (Anexo II, tabla 97). Al comparar este valor con los reportados en otros estudios (Anexo II, tabla 99) como el realizado por la AHRQ en 2018 y en Shenzhen en 2019, la mayoría de los porcentajes promedio de las dimensiones se encuentran por debajo de los reportados en estos estudios. Aún con ello, en la mayoría de las dimensiones, se obtuvieron porcentajes mayores al 50 % que es el límite para clasificarlos como una debilidad.

Únicamente 4 de las 12 dimensiones tuvieron porcentaje menor al 50%, (Anexo II tabla 97, Gráfica 23) en contraste con datos obtenidos en un Hospital de Brasil

¹⁰ De acuerdo con la AHRQ una tasa de respuesta positiva mayor al 75% indica alto nivel de seguridad del paciente, del 51-74% neutral y frágil si menos del 50% de las respuestas son positivas.

(Hori, et al., 2019), en donde 9 de las 12 dimensiones fueron calificadas por debajo del 50%, y por tanto obtuvieron una cultura de seguridad calificada como frágil.

Las áreas de mayor fortaleza fueron trabajo en equipo dentro de las unidades con 82.6% de respuestas positivas y Aprendizaje organizacional: Mejora continua con un 76.5%. (Anexo II; tabla 97, figura 5) Se consideran fortalezas en la cultura de seguridad del paciente, ya que tuvieron valores superiores al 75% (Sorra, et al., 2004).

El trabajo en equipo de dentro de las unidades es una de las fortalezas más frecuentes en los reportes donde se aplicó la misma encuesta (Jones, et al., 2008; Saturno, J., 2009; Hao, et al., 2020). El trabajo en equipo es un punto crítico y toma especial relevancia en la seguridad del paciente ya que se basa en la colaboración y comunicación mutua entre los colaboradores. Diferentes autores han analizado la necesidad de la colaboración entre los trabajadores, y han concluido que el trabajo en equipo es esencial en la calidad de la atención y puede mejorar la seguridad del paciente. (Dinius, et al., 2020) En contraste con el porcentaje obtenido en la dimensión “Trabajo en equipo entre las unidades” con un 57.18%, lo cual indica que, aunque la colaboración dentro de una misma área o unidad es positiva, no lo es cuando se requiere colaboración entre diferentes áreas. Resulta importante mejorar esta área, ya que la atención de un mismo paciente generalmente requiere de un trabajo multidisciplinario, es decir, de la colaboración de diversas áreas, y si esta colaboración es deficiente podría poner en riesgo la seguridad del paciente. (Rosen, et al., 2018).

Asimismo, las áreas con mayor potencial de mejora fueron “el personal” con 30.6% y la “respuesta no punitiva a errores” con 23% de respuestas positivas, (Anexo II; tabla 97, figura 4) esta baja tasa de respuestas positivas también ha sido encontrada en otros estudios (Jones, et al., 2008; Alahmadi, et al., 2010; Hamdan, et al., 2013; Raeissi, et al., 2018; Hao, et al., 2020). La dimensión de “el personal” hace referencia a la carga de trabajo, cómo afecta la calidad de la atención por la falta de personal y qué tan presionados trabajan para cumplir las tareas. Como se puede observar en la gráfica 37 el menor porcentaje de respuestas positivas en esta dimensión nos indica que la percepción de los colaboradores es que no hay

suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo y que realizan sus actividades bajo presión debiendo intentar hacer muchas labores rápidamente.

La dimensión “respuesta no punitiva a errores” es también una de las más frecuentes debilidades de los estudios que han aplicado la encuesta HSOPSC. En la presente investigación predomina la preocupación de que los errores sean guardados en expedientes, y cuando se realiza el informe de un evento relacionado con la seguridad sienten que la persona está siendo reportada y no el problema. Lo cual podría explicar el hecho de que un porcentaje alto de los colaboradores nunca ha reportado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente (58.6%), posiblemente prefieran no reportar los eventos y evitar ser castigados o juzgados por sus errores o los de sus compañeros. En contraste y un porcentaje bajo de 26.4% solamente ha reportado en promedio de 1 a 2 eventos durante su labor en la institución. Asimismo, un reducido 9.41% de los encuestados reportó de 3-5 eventos, y únicamente el 0.71% reportó 21 eventos o más. (Anexo II, gráfica 35) Aunque se ha demostrado en diversos estudios (Najjar, et al., 2015; Miller, et al., 2019) que una tasa más baja de eventos relacionados con la seguridad del paciente está relacionada con una cultura de calidad más positiva, para la organización de estudio no es posible afirmarlo, ya que un alto porcentaje de los colaboradores no ha reportado eventos, y además una de las debilidades identificadas fue la respuesta no punitiva a errores, lo que nos podría indicar que la falta de reporte de eventos no es debido a la inexistencia de ellos, si no, más bien al miedo a la culpa, señalamiento o castigo que ello pudiera generar.

Además, en la dimensión frecuencia de eventos notificados (Anexo II, Gráfica 35) se puede observar que a la percepción de los colaboradores es más probable que notifiquen un error cuando tiene el potencial de dañar al paciente que cuando no lo tiene, eso puede tener relación el hecho de que en el periodo de estudio se hayan reportado más eventos adversos que cuasifallas. Por lo cual sería importante esclarecer la importancia de notificar todos los errores aún cuando no tengan el potencial de dañar al paciente o se hayan corregido antes de llegar a él, justamente para realizar las correcciones desde la raíz de la problemática.

Cabe destacar que el mayor vacío de información se debe a que desconocen el mecanismo de reporte para eventos relacionados con la seguridad del paciente. Esto también, indica que han ocurrido múltiples eventos adversos sin ser reportados adecuadamente. Esto es plausible argüirse debido a tal desconocimiento.

“Apoyo a la gestión de la seguridad del paciente” (Anexo II, Gráfica 31) tuvo un porcentaje promedio del 69.49%, en esta dimensión un alto porcentaje de los colaboradores está de acuerdo en que la dirección del hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente, lo cual resulta positivo ya que fortalece el compromiso de los colaboradores con la seguridad del paciente.

La dimensión “Comentarios y comunicación sobre errores” (Anexo II, Gráfica 34) tuvo un promedio del 66.04% de las respuestas positivas, la mayoría de ellas de acuerdo en que se informa sobre los errores que cada área comete, se analizan para que no se vuelvan a cometer y se les mantiene informados de los cambios que se realizan a partir de la ocurrencia de errores notificados.

“Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente” 58.53%, (Anexo II, Gráfica 29) aunque se consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, cuando aumenta la presión del trabajo los líderes usualmente requieren un trabajo más rápido, aunque ello signifique pasar por alto procedimiento para la seguridad el paciente.

“Apertura comunicativa” (Anexo II, Gráfica 34) 49.65%, un alto porcentaje de los colaboradores no se sienten con la libertad de cuestionar las decisiones o acciones del personal con mayor autoridad.

Con respecto a transferencias y transiciones con un 44.71%, (Anexo II, Gráfica 38) cabe destacar que, el mayor porcentaje de respuestas afirmativas reveló que durante cambios de turno suele ocurrir pérdida de información importante para el cuidado de los pacientes. Asimismo, el de menor porcentaje que se obtuvo surgió de los problemas a la hora del intercambio de información entre unidades de este hospital y de los cambios de turno, los que resultaron ser problemáticos para los

pacientes, debido a los cambios de personal puede haber pérdida de información, actividades inconclusas, descuido de los pacientes, lo que compromete su seguridad.

“Percepciones generales sobre la seguridad del paciente” 55% (Anexo II, Gráfica 32), un alto porcentaje de los colaboradores están de acuerdo en que “solo por casualidad no ocurren errores de gravedad” y que hay problemas de seguridad en su área respectiva.

Por último, el grado de seguridad del paciente. (Anexo II, Gráfica 40) En este rubro se planteó el siguiente reactivo: “por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente”. Los resultados arrojaron un 87% de respuestas positivas. Esto indica, en términos generales, que los colaboradores de la institución perciben de forma positiva la seguridad del paciente en su área/unidad de trabajo.

Además de ello el promedio de la percepción asignada de acuerdo con el área de trabajo fue de 8.1 (en escala de 1 a 10) un valor superior a los reportados en un metaanálisis realizado por la CONAMED sobre cinco estudios que aplicaron la encuesta de seguridad del paciente, en donde el máximo promedio obtenido fue de 7.4 en un trabajo realizado en el IMSS en 2013 donde participó únicamente personal de atención directa al paciente. (Pérez, et al., 2016). E incluso un valor superior a la calificación media para la seguridad del paciente reportado en Shenzhen que fue de 3.9. (Hao, et al., 2020).

Al relacionar los datos obtenidos con el tiempo que llevan laborando en la organización (de 1 a 5 años), es notorio que, a pesar de no tener una cultura de calidad y seguridad de la paciente arraigada, los trabajadores mostraron estar comprometidos con la seguridad del paciente e interesados en informarse sobre cómo mejorar en la seguridad del paciente.

5.6 Relación entre la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente y el Cuestionario de Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente.

La relación entre la cultura de calidad, la seguridad del paciente y la tasa de eventos relacionados con la seguridad del paciente se encuentra ampliamente documentada y su evaluación se ha realizado desde hace varias décadas. Sin embargo, en nuestro país no hay estudios que analicen directamente dicha relación. En lugar de ello, se han realizado investigaciones por separado, para evaluar la cultura de calidad utilizando el concepto de clima de seguridad institucional como un sinónimo. Y estudios que evalúan la tasa de notificación de eventos relacionados con la seguridad mediante diversas metodologías. (Macrae, 2016,71-75), (Najjar, et al. 2015, 2-9), (Farzi, et al. 2017,372-376), (Gharaee, 2020,13-16)., (Wang, X et al. 2014, 1114-1122).

A nivel internacional se han realizado algunos estudios, que si identifican dicha relación. Por ejemplo, en Palestina, en el año 2015 se realizó un estudio; sobre la relación entre la cultura de calidad y seguridad del paciente y los eventos adversos. Para llevarla a cabo, los investigadores optaron por el análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente mediante el uso de la herramienta Global Trigger Tool (GTT) y realizaron la Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC) desarrollada por Westat. Los datos obtenidos se tomaron de ocho departamentos de atención hospitalaria durante ocho meses. Los resultados arrojaron que hay una relación insoslayable, respaldada con estadísticas. Ellos obtuvieron una relación estadísticamente significativa con $p < 0.05$ y $p < 0.01$, con los cuales pudieron afirmar que una cultura de seguridad del paciente más positiva se asocia con menos eventos adversos en los hospitales a nivel departamental. (Najjar, et al. 2015, 2-9).

En nuestro caso de estudio al realizar la correlación entre la tasa de eventos relacionados con la seguridad y la cultura de seguridad del paciente (dada por el cuestionario de seguridad) el coeficiente de Spearman que se obtuvo (Tabla 5) fue de -0.143, no encontrando una relación lineal estadísticamente significativa, con

una $p > 0.05$, IC 95%. Por lo que no es posible establecer una relación entre estas dos variables. Estos resultados pudieron estar influenciados por la diferencia en el tiempo en que se realizó el cuestionario de seguridad del paciente, además del breve período de tiempo transcurrido entre el inicio del uso del sistema electrónico de notificación y el período de estudio de la presente investigación.

Aunque no fue posible concluir una relación entre la Cultura de Seguridad y la notificación de eventos, es posible rescatar el notable avance de la organización con la implementación del sistema de Notificación y la participación del personal tanto de áreas clínicas como administrativas, de acuerdo con la AHRQ, el esfuerzo de colaboración de los trabajadores ya son parte del inicio de una cultura de calidad y seguridad positiva. (AHRQ, 2019), (ECRI, 2019).

En ese sentido, llevar a cabo una encuesta en el hospital contribuye a matizar las percepciones que tienen los trabajadores sobre la seguridad en el ámbito hospitalario. Además, la tasa de notificación de eventos obtenida del 13.52% representa la tasa más alta y reciente reportada ya que en el informe reportado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) la tasa fue de 10.63% en el año 2014, aunque en este estudio únicamente fue un enfoque del área de Enfermería. (Ríos, 2015, 73-82).

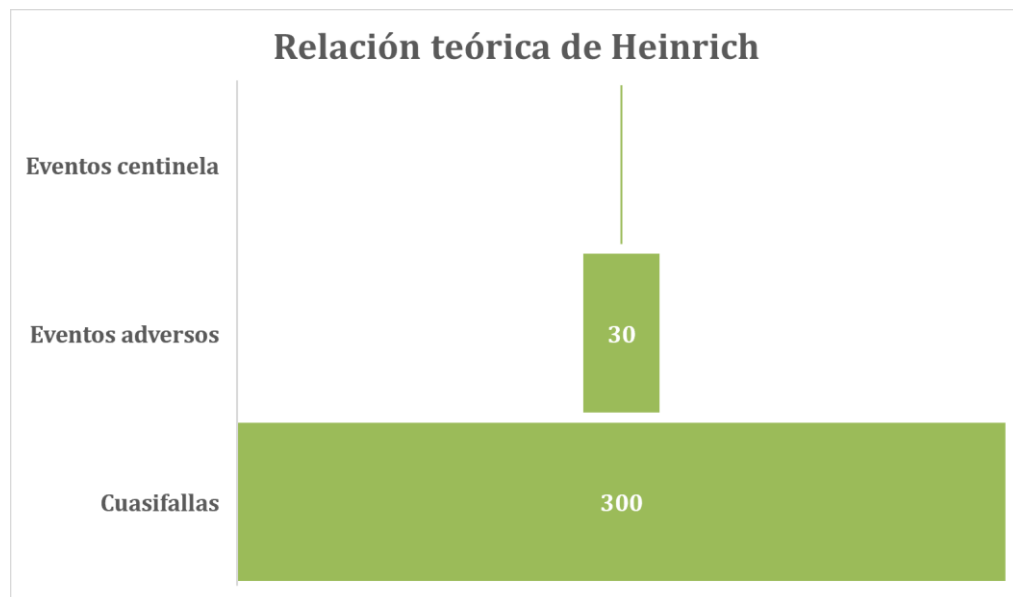
Sin bien la cultura de seguridad del paciente no es positiva hasta este momento, al analizar el tiempo en que se ha implementado la notificación de eventos, las capacitaciones, resulta esperanzador en mejorar la seguridad del paciente no solamente de forma momentánea, si no, de forma continua.

Aunque se ha visto reflejados los esfuerzos en los resultados obtenidos, al vislumbrar el inicio de una cultura de calidad y seguridad del paciente, principalmente con la notificación de eventos, el mayor reto aún sigue siendo sensibilizar al personal para mejorar su práctica diaria en su área de trabajo y visualizar los errores como una oportunidad de mejora, que deberán notificar independientemente de si afectó o no y de la consecuencia en el paciente. Para ello es necesario identificar y remover barreras culturales convenciendo al personal

de que el objetivo de la notificación se basa en mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente que en evaluar la actuación individual.

Lo que, ha sido evidente, es que la notificación espontánea, confidencial de eventos relacionado con la seguridad es un hecho fundamental para identificar las áreas de oportunidad y el establecimiento de medidas correctivas y preventivas.

El investigador Heinrich Herbert, sugiere una relación aproximada en la que por cada 300 cuasifallas y por cada 30 eventos adversos se produce un evento grave (centinela). (Heinrich, H. 1941).



Gráfica 25. Relación teórica de Heinrich.



Gráfica 26. Notificación en la organización.

Al compararlo con nuestros resultados obtenidos, se reportó únicamente un evento centinela, se notificaron 686 eventos adversos, casi 23 veces más de los que debieron producirse (30 eventos según la relación dada por Heinrich), con respecto a las cuasifallas se notificaron 446 arriba de las 300 esperadas, es posible que como ya hemos mencionado, la notificación de Cuasifallas se encuentra en cifras inferiores debido a la falta de observación directa de una consecuencia. Siguiendo esta línea, la falta de notificación de cuasifallas permite que los eventos adversos aparezcan en mayor número, ya que no se tiene la oportunidad de analizar las áreas de posibles fallos previo a tener una consecuencia en el paciente, colaborador, familiar o visitante.

Esta investigación ha permitido vislumbrar diversas áreas de oportunidad y proponer una ruta a seguir que permita implementar y mejorar la Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente, inicialmente continuar con la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, continuar con el mantenimiento de la plataforma de reporte, formación de líderes comprometidos con el aprendizaje y la mejora continua, incentivar la participación en el reporte de eventos mediante la capacitación exhaustiva de los líderes de área, que a su vez inciten la participación de su personal, que demuestren su compromiso ayudando a la organización a

comprender las causas de los errores, desarrollar estrategias para prevenir la repetición de dichos errores y analizar en conjunto o compartir el aprendizaje obtenido con el personal para que reconozcan el valor del reporte de sus propios errores o inquietudes. Creando, además, un ambiente confortable en el que todos los colaboradores de la organización sin importar su posición se sientan libres de notificar cualquier error sin miedo a ser castigados. Hacer énfasis en la importancia de la notificación de eventos, incluso los que no logran alcanzar al paciente, lo que permitirá analizar errores potenciales, evitar la ocurrencia mediante barreras de seguridad, lo que directamente disminuirá el reporte de eventos adversos.

Y de suma importancia, continuar con la evaluación periódica de la cultura de calidad y seguridad del paciente con el fin de realizar un seguimiento de la evolución de las áreas de oportunidad obtenidas en el cuestionario de seguridad aplicado: “El personal”, en el que se debería realizar una mejor planificación en la distribución del personal para evitar que trabajen horas demás, se encuentren fatigados y pierdan o disminuyan su compromiso con la seguridad del paciente, y sea posible evitar el trabajo en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. Y la otra área “Respuesta no punitiva a errores” en el que los colaboradores se sienten más preocupados porque sean evaluados con respecto a los errores que comenten y no el problema en sí.

Las estrategias de mejora deberían estar enfocadas en:

- Fomentar la notificación interna, reforzar la forma de notificación adecuada y mejorar en el análisis de todos los eventos relacionados con la seguridad del paciente mediante capacitación continua y dentro de la inducción a la organización con nuevos colaboradores.
- Trabajar los temas de seguridad del paciente como una problemática de equipo y no de forma individual, aprovechar a sí mismo la buena percepción en la importancia de la interrelación interna y alentar la colaboración entre servicios o áreas multidisciplinarias con el fin de asegurar la seguridad del paciente.

- Prestar atención a la distribución y organización del personal y a las jornadas y ritmos de trabajo a las que puedan ser sometidos.
- Continuar con la realización por lo menos de forma anual de la medición de la cultura de calidad y seguridad del paciente, atendiendo las prioridades evidenciadas y realizar una comparación con los nuevos resultados.
- Continuar con el seguimiento de la tasa de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

VI. CONCLUSIONES

La notificación de eventos relacionados con la seguridad de los pacientes es de suma importancia a escala global. Sin embargo, llevarlo a la práctica en un hospital de tercer nivel de atención conlleva grandes retos, no solamente el riguroso de una serie de procedimientos y procesos, sino que, implica tener compromiso y vocación para mejorar o favorecer la seguridad del paciente. Dentro de esta labor hay que conciliar las distintas posturas, sobre todo ante diversas situaciones y tener en cuenta las personalidades de los trabajadores y las características de cada organización.

El número de eventos reportados a lo largo de los 15 meses de estudio aún es bajo si se compara con reportes internacionales, esto puede estar asociado con el hecho de que un alto porcentaje de los colaboradores nunca reportó ningún evento relacionado con la seguridad del paciente, lo que podría ser un indicador de que los posibles problemas de seguridad han pasado desapercibidos o no se ha abordado de la forma adecuada.

El reporte de eventos adversos predomina con respecto a las cuasifallas, resulta trascendental exponer la importancia del reporte de estas últimas, con el fin de prevenir y e implementar barreras de seguridad que eviten la alta ocurrencia de eventos que alcancen al paciente, esto es, enfoque proactivo y gestión de riesgos.

Resulta necesario continuar con la capacitación continua con el fin de mejorar el apego al proceso de notificación de eventos relacionados con la seguridad, lo que permitirá analizar mejor las áreas de oportunidad y disminuir la incidencia de las causas de incumplimiento.

En nivel de seguridad del paciente resultante con la aplicación de la encuesta de calidad y seguridad adaptado a la organización fue neutral, lo que indica que, aunque no es frágil requiere de analizar e implementar mejoras en las debilidades identificadas.

Las áreas de mayor fortaleza identificadas de acuerdo con los resultados de la encuesta de seguridad aplicada fueron “trabajo en equipo dentro de las unidades” y “aprendizaje organizacional: mejora continua”, mientras que las áreas de mayor potencial de mejora fueron “suficiencia de personal” Y “respuesta no punitiva a errores”.

Aunque un alto porcentaje de los colaboradores perciben el grado de seguridad del paciente de forma global como alto, también están de acuerdo en que hay problemas de seguridad en sus respectivas áreas.

Aunque no se encontró una significancia estadística entre la relación de la tasa de eventos notificados y la cultura de seguridad del paciente, fue posible identificar la necesidad de realizar análisis futuros con menos variabilidad en el tiempo e implementar acciones de mejora que permitan realizar una comparación.

Medir la cultura de seguridad es el primer paso para identificar las fortalezas, debilidades y prioridades que requieren un abordaje si se quiere lograr un cambio en la seguridad del paciente.

Sea de utilidad esta investigación como un estímulo para continuar con próximas investigaciones y fomentar la seguridad del paciente en instituciones de México.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina (US). (2018). *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. [Cruzando el abismo de la calidad global Mejorando la atención médica en todo el mundo]*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25152>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019, 7 de septiembre). *Reporting Patient Safety Events. [Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente]*. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-patient-safety-events>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019, 7 de septiembre). *Culture of Safety [Cultura de Seguridad]*. Patient Safety Network. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
- Aitken, M. y Gorokhovich, L. (2012). *Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. [Impulsar el uso responsable de los medicamentos: aplicar medios para el cambio]*. IMS Institute for Healthcare Informatics. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>
- Alahmadi, H. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*, 19(5):e17 doi: 10.1136/qshc.2009.033258
- Allard, J., Carthey, J., Cope, J., Pitt, M. y Woodward, S. (2002). Medication errors: causes, prevention and reduction. [Errores de medicación, causas, prevención y reducción]. *British Journal of Hematology*, 116: 255-265. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2141.2002.03272>
- Allegranzi, B., Bagheri, S., Combescure, C., *et al.* (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: Systematic review and meta-analysis. [Carga de las infecciones endémicas asociadas a la atención de la salud en los países en desarrollo: Revisión sistemática y metanálisis].

Lancet, 377(9761), 228-241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)

Allman, R., Goode, P., Patrick, M., Burst, N. & Bartolucci, A. (1995). Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. [Factores de riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados con limitación de actividad]. *JAMA*, 273(11), 865-870. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520350047027>

Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R., Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Elsevier*, 20(4), 216-222. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840>

Berwick D. (2013). *A promise to learn: A commitment to act to improve the safety of patients in England. [Una promesa de aprender: un compromiso de actuar mejorando la seguridad de los pacientes en Inglaterra]*. Department of Health. <https://bit.ly/3n06HDZ>

Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, A., et al. (2004). Harvard Medical Practice Study I. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*, 13, pp. 145-52.

Colombo, D., Zagni, E., Nica, M., Rizzoli, S., Ori, A., & Bellia, G. (2016). Gender differences in the adverse events' profile registered in seven observational studies of a wide gender-medicine [Diferencias de género en el perfil de eventos adversos registrados en siete estudios observacionales de una amplia medicina de género] (MetaGeM) project: the MetaGeM safety analysis. *Drug design, development and therapy*, 10, 2917–2927. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S97088>

- Consejo de Salubridad General & Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. (2018). *Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM. Estándares para implementar el modelo en Hospitales edición 2018*. Consejo de Salubridad General, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/14.2_Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
- Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H. & Årestedt, K. (2019). A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. [Un estudio nacional sobre la cultura de la seguridad del paciente en los hospitales de Suecia]. *Journal of patient safety*, 15(4), 328-333. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000369>
- Da Silva, A., Santos, R., De Souza, A., Fernandes, A., Sant'Anna, M. & Nascimento, M. (2021). Notification of incidents related to health care in a teaching hospital, *Enfermeria global*, 20(63), 180-220. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.450481>
- Desikan, R., Krauss, M., Dunagan, W., et al. (2005). *Reporting of Adverse Drug Events: Examination of a Hospital Incident Reporting System. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Volume 1: Research Findings). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pbidi.unam.mx:2443/books/NBK20453/>
- Dinius J, Philipp R, Ernstmann N, Heier L, Göritz AS, et al. (2020) Inter-professional teamwork and its association with patient safety in German hospitals A cross sectional study. *PLOS ONE* 15(5): e0233766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233766>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). (2020). *Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*. Dirección General de

Calidad y Educación en Salud. Consultado el 22 de abril de 2020.
<http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/acreditacion.html>

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care 1966. [Evaluación de la calidad de la atención médica 1966]. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donaldson, L. (2000). *An organization with a memory*. [Una organización con memoria]. [Reporte]. Department of Health. <https://bit.ly/3qkOzqo>
- ECRI. (2019) Cultura de seguridad: una visión general. Health Syst Risk Manage. <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual21.aspx>
- Famolaro, T., Hare, R., Yount, N. D., Fan, L., Liu, H. & Sorra, J. (2021). *Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 1.0: 2021 User Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf>
- Farzi, S., Moladoost, A., Bahrami, M., Farzi, S., & Etminani, R. (2017). Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. [Cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva del enfermero: un estudio transversal.] *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(5), 372–376. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_150_16.
- Ferner, R. E. & Aronson, J. K. (2006). Clarification of terminology in medication errors: Definitions and classification. [Aclaración de la terminología en errores de medicación: definiciones y clasificación]. *Drug Saf.*, 29(11), 1011-22. <https://doi.org/10.2165 / 00002018-200629110-00001>
- Furini, A., Nunes, A. & Dallora M. (2019). Notifications of adverse events: Characterization of the events that occurred in a hospital complex. [Notificaciones de eventos adversos: Caracterización de los eventos

- ocurridos en un complejo hospitalario]. *Rev Gaúcha Enferm*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>.
- Galván, M., Castañeda, L., Galindo, M., Morales, M. (2017). Infecciones asociadas con la atención de la salud y su resistencia antimicrobiana. *Rev Esp Méd Quir*, 22(1), 1-13. <https://bit.ly/3wv1J5f>
- Garrido Pérez, S. (2011). Eventos adversos en hospitales de la Secretaría de Salud de Tabasco, México. 2004-2005. *Horizonte Sanitario*, 10(3), pp. 29-39.
- Gharaee, H., Jahanian, R., Hosseini, M., Kakemam, E., Elahi, K., Tapak, L. & Hamidi, Y. (2020). [Relationship between patient safety culture and adverse events in hospital: a case study. Relación entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos en el hospital un estudio de caso]. *Journal of Health Administration*, 23(1), 13-16.
- Gutiérrez, C., Obón, A., & Aibar, R. (2008). Análisis de los «casi errores»: Un nuevo enfoque en el estudio de los acontecimientos adversos. *Medicina Intensiva*, 32(3), 143-146. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300006&lng=es&tlng=es.
- Gutierrez, L., Torres, A., Soria, M., Padrón, A. & Ramírez, M. (2015). Costs of serious adverse events in a community teaching hospital, in Mexico. [Costos de eventos adversos graves en un hospital universitario comunitario, en México]. *Cirugía y Cirujanos*, 83(3), 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.circen.2015.09.021>.
- Hamdan, M., Saleem, A. (2013). Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *Int J Qual Health Care*. 25(2), 167-75. doi: 10.1093/intqhc/mzt007.
- Harvard Opinion Research. (2016). *Patients' Perspectives on Health Care*. [Perspectivas de los pacientes sobre la atención médica]. Harvard T.H. Chan

School of Public Health. Consultado el 9 de noviembre de 2021.
<https://bit.ly/3qq6098>

Hao H., Gao, H., Li, T., Zhang, D. (2020). Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. *Risk Manag Health Policy*, 13, 1543-1552 <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>

Heinrich, H. W. (1941). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Heron, M. (2021). Deaths: Leading Causes for 2019. (Muertes: causas principales de 2019). *National Vital Statistics Reports*. 70 (9), 9. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-09-508.pdf>

Hori, J., Galvão, T., Lonardoní, M., Tolentino, M. (2019). Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Sao Paulo Med. J.* 137(3), 216-222. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>

Howell, A. M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T. & Darzi, A. (2015). Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the English national reporting and learning system data. [¿Se pueden utilizar los informes de incidentes de seguridad del paciente para comparar la seguridad del hospital? Resultados de un análisis cuantitativo de los datos del sistema nacional de aprendizaje e informes de inglés]. *PloS one*, 10(12), e0144107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144107>

Huerta, S., et al. (2019). *Servicios farmacéuticos hospitalarios. Conceptos, aplicaciones y ejemplificación de casos*. Manual Moderno, pp. 1-24.

Hughes, R. (2008). Nurses at the “sharp end” of patient care. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. [Enfermeras en "la

cúspide" de la atención al paciente. Calidad y seguridad del paciente: un manual para enfermeras basado en evidencias]. En *Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)*. <https://bit.ly/3BYFjKE>

Iddrisu, I., Anyanful, A., Nuvor, S. (2020). Adverse events and their relationship with the demographic characteristics of patients at wa, the upper west regional hospital of ghana. *International Journal of Modern Pharmaceutical Research*, 4(1), 122.128. www.ijmpronline.com

Institute of Medicine (US) Committee on Data Standards for Patient Safety, Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J., & Erickson, S. M. (Eds.). (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. National Academies Press (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009854/>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of HealthCare in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. [Cruzando el abismo de la calidad: Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI]. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Jha, A. K. (2018). *Patient safety – A grand challenge for healthcare professionals and policymakers alike*. [La seguridad del paciente: un gran desafío para los profesionales de la salud y los legisladores por igual]. [Ponencia]. Harvard Global Health Institute. <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>

Jones, K. J., Skinner, A., Xu, L., et al. (2008). *The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs*. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>

Khorrman-Manesh, A., Hedelin, A., & Ortenwall, P. (2009). Hospital-related incidents; causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation, and emergency medicine*, 17 (26). <https://doi.org/10.1186/1757-7241-17-26>

- Kochanek, K., Sherry, M., Murphy, B., Jiaquan, X., Arias, E. (2014). Mortality in the United States, 2013 (Mortalidad en los Estados Unidos, 2013). National Vital Statistics Reports. (178), 3. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db178.pdf>
- Kohn, L., Corrigan & J., Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. [Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro]. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of HealthCare in America. National Academies Press (US). <https://bit.ly/3wsRIW9>
- Lagunas, T. & Camporredondo, I. (2015). Comparación de dos métodos de reporte de eventos adversos en la Unidad de Medicina Crítica del Hospital Ángeles Mocol: Reporte de incidentes y tarjeta SAFE. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 13(3), 144-153. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am153b.pdf>
- LeLaurin, J. H., & Shorr, R. I. (2019). Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. *Clinics in geriatric medicine*, 35(2), 273–283. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>
- Lerner, M. J. (1970). The desire for justice and reactions to victims. [El deseo de justicia y las reacciones a las víctimas]. En J. McCauley & L. Berkowitz (eds.), *Altruism and Helping Behavior*. [Altruismo y comportamiento de ayuda]. Academic Press.
- Lisby, M., Nielsen, L. P., Brock, B. & Mainz, J. (2010). How are medication errors defined? A systematic literature review of definitions and characteristics. [¿Cómo se definen los errores de medicación? Una revisión bibliográfica sistemática de definiciones y características]. *Int J Qual Health Care*, 22(6), 507-18. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq059>
- Long, S., Brown, K., Ames, D. & Vincent, C. (2013). What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature. [¿Qué se sabe sobre los eventos adversos en pacientes

hospitalizados de edad avanzada? Una revisión sistemática de la literatura]. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 542-554, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt056>

López, P., González, C., Alcalde, J. (2005). Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Elsevier, 20(2), 71-78. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-epub-13073196>

Lu, C. Y. & Roughead, E. (2011). Determinants of patient-reported medication errors: A comparison among seven countries. [Determinantes de los errores de medicación informados por los pacientes: una comparación entre siete países]. *Int J Clin Pract.*, 65(7), 733-40. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02671.x>.

Luo, J., Eldredge, C., Cho, C. C. & Cisler, R. A. (2016). Population analysis of adverse events in different age groups using big clinical trials data. *JMIR medical informatics*, 4(4), e30. <https://doi.org/10.2196/medinform.6437>

Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. [El problema con la notificación de incidentes]. *BMJ Quality & Safety*, 25(2), 71-75. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>

Mahoney, J. (1998). Immobility and falls. [Inmovilidad y caídas]. *Clinics in Geriatric Medicine*, (14)4, 699-726. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30087-9](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30087-9).

Mahrous, M. (2018). Patient safety culture as a quality indicator for a safe health system: Experience from Almadinah Almunawwarah, KSA. [La cultura de seguridad del paciente como indicador de calidad para un sistema de salud seguro: experiencia de Almadinah Almunawwarah, KSA]. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(4), 377-383. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.04.002>

- Makary, M. A., y Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* (Clinical research ed.), 353, 2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Manasse, H. (1989). Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, part 1. [El uso de medicamentos en un mundo imperfecto: las desventuras de las medicinas como una cuestión de política pública, Parte 1]. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 46(5), 929-44. <https://doi.org/10.1093/ajhp/46.5.929>
- Meave, L., Torres, A., Soria, M., Padrón, A. & Ramírez, M. (2015). Costs of serious adverse events in a community teaching hospital, in Mexico. [Costos de eventos adversos graves en un hospital comunitario universitario, en México]. *Elsevier Cirugía y Cirujanos*, 83(3), 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.circen.2015.09.021>
- Milch, C. E., Salem, D. N., Pauker, S. G., Lundquist, T. G., Kumar, S. & Chen, J. (2006). Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals. [Informe electrónico voluntario de errores médicos y eventos adversos. Un análisis de 92,547 informes de 26 hospitales de cuidados intensivos]. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), 165–170. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00322>.
- Miller, N., Bhowmik, S., Ezinwa, M., Yang, T., Schrock, S., Bitzel, D., & McGuire, M. (2017). The relationship between safety culture and voluntary event reporting in a large regional ambulatory care group. [La relación entre la cultura de seguridad y la notificación voluntaria de eventos en un gran grupo regional de atención ambulatoria]. *Journal of Patient Safety*, 15(4), e48–e51. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000337>
- Miller, N., Bhowmik, S., Ezinwa, M., Yang, T., Schrock, S., Bitzel, D. & McGuire, M. J. (2019). The relationship between safety culture and voluntary event

- reporting in a large regional ambulatory care group. [La relación entre la cultura de la seguridad y la notificación voluntaria de eventos en un gran grupo regional de atención ambulatoria]. *Journal of Patient Safety*, 15(4), e48-e51. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000337>
- Miller, M. A. & Pisani, E. (1999). The cost of unsafe injections. [El costo de las inyecciones inseguras]. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(10), 808-811. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557745/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. [Informe]. ENEAS. <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Moreno, R., Rhodes, A., Donchin, Y., & European Society of Intensive Care (2009). Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive care medicine*, 35(10), 1667–1672. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1621-2>
- Murff, H. J., Patel, V. L., Hripcsak, G. & Bates, D. W. (2003). Detecting adverse events for patient safety research: A review of current methodologies. [Detección de eventos adversos para la investigación de la seguridad del paciente: Una revisión de las metodologías actuales]. *J Biomed Inform*, 36(1-2), 131-143. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2003.08.003>.
- Najjar, S., Nafouri, K., Vanhaecht, K. & Euwema, M. (2015). The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. [La relación entre la seguridad del paciente cultura y eventos adversos: un estudio en hospitales palestinos.] *Safety in Health*, 1(16), 2-9. https://www.researchgate.net/publication/282899505_The_relationship_between_patient_safety_culture_and_adverse_events_a_study_in_palestinian_hospitals

- National Committee for Quality Assurance (NCQA). (s.f.). *The Essential Guide to Health Care Quality*. [La guía esencial para la calidad asistencial]. National Committee for Quality Assurance (NCQA).
- National NHS Staff Survey Co-ordination Centre. (2020). *NHS*. Consultado el 20 de agosto de 2020. <https://bit.ly/3D12INa>
- New England Journal of Medicine Catalyst. (2018, 25 de abril). *What is Risk Management in Healthcare?* [¿Qué es la gestión de riesgos en la asistencia sanitaria?]. New England Journal of Medicine Catalyst. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0197>
- NHS. (2015). *Organisation patient safety incident reports: Data workbooks* [Informes de incidentes de seguridad del paciente de la organización: Libros de trabajo de datos]. NHS Improvement. <https://bit.ly/30ajGd7>
- Ock, M., Kim, H. J., Jeon, B., Kim, Y. J., Ryu, H. M. & Lee, M. S. (2018). Identifying adverse events using international classification of diseases, tenth revision Y codes in Korea: A cross-sectional study. [Identificación de eventos adversos mediante la clasificación internacional de enfermedades, códigos Y de la décima revisión en Corea: Un estudio transversal]. *J Prev Med Public Health*, 51(1),15-22. <https://doi.org/10.3961/jpmph.17.118>
- Ock, M., Kim, H. J., Jeon, B., Kim, Y. J., Ryu, H. M. & Lee, M. S. (2018). Identifying adverse events using international classification of ciseases, tenth revision Y codes in Korea: A cross-sectional study. [Identificación de eventos adversos mediante la Clasificación internacional de enfermedades, Códigos Y de la décima revisión en Corea: un estudio transversal]. *Journal of Preventive Medicine and Public Health Yebang Uihakhoe Chi*, 51(1), 15-22. <https://doi.org/10.3961/jpmph.17.118>
- Organización Mundial de la Salud & Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (2008). *La investigación en seguridad del paciente. Mayor*

conocimiento para una atención más segura. [Archivo PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/2Yr8A30>

_____. (2008). *Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research.* [Resumen de la evidencia sobre seguridad del paciente: implicaciones para la investigación]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>

_____. (2005). *Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006.* Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3mWN8fE>

_____. (2009). *Pacientes para la seguridad del paciente: trabajando conjuntamente para que el cuidado del paciente sea más seguro.* Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3D3jviv>

_____. (2009). *La investigación para la seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura.* Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3H72TZs>

_____. (2008). *Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas.* Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3BTmBEh>

Organización Mundial de la Salud. (2002, 13-18 de mayo). *Calidad de la atención: seguridad del paciente* [ponencia WHA55.18]. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. <https://bit.ly/3EWdBjN>

_____. (2019, 28 de mayo). *Acción mundial en pro de la seguridad del paciente* [ponencia WHA72.6]. 72ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. <https://bit.ly/3mXVnbn>

_____. (2020). *La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños.* Organización Mundial de la Salud. Consultado el

11 de mayo de 2020.

<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

- _____. (2009, enero). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)* [Informe técnico definitivo, WHO/IER/PSP/2010.2]. <https://bit.ly/3BSh6pu>
- _____. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura* [Archivo PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3075dPq>
- _____. (2016). *Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. [Errores de medicación: serie técnica sobre atención primaria más segura]*. [Archivo PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3D0dXp5>
- _____. (2017). *Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. [Archivo PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/2YsEsnY>
- _____. (2017, junio). *10 datos sobre las transfusiones de sangre*. https://www.who.int/features/factfiles/blood_transfusion/es/
- _____. (2019). *Patient Safety Fact File*. [Archivo de datos de seguridad del paciente]. [Archivo PDF] Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3kjhZlc>
- _____. (2019, 8 de mayo). *Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/patientsafety/es/>
- _____. (2020) *What is Quality of Care and why is it important? [¿Qué es la calidad de la atención y por qué es importante?]*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 8 de mayo de 2020. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/
- _____. (2020). *Dispositivos médicos*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 26 de mayo de 2020. https://www.who.int/medical_devices/es/

_____. (2020). *Patient Safety*. Organización Mundial de la Salud Consultado el 10 de mayo de 2020. <https://www.who.int/patientsafety/en/>

_____. (2020). *Patient safety*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 8 de mayo de 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

_____. (2020). *Patient Safety: Minimal Information Model for Patient Safety*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 12 de mayo de 2020. <https://www.who.int/patientsafety/topics/reporting-learning/mim/en/>

_____. (2020). *Patient Safety: Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)*. Sitio web. Consultado el 11 de mayo de 2020. <https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>

Otero, M.J, Codina, C, Tamés, M.J, Pérez, M. *Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación*. Farm Hosp (Madrid). 2003;27(3): 137-149.

Pérez, C., Rodríguez, T., Recio, E. (2016). A view of Patient Safety Culture at Hospitals in Mexico. (Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México). *Rev CONAMED*; 21(3), 109-119.

Pérez, J. (2013). *Seguridad del paciente al alcance de todos*. Instituto Mexicano del Seguro Social, Academia Mexicana de Cirugía A. C., Fundación IMSS. 21-40.

Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V (2013). Evolution of the Global Use of Unsafe Medical Injections, 2000–2010. *PLOS ONE* 8(12): e80948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080948>

- Phillips, D. P., Christenfeld, N. & Glynn, L. M. (1998). Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. [Aumento de las muertes por errores de medicación en EE. UU. Entre 1983 y 1993]. *Lancet*, 351(9103), 643-644. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)24009-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)24009-8).
- Raeissi, P., Reisi, N., Nasiripour, A. (2018). Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses. *J Patient Saf*, 14(4), 213-226. doi: 10.1097/PTS.000000000000199.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. [Error humano: modelos y gestión]. *The Western Journal of Medicine*, 172(6), 393-396. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.6.393>
- Reis, C., Paiva, S. & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions. [La cultura de seguridad del paciente: una revisión sistemática por características de las dimensiones de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente.] *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Rios, A. (2015). Notificación de incidentes de salud para la gestión del riesgo clínico: una experiencia con enfoque de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado*, 12(1), 73-82. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2015v12n1.3830>.
- Rocco, C. & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Rosen, M., DiazGranados, D., Dietz, A., Benishek, L., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>

- Rowin, E., Lucier, D., Pauker, S., Kumar, S., Chen, J. & Salem, D. (2008). Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? [¿Es diferente la notificación de errores y eventos adversos por parte de médicos y enfermeras?]. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(9), (537-545) 1553-7250. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553725008340689>.
- Runciman, W. y Moller, J. (2001). *Iatrogenic injury in Australia*. [Lesión iatrogénica en Australia]. [Reporte]. Australian Patient Safety Foundation. <https://bit.ly/3qiySzY>
- Sarker, S. & Vincent, C. (2005). Errors in surgery. [Errores en Cirugía]. *International Journal of Surgery*, 3(1), 75-81, <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2005.04.003>.
- Saturno, J. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español*. Ministerio de Sanidad y política social. Consultado el 20 de marzo del 2022. https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Schiff, G. D., Hasan, O., Kim, S., *et al.* (2009). Diagnostic error in medicine: Analysis of 583 physician-reported errors. [Error de diagnóstico en medicina: Análisis de 583 errores informados por médicos]. *Arch Intern Med*, 169(20), 1881-1887. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.333>
- Schwendimann, R., Bühler, H., De Geest, S. & Milisen, K. (2006). Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary fall's prevention program. [Caídas y consecuentes lesiones en pacientes hospitalizados: efectos de un programa interdisciplinario de prevención de caídas]. *BMC health services research*, 6(69). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-69>
- Secretaría de Salud. (2013). *Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios*. Dirección General de Evaluación del Desempeño, Dirección

de Evaluación de los Servicios de Salud.
http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ind_hosp/Manual-ih.pdf

Shaw, R., Drever, F., Hughes, H., Osborn, S., & Williams, S. (2005). Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Quality & safety in health care*, 14(4), 279–283. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010553>

Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Paule, M. & Donaldson, L. (2017). El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 95(8), 546-546A. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>

Sorra, J., Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Elaborado por Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publicación no. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf> Consultado el 9 de noviembre de 2021.

Stoyanova, R., Dimova, R., Torniyova, B., Mavrov, M., & Elkova, H. (2021). Perception of Patient Safety Culture among Hospital Staff. [Percepción de la cultura de seguridad del paciente entre el personal hospitalario] *Zdravstveno varstvo*, 60(2), 97–104. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0015>

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud & Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2012). *Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud & Dirección General de Calidad y Educación en Salud. <https://bit.ly/307VF7b>

The Joint Commission. (2020) *Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission*. [Resumen de datos de eventos centinela revisados por la Joint Commission]. The Joint Commission. <https://www.jointcommission.org/>

/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/summary-se-report-2020.pdf

- Thomas, E. J. & Petersen, L. A. (2003). Measuring errors and adverse events in health care. [Medición de errores y eventos adversos en el cuidado de la salud]. *J Gen Intern Med*, 18(1), 61-67. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20147.x>
- Vermeulen, J., Doedens, P., Cullen, S., Van Tricht, M., Hermann, R., Frankel, M., Haan, L., Steven, M. (2018). Predictors of Adverse Events and Medical Errors Among Adult Inpatients of Psychiatric Units of Acute Care General Hospitals [Predictores de Eventos Adversos y Errores Médicos en Pacientes Adultos Internados en Unidades Psiquiátricas de Hospitales Generales de Cuidados Intensivos] *Psychiatric Services*, 69(10), 1087-1094. https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800110#_ac_author ArticleInfoCon
- Villanueva, L., Rodríguez, J., Morales, J. (2012). Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), 17(3), 109-113. <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/>
- Wake, D. & Cutting, W. (1998). Blood transfusion in developing countries: Problems, priorities and practicalities. [Transfusión de sangre en países en desarrollo: Problemas, prioridades y aspectos prácticos]. *Trop Doct*, 28(1), 4-8. <https://doi.org/10.1177/004947559802800104>
- Wang, H., Liddell, C. A., et al. (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. [Niveles mundiales, regionales y nacionales de mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años durante 1990-2013: Un análisis sistemático para el Estudio de la Carga

Mundial de Enfermedades de 2013]. *Lancet*, 384(9947), 957-979.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60497-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60497-9)

Wang, X., Liu, K. E., You, L. M., Xiang, J. G., Hu, H. G., Zhang, L. F., ... & Zhu, X. W. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. [La relación entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos: una encuesta por cuestionario.] *International journal of nursing studies*, 51(8), 1114-1122.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>.

Waterson, P. (2014). *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. [Cultura de seguridad del paciente: teoría, métodos y aplicación]. Ashgate.
<https://bit.ly/3mUT74Q>

Waterson, P., Carman, E., Manser, T., & Hammer, A. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. [Encuesta hospitalaria de la cultura de seguridad del paciente (HSPSC): una revisión sistemática de las propiedades psicométricas de 62 estudios internacionales] *BMJ open*, 9(9), e026896. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>

Webb, R. K., Russell, W. J., Klepper, I. & Runciman W. B. (1993). The Australian Incident Monitoring Study. Equipment failure: An analysis of 2000 incident reports. [El Estudio Australiano de Seguimiento de Incidentes. Fallo de equipo: Un análisis de 2000 informes de incidentes]. *Anaesth Intensive Care*, 21(5), 673-677. <https://doi.org/10.1177/0310057X9302100533>

Weinerman, E. (1950). Appraisal of medical care programs. [Valoración de programas de atención médica]. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 40(9), 1129-1134. <https://doi.org/10.2105/ajph.40.9.1129>

Wilson, R., Michel, P., Olsen, S., Gibberd, R., Vincent, C., El-Assady., R. *et al.* (2012). Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. [Seguridad del paciente en

países en desarrollo: Estimación retrospectiva de la escala y la naturaleza del daño a los pacientes hospitalizados]. *The BMJ*, 344, e832. <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>

Zamudio, L. (2003). Reacciones transfusionales. *Gaceta médica de México*, 139(3), 173-175. <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms033s.pdf>

Zárate-Grajales, R. A., Salcedo-Álvarez, R. A., Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M. T., Sánchez-Ángeles, S., Dávalos-Alcázar, A. G., Campuzano-Lujano, G., & Terrazas-Ruíz, C. I. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería universitaria*, 14(4), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

VIII. ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales

Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente versión 1.0 de la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) modificada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales de México.

Indicaciones:

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

El contestarlo le tomará sólo entre 10 y 15 minutos. Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo, puede usted dejarla en blanco.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas, le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y si tiene dudas, consulte al gestor de calidad de su establecimiento de salud.

Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no

Un **“evento adverso”** es el daño que sufre un paciente, como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.

“Seguridad del paciente” atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

“Cultura de Seguridad del Paciente” se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas

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

¿Cuál es su profesión?

- Personal médico Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

- Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada

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

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Urgencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- m. Anestesiología
- n. Otro, por favor, especifique:

SECCIÓN A: Su área de trabajo

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

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

13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.....	①	②	③	④	⑤
14. Con frecuencia trabajamos como en “forma de crisis”, tratando de hacer mucho y muy rápidamente.....	①	②	③	④	⑤
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.....	①	②	③	④	⑤
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral.....	①	②	③	④	⑤
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.....	①	②	③	④	⑤
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN B: Su supervisor/jefe

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

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

SECCIÓN C: Comunicación

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

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

SECCIÓN D: Frecuencia de eventos reportados

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

PIENSE EN SU ÁREA DE TRABAJO	Nunca ▼	Rara vez ▼	A veces ▼	La mayoría de las veces ▼	Siempre ▼
1. Cuándo se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente. ¿Qué tan frecuente se reporta?..	①	②	③	④	⑤
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿Qué tan frecuentemente se reporta?.....	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN E: Grado de Seguridad del Paciente

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A horizontal scale from 0 to 10. Above each number is a yellow smiley face icon with a black outline. The numbers are 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10.

SECCIÓN F: Su Hospital

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

PIENSE EN SU HOSPITAL	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.....	①	②	③	④	⑤
2. Las áreas o servicios de este hospital, no se coordinan bien entre ellas.....	①	②	③	④	⑤
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital.....	①	②	③	④	⑤
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	①	②	③	④	⑤
5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de paciente durante los cambios de turno.....	①	②	③	④	⑤
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital.....	①	②	③	④	⑤
7. Con frecuencia surgen problemas durante el intercambio de información entre las áreas o servicios del hospital.....	①	②	③	④	⑤
8. Las acciones de de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad.....	①	②	③	④	⑤
9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso.....	①	②	③	④	⑤
10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos, para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.....	①	②	③	④	⑤
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	①	②	③	④	⑤

SECCIÓN G: Número de eventos reportados

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

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

SECCIÓN H: Información complementaria

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

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?

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

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

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

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

- a. Menos de 20 horas por semana
- b. De 20 a 39 horas por semana
- c. De 40 a 59 horas por semana
- d. De 60 a 79 horas por semana
- e. De 80 a 99 horas por semana
- f. 100 horas por semana o más

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

- a. Enfermera general titulada
- b. Enfermera especialista titulada
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Médico residente
- e. Médico general
- f. Médico especialista
- g. Otros, por favor especifique

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

- a. SI, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.

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

a. Menos de 1 año

b. De 1 a 5 años

c. 6 a 10 años

d. De 11 a 15 años

e. De 16 a 20 años

f. 21 años o más

SECCIÓN I: Sus comentarios

Por favor escriba los comentarios adicionales que desee hacer sobre la seguridad del paciente, error, o reporte de eventos en su hospital.

GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

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

ANEXO II. Tablas de datos

Eventos relacionados con la seguridad del paciente reportados en el sistema interno.

Tabla 6. Número total de eventos reportados mensualmente en el sistema de notificación de eventos reportados del periodo Mayo del 2019 a Julio del 2020.

MES	NÚMERO DE EVENTOS
MAY	54
JUN	82
JUL	100
AGO	124
SEP	76
OCT	159
NOV	63
DIC	58
ENE	89
FEB	94
MAR	75
ABR	29
MAY	44
JUN	62
JUL	24
TOTAL	1133

Tabla 7. Demografía de los eventos ocurridos (Género).

MES /SEXO	Femenino	Masculino	TOTAL
MAY	13	38	51
JUN	28	53	81
JUL	26	72	98
AGO	39	85	124
SEP	25	51	76
OCT	50	107	157
NOV	22	41	63
DIC	18	39	57
ENE	41	46	87
FEB	34	59	93
MAR	29	46	75
ABR	9	20	29
MAY	12	32	44
JUN	18	44	62
JUL	7	17	24
TOTAL	371	750	1121
PORCENTAJE	33.10%	66.90%	100.00%

Tabla 8. Demografía de los eventos ocurridos (Género pacientes >65 años).

MES /Grupo etario	FEMENINOS (>65 años)	MASCULINOS (>65 años)	TOTAL
MAY	7	8	15
JUN	7	6	13
JUL	4	5	9
AGO	10	8	18
SEP	6	7	13
OCT	9	16	25
NOV	5	3	8
DIC	5	6	11
ENE	3	20	23
FEB	11	17	28
MAR	8	8	16
ABR	3	0	3
MAY	6	6	12
JUN	3	8	11
JUL	1	1	2
TOTAL	88	119	207

Tabla 9. Demografía de los eventos reportados (Grupo etario).

MES /Grupo etario	Pediátricos	Adultos	Geriátricos	TOTAL
MAY	1	14	15	30
JUN	2	42	13	57
JUL	3	43	9	55
AGO	7	66	19	92
SEP	3	36	12	51
OCT	7	78	25	110
NOV	8	25	7	40
DIC	2	23	8	33
ENE	6	36	22	64
FEB	1	41	28	70
MAR	1	37	16	54
ABR	2	13	3	18
MAY	0	16	12	28
JUN	1	30	11	42
JUL	1	14	2	17
TOTAL	45	514	202	761
PORCENTAJE	22.28%	67.54%	26.54%	100.00%

Tabla 10. Demografía de los eventos reportados (Turno en el que ocurrió el evento).

MES /Turno	Matutino	Vespertino	Nocturno	Mixto	TOTAL
MAY	23	11	12	8	54
JUN	41	17	15	9	82
JUL	36	30	27	7	100
AGO	66	27	18	13	124
SEP	42	11	15	8	76
OCT	74	28	23	34	159
NOV	40	6	9	8	63
DIC	21	10	17	10	58
ENE	40	31	5	13	89
FEB	55	13	10	16	94
MAR	24	23	13	15	75
ABR	7	2	17	3	29
MAY	22	10	11	1	44
JUN	24	9	12	17	62
JUL	10	8	2	4	24
TOTAL	525	236	206	166	1133
PORCENTAJE	46.34%	20.83%	18.18%	14.65%	100.00%

Tabla 11. Evento ocurrido a Paciente, Hospital, Personal, Familiar, Visitante.

EVENTO OCURRIDO A	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	TOT AL	PORCEN TAJE
PACIENTE	35	52	67	82	51	125	42	41	74	60	61	19	31	41	21	802	71%
HOSPITAL (INFRAESTRUCTURA)	9	15	10	25	15	13	11	9	9	30	5	3	7	19	2	182	16%
PERSONAL (TRABAJADOR)	9	13	20	17	10	21	9	7	5	3	9	7	6	2	1	139	12%
FAMILIAR	1	1	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	8	1%
VISITANTE	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24	1133	100%

Tabla 12. Tipo de evento.

TIPO DE EVENTO / MES	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	TOT AL	PORCENT AJE
CUASIFALLA	17	37	46	49	17	43	32	26	35	58	25	15	23	19	4	446	39%
EVENTO ADVERSO	37	44	54	75	59	116	31	32	54	36	50	14	21	43	20	686	61%
EVENTO CENTINELA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24	1133	100%

Tabla 13. Estándar asociado.

ESTÁNDAR ASOCIADO	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	TOT AL	PORCENT AJE
MISP	6	8	11	11	5	11	2	6	5	2	1	2	1	1	3	75	7%
MMU	2	11	11	10	17	34	10	6	18	29	13	1	7	11	4	184	16%
PCI	6	11	8	11	2	9	0	2	3	4	4	6	2	0	0	68	6%
FMS	11	12	15	14	6	11	4	6	9	15	5	3	5	5	2	123	11%
SQE	12	3	11	10	10	12	7	5	4	4	6	4	1	11	2	102	9%
OTROS (QPS)	17	37	44	68	36	82	40	33	50	40	46	13	28	34	13	581	51%
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24	1133	100%

Tabla 14. Definiciones operativas más frecuentes.

DEFINICIÓN OPERATIVA	MAY	JUN	JUL	AUG	SEPT	OCT	NOV	DI C	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY2	JUN3	JUL4	ACUMULADO	PORCENTAJE
Retraso en la realización de estudio/procedimiento/int erconsulta/consulta	2	3	4	6	8	13	7	11	13	9	11	6	10	15	7	125	11.03%
Incumplimiento al llenado del expediente clínico	1	2	3	2	5	26	10	7	11	8	13	3	4	4	3	102	9.00%
Queja	6	6	11	10	1	13	12	3	4	3	3	1	4	2	0	79	6.97%
Personal no capacitado en las funciones que le han sido asignadas	7	2	9	4	5	9	3	0	1	2	5	3	0	5	1	56	4.94%
Error de Medicación (cualquier categoría)	0	0	1	0	5	32	1	1	0	4	0	0	0	5	1	50	4.41%
Omisión de proceso de alta/egreso/traslado de paciente	0	0	1	0	4	6	0	1	10	4	10	0	3	7	2	48	4.24%
Falta de material/equipo/insumo	0	0	2	14	7	5	2	0	1	6	4	2	2	0	1	46	4.06%
Falta o retraso en el cargo/liberación de medicamento/insumo/equipo/servicio	0	1	10	12	6	5	1	0	1	4	0	0	0	0	0	40	3.53%
Prescripción incompleta	0	2	0	0	0	0	1	1	7	12	8	0	0	0	0	31	2.74%
Falta de aplicación de Precauciones Basadas en la transmisión	1	4	3	3	1	2	0	1	0	1	2	6	2	0	0	26	2.29%

Tabla 15. Servicio donde ocurrió el evento.

SERVICIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO / MES	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	TOT AL	PORCE NTAJE
LABORATORIO	2	0	3	8	0	2	1	1	1	1	0	0	2	0	0	21	1.85%
BANCO DE SANGRE	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	0.53%
TERAPIA INTERMEDIA	2	2	4	5	0	3	2	4	3	1	3	0	0	0	0	29	2.56%
CONSULTA EXTERNA	0	3	1	3	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	13	1.15%
UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS	1	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	2	2	1	0	11	0.97%
ENDOSCOPIA	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0.53%
HEMODYNAMIA	2	2	2	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	0.79%
CUNAS	2	1	4	0	2	7	1	0	5	1	1	1	0	0	0	25	2.21%
PEDIATRIA	0	2	3	2	5	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	24	2.12%
QUIROFANO	14	23	24	31	7	13	1	3	4	8	2	2	1	1	1	135	11.92%
IMAGENOLOGIA	3	3	3	5	7	5	5	1	1	1	0	4	1	3	2	44	3.88%
URGENCIAS	2	3	12	16	10	16	6	10	1	4	7	6	9	5	5	112	9.89%
TERAPIA INTENSIVA	4	3	3	6	11	6	1	4	2	0	2	0	7	3	1	53	4.68%
HOSPITALIZACION	17	34	35	44	33	89	40	30	65	64	53	9	21	45	14	593	52.34%
HEMODIÁLISIS	0	1	3	1	0	2	0	1	1	4	0	0	0	2	0	15	1.32%
INHALOTERAPIA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	6	0.53%
TOCOLOGÍA	0	0	3	0	0	3	1	1	0	1	2	1	0	2	1	15	1.32%
ROPERIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09%
QUIMIOTERAPIA	0	0	0	0	0	5	0	0	4	3	2	0	0	0	0	14	1.24%
UNIDAD DE FISIOLÓGÍA CARDIOVASCULAR	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09%
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24	1133	100.00%

Tabla 16. Área involucrada en el evento

ÁREA INVOLUCRADA EN EL EVENTO / MES	M AY	JU N	JU L	AG O	SE P	O CT	N OV	DI C	EN E	FE B	M AR	AB R	M AY	JU N	JU L	TOT AL	PORCEN TAJE
ENFERMERIA	14	20	24	32	21	31	6	16	22	8	7	7	5	9	5	227	20.04%
ÁREA MÉDICA	16	13	27	30	19	61	33	26	34	43	39	3	12	27	10	393	34.69%
FARMACOVIGILANCIA / FARMACIA	0	4	3	5	4	10	0	0	6	3	1	0	6	3	2	47	4.15%
ÁREA DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.18%
INHALOTERAPIA	1	3	2	0	2	5	2	0	4	1	5	4	1	1	0	31	2.74%
LABORATORIO	0	0	2	6	0	1	1	2	2	1	1	1	8	3	1	29	2.56%
IMAGENOLOGÍA	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	1	3	2	12	1.06%
PEDIATRÍA	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	0.44%
UVEH	0	0	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	0.44%
BIOESTADÍSTICA	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0.18%
ENDOSCOPIA	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.18%
CAMILLERIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	4	0.35%
HEMODIALISIS (SUBROGADO)	0	3	3	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	10	0.88%
ADMISIÓN	3	5	9	0	7	16	4	2	1	3	6	4	3	2	0	65	5.74%
BIOMEDICA	7	6	3	9	4	8	2	0	3	8	5	0	0	4	1	60	5.30%
MANTENIMIENTO	4	9	9	5	3	3	4	2	2	4	2	2	5	1	0	55	4.85%
DIETOLOGÍA/ NUTRICIÓN	2	3	0	2	2	4	2	1	2	3	1	0	0	1	0	23	2.03%
LIMPIEZA	2	1	4	5	1	1	2	2	5	4	1	2	1	3	0	34	3.00%
ROPERIA	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.26%
VIGILANCIA	0	2	1	1	1	0	2	4	0	1	1	1	1	1	1	17	1.50%
CAFETERÍA	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	9	0.79%
RELACIONES PUBLICAS	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0.26%
OPERACIONES	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.09%
ADQUISICIONES	0	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	8	0.71%
ALMACEN	3	6	8	18	5	5	2	1	2	4	3	0	1	0	0	58	5.12%
FACTURACIÓN	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	6	0.53%
RECURSOS HUMANOS	1	0	1	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	9	0.79%
SISTEMAS	0	2	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	9	0.79%
NO APLICA (FAMILIAR)	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	4	0.35%
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24	1133	100.00%

Tabla 17. Dirección involucrada en el evento

DIRECCIÓN RESPONSABLE / MES	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L
DIRECCIÓN MÉDICA	32	45	58	79	48	11 2	42	45	71	58	53	18	33	49	21
DIRECCIÓN DE OPERACIONES	18	26	29	27	19	34	17	11	14	24	17	10	10	12	2
DIRECCIÓN FINANCIERA	3	8	9	18	5	8	2	2	2	9	3	1	1	0	1
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO	1	0	1	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0
DIRECCIÓN DE SISTEMAS	0	2	0	0	2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
DIRECCIÓN COMERCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRECCIÓN JURIDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRECCIÓN DE CALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA FAMILIAR / HEMODIÁLISIS SUBROGADO	0	1	3	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0
TOTAL	54	82	10 0	12 4	76	15 9	63	58	89	94	75	29	44	62	24

Tabla 18. Notificador por mes

NOTIFICADOR / MES	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L
ADMINISTRATIVO	17	24	28	37	26	30	11	16	22	17	22	5	13	14	9
ENFERMERÍA	13	19	38	29	25	89	30	16	39	50	33	8	17	32	8
MÉDICO ADSCRITO	16	30	27	38	16	23	11	13	13	10	13	10	10	10	4
FARMACÉUTICO CLÍNICO	0	2	2	3	4	3	6	7	2	10	6	2	4	0	2
MÉDICO RESIDENTE	1	0	1	6	1	3	2	1	4	2	0	0	0	1	0
CAMILLERO	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
OPERATIVO PASTILLERO	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAL DE LIMPIEZA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
TÉCNICO RADIOLOGO	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0
RECEPCIONISTA	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MÉDICO EXTERNO	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	1	0
QUÍMICO DE LABORATORIO	2	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0
BIOMÉDICO	1	2	0	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0
QUÍMICO PREPARADOR DE MEDICAMENTOS	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0
VIGILANTE	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ALMACENISTA	2	0	2	2	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
OFICIAL DE MANTENIMIENTO	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
ASISTENTE	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
NUTRIÓLOGO	1	0	0	0	0	0	0	1	3	3	0	0	0	1	0
TÉCNICO LABORATORISTA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	53	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24

Tabla 19. Consecuencia del evento reportado por mes.

CONSECUENCIAS / MES	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L
A. Error Potencial	1	7	4	2	1	22	6	3	7	1	3	2	0	0	0
B. Error presente, sin alcanzar al paciente/familiar/trabajador/visitante	22	32	42	41	16	54	24	23	41	56	36	10	17	23	7
C. Error sin daño, alcanza paciente/familiar/trabajador/visitante, sin necesidad de intervención	16	31	33	55	44	64	17	19	31	24	28	14	24	35	16
D. Alcanza al paciente/familiar/trabajador/visitante, requiere monitoreo para verificar/evitar daño	8	7	15	20	12	13	10	9	8	10	6	2	3	4	1
E. Con daño temporal, requiere intervención	4	2	3	4	1	5	0	1	1	1	0	0	0	0	0
F. Con daño temporal, requiere hospitalización	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
G. Con daño permanente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Requirió intervención para preservar la vida	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
I. Muerte	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J. No Aplica	2	2	0	0	0	1	6	1	1	1	1	1	0	0	0
TOTAL	54	82	100	124	76	159	63	58	89	94	75	29	44	62	24

Tabla 20. Seguimiento de los eventos reportados por mes.

MES / SEGUIMIENTO	ABIERTO	CERRADO	TOTAL
MAY	20	34	54
JUN	17	65	82
JUL	9	91	100
AGO	17	107	124
SEP	0	76	76
OCT	13	146	159
NOV	9	54	63
DIC	8	50	58
ENE	10	79	89
FEB	28	66	94
MAR	61	14	75
ABR	20	9	29
MAY	25	19	44
JUN	10	52	62
JUL	3	21	24
TOTAL	250	883	1133

INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO.

Tabla 21. Datos para cálculo de Indicadores.

MES	ENE RO	FEBR ERO	MAR ZO	AB RIL	MA YO	JUN IO	JUL IO	AGO STO	SEPTIE MBRE	OCTU BRE	NOVIEM BRE	DICIEM BRE	
2019	Númer o de evento s notifica dos con apego al proces o*.					13	19	34	38	17	56	13	8
	Total de evento s notifica dos.					54	82	100	124	76	159	63	58
	%					24.1	23.2	34	30.6	22.4	35.2	20.6	13.8
2020	Númer o de evento s notifica dos con apego al proces o*.	23	9	16	2	7	11	5					
	Total de evento s notifica dos.	89	94	75	29	44	62	24					
	%	25.8	9.6	21.3	6.9	15.9	17.7	20.8					

* "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad".

Tabla 22. Datos para cálculo de Indicadores.

	MES	ENE RO	FEBR ERO	MAR ZO	AB RIL	MA YO	JU NIO	JUL IO	AGO STO	SEPTIE MBRE	OCTU BRE	NOVIE MBRE	DICIEM BRE
2019	Númer o de errores en la notifica ción de evento s.					41	63	66	86	59	103	50	50
	Total de evento s notifica dos.					54	82	100	124	76	159	63	58
	%					75.9	76.8	66	69.4	77.6	64.8	79.4	86.2
2020	Númer o de errores en la notifica ción de evento s.	66	85	59	27	37	51	19					
	Total de evento s notifica dos.	89	94	75	29	44	62	24					
	%	74.2	90.4	78.7	93.1	84.1	82.3	79. 2					

Tabla 23. Porcentaje de apego al proceso: "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad" del año 2019.

Meta:	100	
Año:	2019	
Mes	Apego	Universo
Ene		
Feb		
Mar		
Abr		
May	13	54
Jun	19	82
Jul	34	100
Ago	38	124
Sep	17	76
Oct	56	159
Nov	13	63
Dic	8	58
Totales	198	716
Media Apego	18.2	

Tabla 24. Porcentaje de apego al proceso: "Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad" del año 2020.

Meta:	100	
Año:	2020	
Mes	Apego	Universo
Ene	23	89
Feb	9	94
Mar	16	75
Abr	2	29
May	7	44
Jun	11	62
Jul	5	24
Ago		
Sep		
Oct		
Nov		
Dic		
Totales	73	417
Media Apego	16.9	

Tabla 25. Porcentaje de errores en la notificación de eventos del año 2019.

Meta:	0	
Año:	2019	
Mes	Apego	Universo
Ene		
Feb		
Mar		
Abr		
May	41	54
Jun	63	82
Jul	66	100
Ago	86	124
Sep	59	76
Oct	103	159
Nov	50	63
Dic	50	58
Totales	518	716
Media Apego	81.8	

Tabla 26. Porcentaje de errores en la notificación de eventos del año 2020.

Meta:	0	
Año:	2020	
Mes	Apego	Universo
Ene	66	89
Feb	85	94
Mar	59	75
Abr	27	29
May	37	44
Jun	51	62
Jul	19	24
Ago		
Sep		
Oct		
Nov		
Dic		
Totales	344	417
Media Apego	83.1	

Tabla 27. Causas de incumplimiento en el año 2019.

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO										Acumulado	
2019	Descripción	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	% Acumulado
	Identificación de qué/quién se reporta el evento	14	13	28	35	27	35	14	21	187	16.94
	Identificación del tipo de Evento	9	23	23	20	16	29	30	22	172	15.58
	Consideración de la 2da víctima (Sólo eventos centinela)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Identificación del estándar al que pertenece el evento	9	13	17	5	5	23	13	12	97	8.79
	Identificación de la definición operativa	13	29	24	25	20	37	21	22	191	17.30
	Identificación del servicio en donde ocurrió el evento	0	2	0	2	0	1	0	2	7	0.63
	Identificación del área involucrada en el evento	6	11	6	17	4	1	7	11	63	5.71
	Identificación del personal involucrado en el evento	8	18	14	17	0	1	14	7	79	7.16
	Seguimiento según consecuencia (análisis)	24	32	40	60	27	63	33	29	308	27.90
	¿Hubo retroalimentación?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	83	141	152	181	99	190	132	126	1104	100	

Tabla 28. Causas de incumplimiento en el año 2019.

CAUSAS DE INCUMPLIMIENTO									Acumulado	
2020	Descripción	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	Total	% Acumulado
	Identificación de qué/quién se reporta el evento	20	25	18	3	11	20	7	104	13.67
	Identificación del tipo de Evento	23	55	24	3	18	19	2	144	18.92
	Consideración de la 2da víctima (Sólo eventos centinela)	0	0	0	3	0	0	0	3	0.39
	Identificación del estándar al que pertenece el evento	19	34	16	3	7	12	1	92	12.09
	Identificación de la definición operativa	33	41	21	3	13	21	6	138	18.13
	Identificación del servicio en donde ocurrió el evento	0	1	2	1	1	0	0	5	0.66
	Identificación del área involucrada en el evento	7	10	5	4	10	9	5	50	6.57
	Identificación del personal involucrado en el evento	7	7	2	1	8	7	3	35	4.60
	Seguimiento según consecuencia (análisis)	38	47	33	16	22	24	10	190	24.97
	¿Hubo retroalimentación?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	147	220	121	37	90	112	34	761	100	

INFORMACIÓN RECOPIADA DE LA ENCUESTA HOSPITALARIA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Análisis por ITEMS.

TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES.

Tabla 29. Elementos redactados positivamente A1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	8	1.9	8.5	NEGATIVO
2= En desacuerdo	28	6.6		
3= Ninguna	22	5.2	5.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	265	62.4	86.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	102	24.0		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 30. Elementos redactados positivamente A3

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	1.2	7.5	NEGATIVO
2= En desacuerdo	27	6.4		
3= Ninguna	48	11.3	11.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	230	54.1	81.2	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	115	27.1		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 31. Elementos redactados positivamente A4

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	6	1.4	5.9	NEGATIVO
2= En desacuerdo	19	4.5		
3= Ninguna	12	2.8	2.8	NEUTRAL
4= De acuerdo	214	50.4	91.3	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	174	40.9		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 32. Elementos redactados positivamente A11

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	12	2.8	15.1	NEGATIVO
2= En desacuerdo	52	12.2		
3= Ninguna	56	13.2	13.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	235	55.3	71.8	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	70	16.5		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 33. Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente

Elementos redactados positivamente B1				
Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	26	6.1	18.8	NEGATIVO
2= En desacuerdo	54	12.7		
3= Ninguna	80	18.8	18.8	NEUTRAL
4= De acuerdo	181	42.6	62.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	84	19.8		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 34. Elementos redactados positivamente B2

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	22	5.2	16.0	NEGATIVO
2= En desacuerdo	46	10.8		
3= Ninguna	73	17.2	17.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	203	47.8	66.8	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	81	19.1		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 35. Elementos redactados negativamente B3

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	56	13.2	48.2	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	149	35.1		
3= Ninguna	3	136	32.0	32.0	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	65	15.3	19.8	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	19	4.5		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 36. Elementos redactados negativamente B4

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	90	21.2	56.7	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	151	35.5		
3= Ninguna	3	106	24.9	24.9	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	65	15.3	18.4	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	13	3.1		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: MEJORA CONTINUA

Tabla 37. Elementos redactados positivamente A6

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	3	0.7	5.4	NEGATIVO
2= En desacuerdo	20	4.7		
3= Ninguna	32	7.5	7.5	NEUTRAL
4= De acuerdo	250	58.8	87.1	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	120	28.2		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 38. Elementos redactados positivamente A9

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	13	3.1	11.3	NEGATIVO
2= En desacuerdo	35	8.2		
3= Ninguna	73	17.2	17.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	257	60.5	71.5	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	47	11.1		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 39. Elementos redactados positivamente A13

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	9	2.1	8.0	NEGATIVO
2= En desacuerdo	25	5.9		
3= Ninguna	89	20.9	20.9	NEUTRAL
4= De acuerdo	241	56.7	71.1	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	61	14.4		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

APOYO A LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 40. Elementos redactados positivamente F1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	3	0.7	5.9	NEGATIVO
2= En desacuerdo	22	5.2		
3= Ninguna	42	9.9	9.9	NEUTRAL
4= De acuerdo	262	61.6	84.2	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	96	22.6		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 41. Elementos redactados positivamente F8

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	3	0.7	5.4	NEGATIVO
2= En desacuerdo	20	4.7		
3= Ninguna	51	12.0	12.0	NEUTRAL
4= De acuerdo	229	53.9	82.6	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	122	28.7		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 42. Elementos redactados negativamente F9

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	37	8.7	41.6	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	140	32.9		
3= Ninguna	3	94	22.1	22.1	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	117	27.5	36.2	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	37	8.7		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

PERCEPCIONES GENERALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 43. Elementos redactados positivamente A15

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	9	2.1	14.4	NEGATIVO
2= En desacuerdo	52	12.2		
3= Ninguna	82	19.3	19.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	200	47.1	66.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	82	19.3		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 44. Elementos redactados positivamente A18

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	6	1.4	8.2	NEGATIVO
2= En desacuerdo	29	6.8		
3= Ninguna	44	10.4	10.4	NEUTRAL
4= De acuerdo	274	64.5	81.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	72	16.9		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 45. Elementos redactados negativamente A10

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	30	7.1	25.4	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	78	18.4		
3= Ninguna	3	112	26.4	26.4	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	160	37.6	48.2	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	45	10.6		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 46. Elementos redactados negativamente A17

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	81	19.1	46.8	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	118	27.8		
3= Ninguna	3	150	35.3	35.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	63	14.8	17.9	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	13	3.1		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

COMENTARIOS Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

Tabla 47. Elementos redactados positivamente C1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	16	3.8	12.0	NEGATIVO
2= Rara vez	35	8.2		
3= A veces	123	28.9	28.9	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	183	43.1	59.1	POSITIVO
5= Siempre	68	16.0		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 48. Elementos redactados positivamente C3

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	12	2.8	10.4	NEGATIVO
2= Rara vez	32	7.5		
3= A veces	84	19.8	19.8	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	170	40.0	69.9	POSITIVO
5= Siempre	127	29.9		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 49. Elementos redactados positivamente C5

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	11	2.6	10.1	NEGATIVO
2= En desacuerdo	32	7.5		
3= Ninguna	88	20.7	20.7	NEUTRAL
4= De acuerdo	181	42.6	69.2	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	113	26.6		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

APERTURA COMUNICATIVA

Tabla 50. Elementos redactados positivamente C2

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	9	2.1	11.1	NEGATIVO
2= Rara vez	38	8.9		
3= A veces	113	26.6	26.6	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	167	39.3	62.4	POSITIVO
5= Siempre	98	23.1		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 51. Elementos redactados positivamente C4

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	72	16.9	32.7	NEGATIVO
2= Rara vez	67	15.8		
3= A veces	138	32.5	32.5	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	106	24.9	34.8	POSITIVO
5= Siempre	42	9.9		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 52. Elementos redactados negativamente C6

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	5	91	21.4	51.8	POSITIVO
2= Rara vez	4	129	30.4		
3= A veces	3	140	32.9	32.9	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	2	49	11.5	15.3	NEGATIVO
5= Siempre	1	16	3.8		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Tabla 53. Elementos redactados positivamente D1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	11	2.6	14.8	NEGATIVO
2= Rara vez	52	12.2		
3= A veces	94	22.1	22.1	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	160	37.6	63.1	POSITIVO
5= Siempre	108	25.4		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 54. Elementos redactados positivamente D2

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	14	3.3	14.4	NEGATIVO
2= Rara vez	47	11.1		
3= A veces	104	24.5	24.5	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	162	38.1	61.2	POSITIVO
5= Siempre	98	23.1		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 55. Elementos redactados positivamente D3

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Nunca	10	2.4	12.0	NEGATIVO
2= Rara vez	41	9.6		
3= A veces	81	19.1	19.1	NEUTRAL
4= La mayoría de la veces	176	41.4	68.9	POSITIVO
5= Siempre	117	27.5		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS UNIDADES

Tabla 56. Elementos redactados positivamente F4

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	14	3.3	18.8	NEGATIVO
2= En desacuerdo	66	15.5		
3= Ninguna	63	14.8	14.8	NEUTRAL
4= De acuerdo	238	56.0	66.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	44	10.4		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 57. Elementos redactados positivamente F10

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	1.2	7.3	NEGATIVO
2= En desacuerdo	26	6.1		
3= Ninguna	64	15.1	15.1	NEUTRAL
4= De acuerdo	244	57.4	77.6	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	86	20.2		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 58. Elementos redactados negativamente F2

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	28	6.6	35.1	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	121	28.5		
3= Ninguna	3	112	26.4	26.4	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	140	32.9	38.6	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	24	5.6		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 59. Elementos redactados negativamente F6

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	58	13.6	49.6	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	153	36.0		
3= Ninguna	3	130	30.6	30.6	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	72	16.9	19.8	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	12	2.8		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

EL PERSONAL

Tabla 60. Elementos redactados positivamente A2

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	48	11.3	42.4	NEGATIVO
2= En desacuerdo	132	31.1		
3= Ninguna	48	11.3	11.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	163	38.4	46.4	POSITIVO
5= Totalmente de acuerdo	34	8.0		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 61. Elementos redactados negativamente A5

Respuesta Original	Recodificación	Número de respuestas	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	18	4.2	20.2	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	68	16.0		
3= Ninguna	3	152	35.8	35.8	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	147	34.6	44.0	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	40	9.4		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 62. Elementos redactados negativamente A7

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	41	9.6	30.1	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	87	20.5		
3= Ninguna	3	167	39.3	39.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	109	25.6	30.6	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	21	4.9		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 63. Elementos redactados negativamente A14

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	16	3.8	25.6	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	93	21.9		
3= Ninguna	3	103	24.2	24.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	173	40.7	50.1	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	40	9.4		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

TRANSFERENCIAS Y TRANSICIONES

Tabla 64. Elementos redactados negativamente F3

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	47	11.1	44.7	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	143	33.6		
3= Ninguna	3	116	27.3	27.3	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	106	24.9	28.0	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	13	3.1		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 65. Elementos redactados negativamente F5

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	62	14.6	48.0	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	142	33.4		
3= Ninguna	3	109	25.6	25.6	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	97	22.8	26.4	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	15	3.5		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 66. Elementos redactados negativamente F7

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	35	8.2	42.8	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	147	34.6		
3= Ninguna	3	123	28.9	28.9	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	110	25.9	28.2	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	10	2.4		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 67. Elementos redactados negativamente F11

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	41	9.6	43.3	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	143	33.6		
3= Ninguna	3	120	28.2	28.2	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	103	24.2	28.5	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	18	4.2		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

RESPUESTA NO PUNITIVA A ERRORES

Tabla 68. Elementos redactados negativamente A8

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	31	7.3	28.5	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	90	21.2		
3= Ninguna	3	149	35.1	35.1	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	114	26.8	36.5	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	41	9.6		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 69. Elementos redactados negativamente A12

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	20	4.7	24.0	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	82	19.3		
3= Ninguna	3	92	21.6	21.6	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	177	41.6	54.4	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	54	12.7		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

Tabla 70. Elementos redactados negativamente A16

Respuesta Original	Recodificación	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= Totalmente en desacuerdo	5	13	3.1	16.5	POSITIVO
2= En desacuerdo	4	57	13.4		
3= Ninguna	3	128	30.1	30.1	NEUTRAL
4= De acuerdo	2	174	40.9	53.4	NEGATIVO
5= Totalmente de acuerdo	1	53	12.5		
TOTAL		425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió					
Número total de respuestas		425			

GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Tabla 71. Elementos redactados positivamente E1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1= 0-2 (MALO)	19	4.5	5.6	NEGATIVO
2= 3-4 (POBRE)	5	1.2		
3= 5-6 (ACEPTABLE)	30	7.1	7.1	NEUTRAL
4= 7-8 (MUY BUENO)	149	35.1	87.3	POSITIVO
5= 9-10 (EXCELENTE)	222	52.2		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

CANTIDAD DE INCIDENTES REPORTADOS

Tabla 72. Elementos redactados positivamente G1

Respuesta Original	Frecuencia (Número de respuestas)	Porcentajes de las respuestas	Porcentajes combinados	
1=NINGUNO	249	58.6	58.6	NEGATIVO
2= 1 a 2 eventos	112	26.4	41.4	POSITIVO
3= 3 a 5 eventos	40	9.4		
4= 6 a 10 eventos	14	3.3		
5= 11 a 20 eventos	7	1.6		
6= 21 o más eventos	3	0.7		
TOTAL	425	100.0	100.0	
En blanco = No respondió				
Número total de respuestas	425			

Tabla 73.

Elementos que miden: Trabajo en equipo dentro de las unidades	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcen taje de respue stas positiv as al artícul o
Elementos redactados positivamente A1: En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	367	NA	425	86%
Elementos redactados positivamente A3: Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	345	NA	425	81%
Elementos redactados positivamente A4: En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	388	NA	425	91%
Elementos redactados positivamente A11 Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden	305	NA	425	72%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje	83%

Tabla 74.

Elementos que miden: Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente B1: Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo con los procedimientos de seguridad del paciente establecidos	265	NA	425	62%
Elementos redactados positivamente B2: Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	284	NA	425	67%
Elementos redactados negativamente B3: Cuando aumente la presión de trabajo, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	NA	205	425	48%
Elementos redactados negativamente B4: Mi supervisor/jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez	NA	241	425	57%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje	59%

Tabla 75.

Elementos que miden: Aprendizaje organizacional: Mejora continua	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente A6: Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes	370	NA	425	87%
Elementos redactados positivamente A9: Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	304	NA	425	72%
Elementos redactados positivamente A13: Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad	302	NA	425	71%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje medio	77%

Tabla 76.

Elementos que miden: Apoyo a la Gestión de la Seguridad del Paciente	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente F1: La dirección de este hospital proporciona un ambiente de trabajo que promueve la seguridad del paciente.	358	NA	425	84%
Elementos redactados positivamente F8: Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es de alta prioridad.	351	NA	425	83%
Elementos redactados positivamente F9: La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente, sólo después de que ocurre un evento adverso	NA	177	425	42%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje medio	69%

Tabla 77.

Elementos que miden: Percepciones generales de la seguridad del paciente	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente A15: En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo, por hacer más trabajo.	282	NA	425	66%
Elementos redactados positivamente A18: Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.	346	NA	425	81%
Elementos redactados negativamente A10: En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad	NA	108	425	25%
Elementos redactados negativamente A17: Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.	NA	199	425	47%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje medio	55%

Tabla 78.

Elementos que miden: Comentarios y comunicación sobre errores	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente C1: Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio	251	NA	425	59%
Elementos redactados positivamente C3: Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio	297	NA	425	70%
Elementos redactados positivamente C5: En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	294	NA	425	69%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje medio	66%

Tabla 79.

Elementos que miden: Apertura comunicativa	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente C2: El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	265	NA	425	62%
Elementos redactados positivamente C4: El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	148	NA	425	35%
Elementos redactados negativamente C6: El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	NA	220	425	52%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje medio	50%

Tabla 80.

Elementos que miden: Frecuencia de eventos notificados	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente D1: Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	268	NA	425	63%
Elementos redactados positivamente D2: Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	260	NA	425	61%
Elementos redactados positivamente D3: Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	293	NA	425	69%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje	64%

Tabla 81.

Elementos que miden: Trabajo en equipo entre unidades	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente F4: Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	282	NA	425	66%
Elementos redactados positivamente F10: Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	330	NA	425	78%
Elementos redactados negativamente F2: Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	NA	149	425	35%
Elementos redactados negativamente F6: Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.	NA	211	425	50%
NA= NO APLICA de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje medio	57%

Tabla 82.

Elementos que miden: El personal	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente A2: Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	197	NA	425	46%
Elementos redactados negativamente A5: El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	NA	86	425	20%
Elementos redactados negativamente A7: Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	NA	128	425	30%
Elementos redactados negativamente A14: Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	NA	109	425	26%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje	31%

Tabla 83.

Elementos que miden: Transferencias y transiciones	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados negativamente F3: La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra	NA	190	425	45%
Elementos redactados negativamente F5: Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	NA	204	425	48%
Elementos redactados negativamente F7: A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	NA	182	425	43%
Elementos redactados negativamente F11: Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este hospital.	NA	184	425	43%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 4 elementos=			Porcentaje	45%

Tabla 84.

Elementos que miden: Respuesta no punitiva a errores	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados negativamente A8: El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	NA	121	425	28%
Elementos redactados negativamente A12: Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	NA	102	425	24%
Elementos redactados negativamente A16: El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	NA	70	425	16%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en los 3 elementos=			Porcentaje	23%

Tabla 85.

Elementos que miden: Grado de seguridad del paciente	Elementos redactados positivamente #de respuestas: "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo"	Elementos redactados negativamente #de respuestas: "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo"	# Total de respuestas (Excluyendo las respuestas que faltan)	porcentaje de respuestas positivas al artículo
Elementos redactados positivamente E1: Por favor, déle a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente.	371	NA	425	87%
NA= NO APLICA medio de respuesta positiva en el elemento=			Porcentaje	87%

Tabla 86.

# de respuestas	425
# de encuestas administradas	570
Tasa de respuesta	74.56%

Tabla 87.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Personal de enfermería	110	25.9%
Otros, por favor especifique:	245	57.6%
Personal médico	70	16.5%
Total	425	100.0%

Tabla 88.

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	139	32.7%
Vespertino	76	17.9%
Mixto	89	20.9%
Nocturno	112	26.4%
Jornada Acumulada	9	2.1%
Total	425	100.00%

Tabla 89.

Área	Frecuencia	Porcentaje
Admisión	22	5.2%
Adquisiciones	7	1.6%
Almacén	12	2.8%
Anestesia	13	3.1%
Banco de Sangre	3	0.7%
Bioestadística	7	1.6%
Biomédica	9	2.1%
Cafetería	5	1.2%
Caja	8	1.9%
Calidad	2	0.5%
Camillería	13	3.1%
Cirugía	1	0.2%
Comercial	18	4.2%
Consulta Externa	11	2.6%
Contabilidad	7	1.6%
Cuentas por Pagar	3	0.7%
Cunas	11	2.6%
Dietología	18	4.2%
Dirección General	4	0.9%
Dirección Médica	7	1.6%
Dirección Operativa	1	0.2%
Enfermería	39	9.2%
Facturación	12	2.8%
Farmacia	13	3.1%
Farmacovigilancia	4	0.9%
Hemodinamia	1	0.2%
Hospitalización	10	2.4%
Imagenología	12	2.8%
Inhaloterapia	5	1.2%
Laboratorio	19	4.5%
Mantenimiento	8	1.9%
Medicina Interna	2	0.5%
Mesa de Control	4	0.9%
Pediatría	3	0.7%
Quirófano	28	6.6%
Recursos Humanos	11	2.6%
Relaciones Públicas	5	1.2%
Ropería	4	0.9%
Servicios Generales	3	0.7%
Sistemas	5	1.2%
Terapia Intensiva	10	2.4%
Terapia Intermedia	1	0.2%
Tocología	8	1.9%
Unidad de Cuidados Coronarios	4	0.9%
Unidad de Vigilancia Epidemiológica	1	0.2%
Urgencias	31	7.3%
Total	425	100.0%

Tabla 90.

Área de trabajo en el Hospital	Frecuencia	Porcentaje
a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica	85	20.0%
b. Medicina (No-quirúrgica)	12	2.8%
c. Cirugía	25	5.9%
d. Obstetricia	11	2.6%
e. Pediatría	12	2.8%
f. Urgencias	41	9.6%
g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)	19	4.5%
j. Farmacia	15	3.5%
k. Laboratorio	18	4.2%
l. Radiología	12	2.8%
m. Anestesiología	14	3.3%
n. Otros, por favor especifique:	161	37.9%
Total	425	100.00%

Tabla 91.

Tiempo en el hospital	Frecuencia	Porcentaje
a. Menos de 1 año	90	21.2%
b. De 1 a 5 años	191	44.9%
c. 6 a 10 años	56	13.2%
d. De 11 a 15 años	21	4.9%
e. De 16 a 20 años	24	5.6%
f. 21 años o más	43	10.1%
Total	425	100.00%

Tabla 92.

Tiempo en el servicio	Frecuencia	Porcentaje
a. Menos de 1 año	98	23.1%
b. De 1 a 5 años	207	48.7%
c. 6 a 10 años	50	11.8%
d. De 11 a 15 años	21	4.9%
e. De 16 a 20 años	26	6.1%
f. 21 años o más	23	5.4%
Total	425	100.00%

Tabla 93.

Horas de trabajo por semana	Frecuencia	Porcentaje
a. Menos de 20 horas por semana	6	1.4%
b. De 20 a 39 horas por semana	72	16.9%
c. De 40 a 59 horas por semana	318	74.8%
d. De 60 a 79 horas por semana	22	5.2%
e. De 80 a 99 horas por semana	6	1.4%
f. 100 horas por semana o más	1	0.2%
Total	425	100.00%

Tabla 94.

Puesto desempeñado en el hospital	Frecuencia	Porcentaje
a. Enfermera general titulada	58	13.65%
b. Enfermera especialista titulada	18	4.24%
c. Auxiliar de enfermería	26	6.12%
e. Médico general	18	4.24%
f. Médico especialista	43	10.12%
g. Otros, por favor especifique	262	61.65%
Total	425	100.00%

Tabla 93.

Contacto con pacientes	Frecuencia	Porcentaje
a. SÍ, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.	277	65.2%
b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes.	148	34.8%
Total	425	100.00%

Tabla 94.

Tiempo de trabajo en la profesión	Frecuencia	Porcentaje
a. Menos de 1 año	33	7.8%
b. De 1 a 5 años	162	38.1%
c. De 6 a 10 años	60	14.1%
d. De 11 a 15 años	47	11.1%
e. De 16 a 20 años	48	11.3%
f. 21 años o más	75	17.6%
Total	425	100.0%

Datos para determinar la relación de la cultura de calidad y seguridad del paciente y la tasa de notificación de eventos relacionados con la seguridad.

Tabla 97. Elementos medibles de la cultura de seguridad

Elementos medibles de la cultura de seguridad	Porcentaje
Trabajo en equipo dentro de las unidades	82.6%
Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente	58.5%
Aprendizaje organizacional: Mejora continua	76.5%
Apoyo a la Gestión de la Seguridad del Paciente	69.5%
Percepciones generales de la seguridad del paciente	55.0%
Comunicación e Información sobre errores	66.0%
Apertura comunicativa	49.6%
Frecuencia de eventos notificados	64.4%
Trabajo en equipo entre unidades	57.2%
El personal	30.6%
Transferencias y transiciones	44.7%
Respuesta no punitiva a errores	23.0%
Total	56.5%

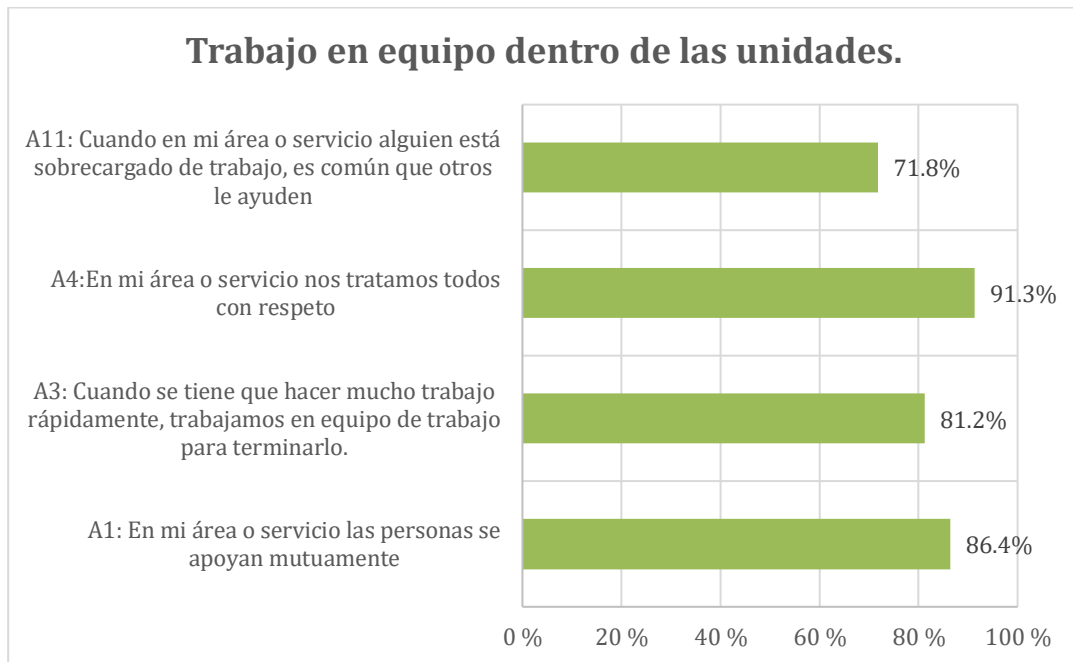
Tabla 98. Tasa de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

TASA DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (%)			
MES	EVENTOS	EGRESOS	%
MAY	54	718	7.5%
JUN	82	685	12.0%
JUL	100	718	13.9%
AGO	124	682	18.2%
SEP	76	636	11.9%
OCT	159	600	26.5%
NOV	63	520	12.1%
DIC	58	569	10.2%
ENE	89	546	16.3%
FEB	94	489	19.2%
MAR	75	468	16.0%
ABR	29	315	9.2%
MAY	44	404	10.9%
JUN	62	444	14.0%
JUL	24	485	4.9%

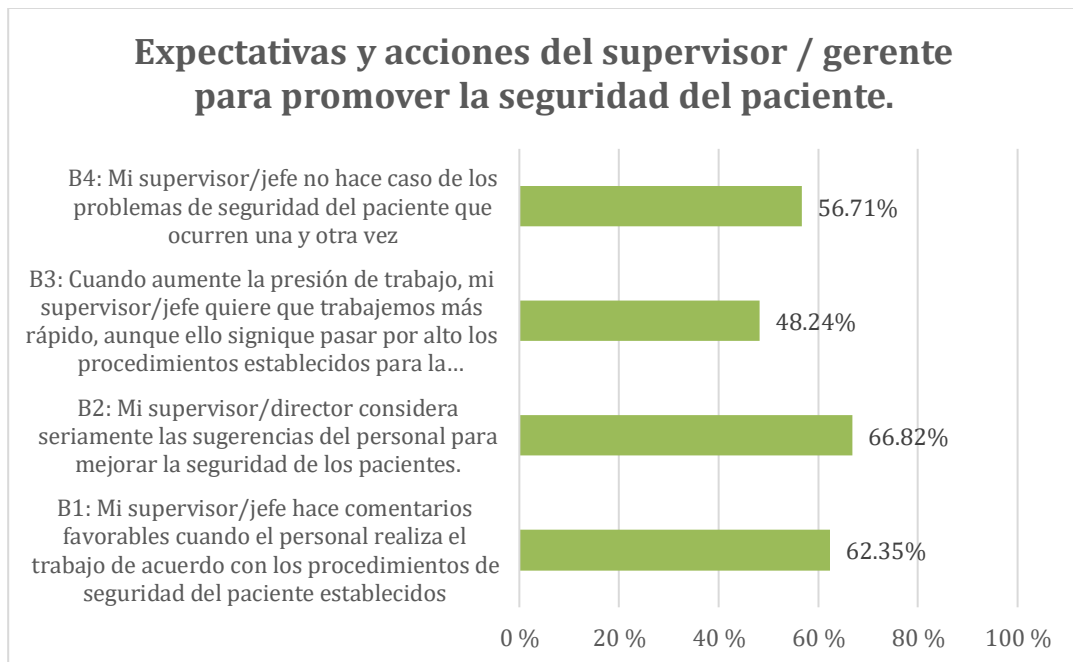
Tabla 99. Comparación de los elementos medibles de la cultura de seguridad con reportes previos.

Elementos medibles de la cultura de seguridad	AHRQ (2018)	SHENZHEN (2019)	TESIS (2019- 2020)
Trabajo en equipo dentro de las unidades	82.0%	86.9%	82.6%
Expectativas y acciones del supervisor / gerente para promover la seguridad del paciente	80.0%	78.2%	58.5%
Aprendizaje organizacional: Mejora continua	72.0%	87.2%	76.5%
Apoyo a la Gestión de la Seguridad del Paciente	72.0%	72.5%	69.5%
Percepciones generales de la seguridad del paciente	66.0%	64.2%	55.0%
Comentarios y comunicación sobre errores	69.0%	86.7%	66.0%
Apertura comunicativa	66.0%	67.2%	49.6%
Frecuencia de eventos notificados	67.0%	72.2%	64.4%
Trabajo en equipo entre unidades	62.0%	63.7%	57.2%
El personal	53.0%	37.6%	30.6%
Transferencias y transiciones	48.0%	57.2%	44.7%
Respuesta no punitiva a errores	47.0%	35.8%	23.0%
Total	65.3%	67.5%	56.5%

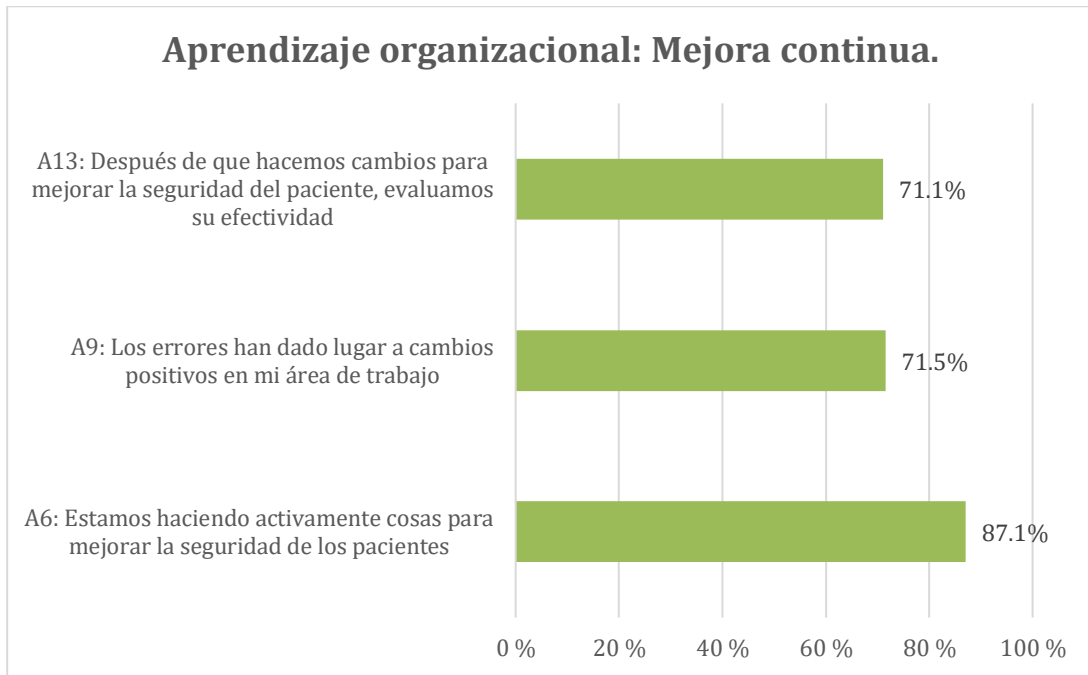
ANEXO III. Gráficas
Análisis por ITEMS



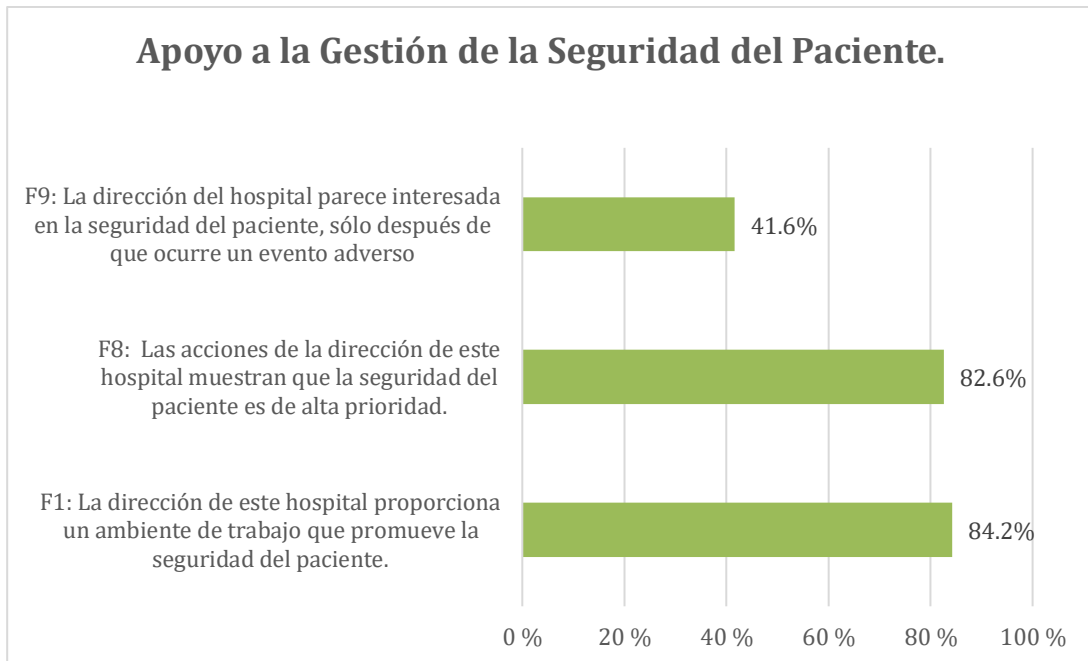
Gráfica 28. Trabajo en equipo dentro de las unidades.



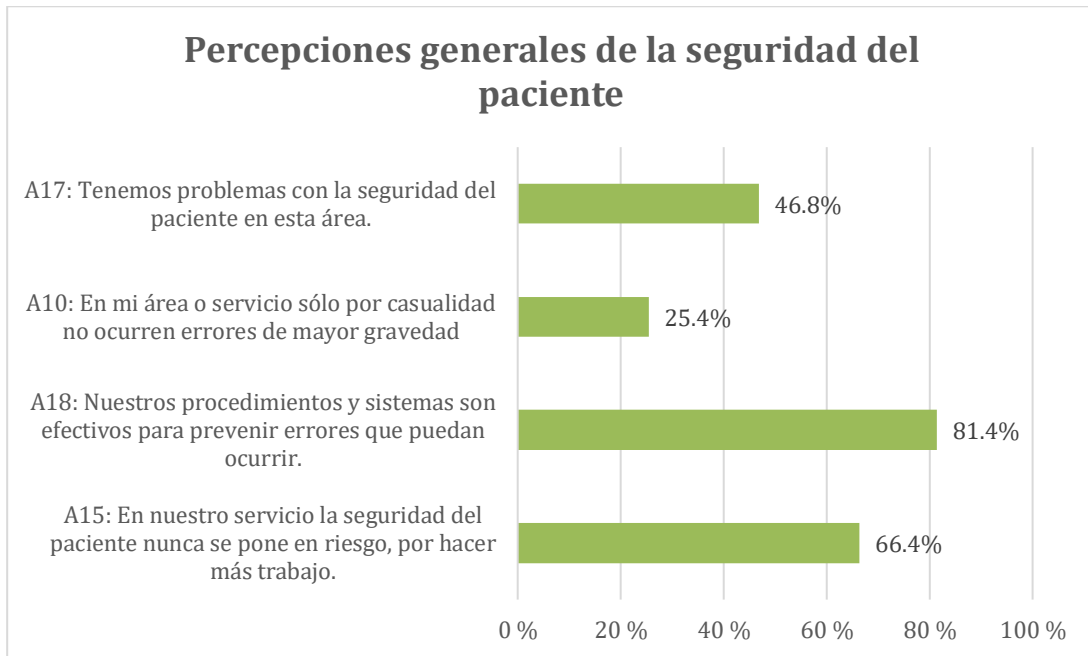
Gráfica 29. Expectativas y acciones del supervisor o gerente para promover la seguridad del paciente.



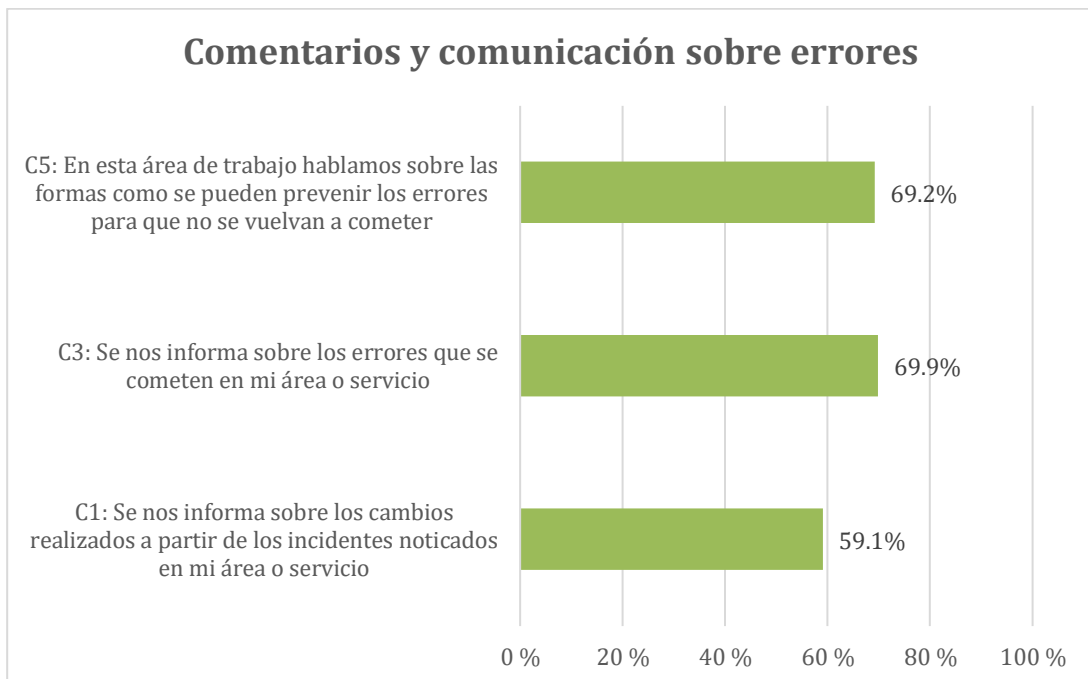
Gráfica 30. Aprendizaje organizacional: Mejora continua.



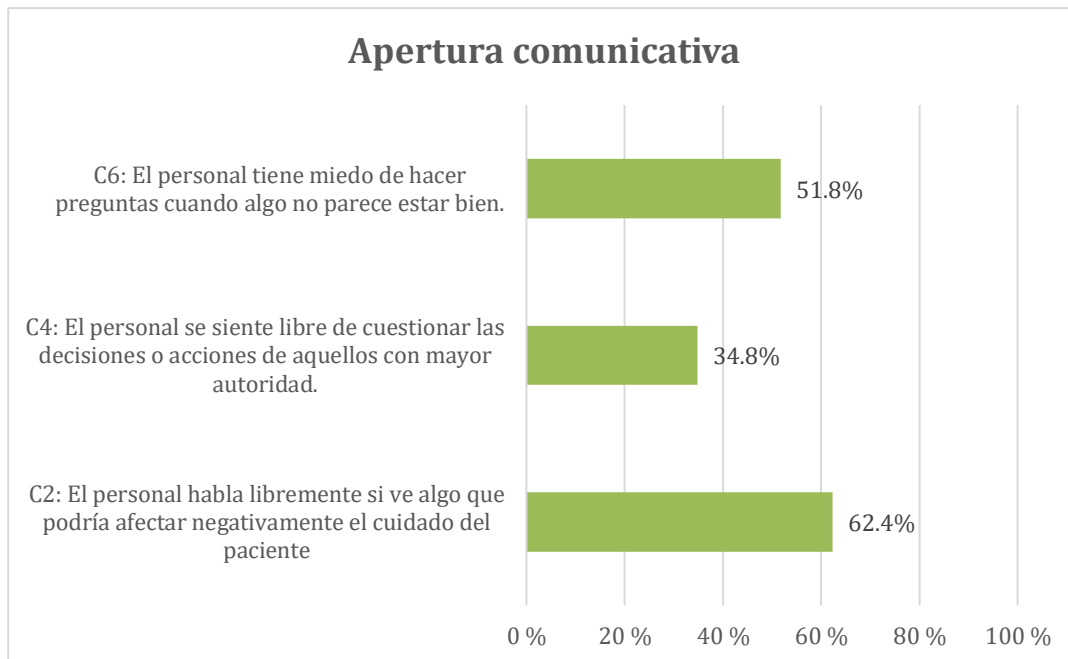
Gráfica 31. Apoyo a la gestión de la Seguridad del paciente.



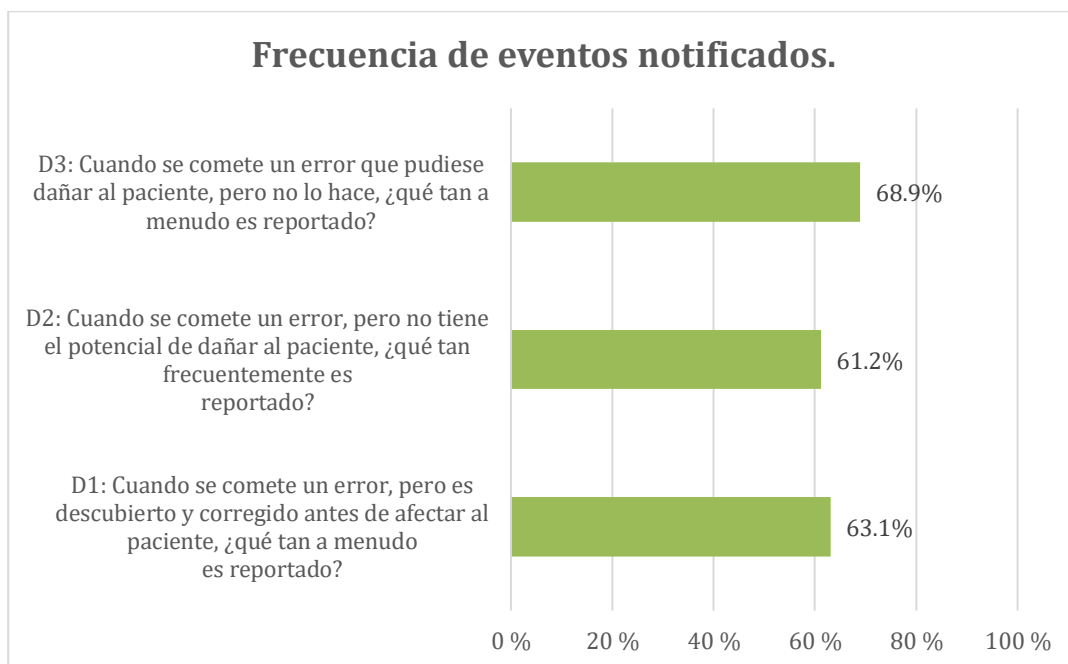
Gráfica 32. Percepciones generales de la seguridad del paciente.



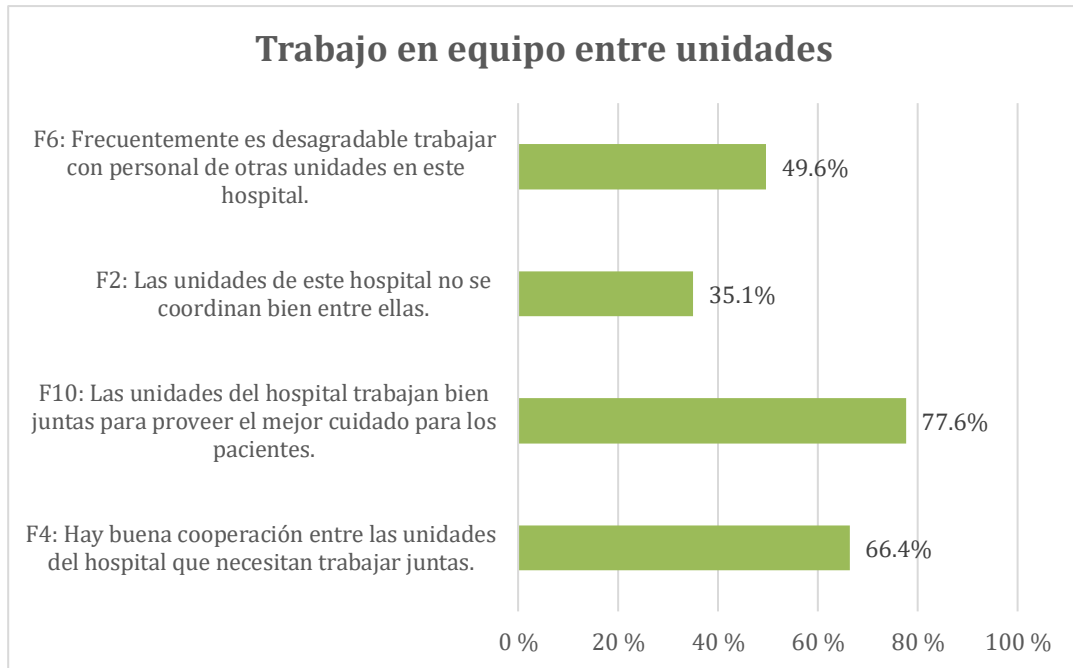
Gráfica 33. Comentarios y comunicación sobre errores.



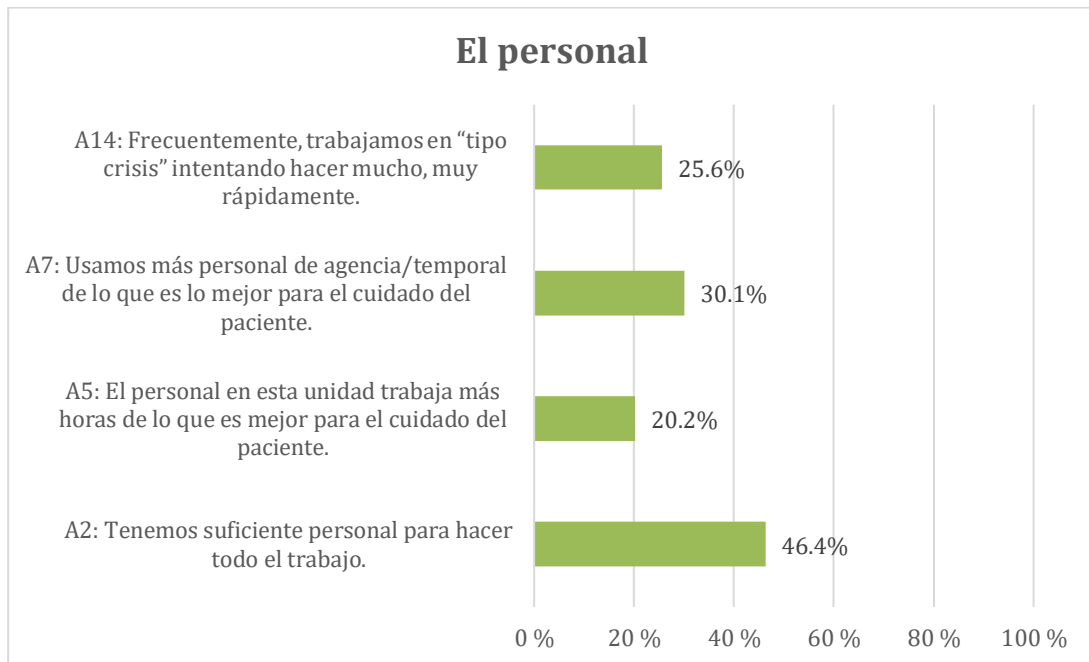
Gráfica 34. Apertura comunicativa.



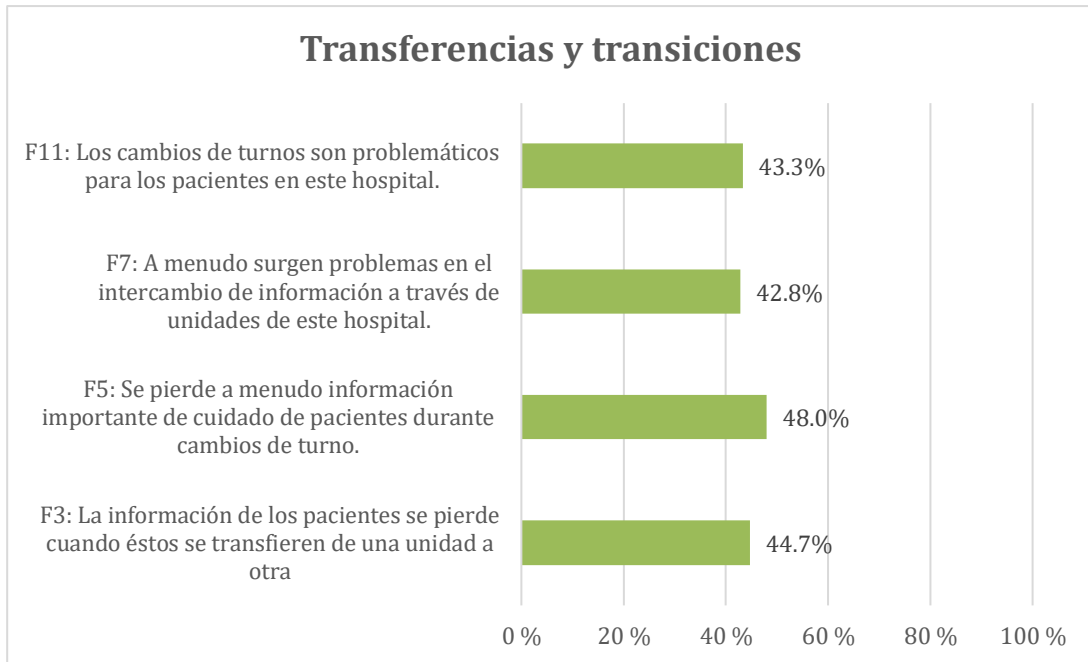
Gráfica 35. Frecuencia de eventos notificados.



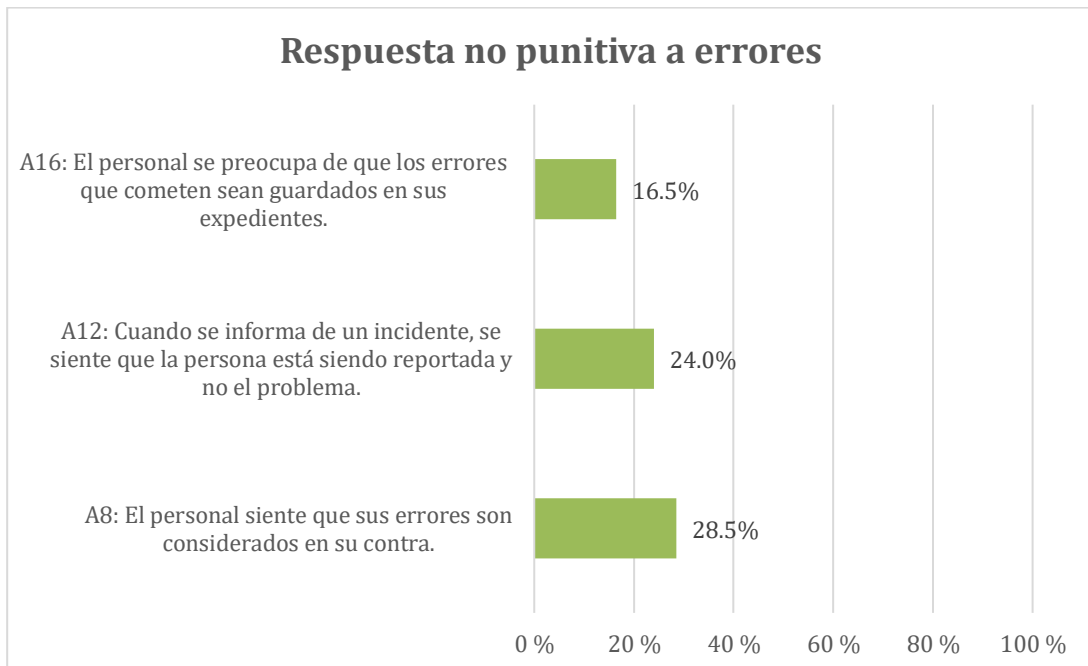
Gráfica 36. Trabajo en equipo entre unidades.



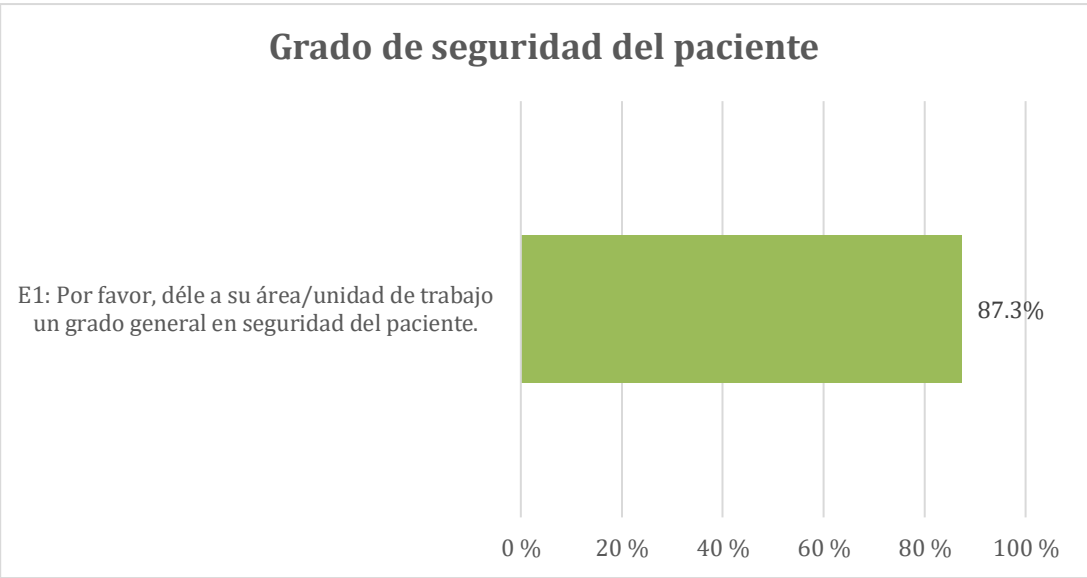
Gráfica 37. El personal.



Gráfica 38. Transferencias y transiciones.



Gráfica 39. Respuesta no punitiva a errores.



Gráfica 40. Grado de seguridad del paciente.

ANEXO IV. Glosario

A

Asistencia sanitaria: Conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

Atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

C

Calidad de la atención: Grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios.

Cuasifalla: Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Cultura de seguridad: Las percepciones, creencias, valores y actitudes compartidas de una organización que se combinan para crear un compromiso con la seguridad y un esfuerzo por minimizar el daño.

Clima de seguridad: es un componente medible de la cultura de seguridad que, mediante la utilización de instrumentos diseñados para su medición, refleja la percepción de seguridad en las instituciones de salud.

E

Error asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial.

Error médico: Cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, y cuyo origen puede relacionarse con la

organización e implementación del servicio, a través de múltiples y complejos mecanismos.

Evento adverso: Aquel incidente que genera daño al paciente, causado después de que éste ingresa a la institución médica y está relacionado más con el cuidado proveído, o con ocasión de éste, que con la enfermedad que sufría originalmente y por la cual requirió su internamiento a la unidad hospitalaria.

Evento centinela: Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.

G

Gestión de riesgos: Proceso de identificar, analizar y cuantificar las probabilidades de pérdidas y efectos secundarios que se desprenden de los desastres, así como de las acciones preventivas, correctivas y reductivas correspondientes que deben emprenderse.

I

Indicador de proceso: Herramientas de medición que contribuyen a valorar la forma en que se desarrollan las diversas actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Indicador de resultado: Herramientas de medición que miden el nivel de éxito alcanzado en los pacientes, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

P

Peligro potencial: Una amenaza capaz de afectar a las personas, sus propiedades o el medio ambiente, por lo que requiere de una evaluación del riesgo y de una posible evacuación.

S

Seguridad del paciente: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Segunda víctima: Aquellos profesionales sanitarios implicados en un evento adverso inesperado, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierten en víctimas en el sentido que quedan traumatizados por el evento.

Sistema de reporte: Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos relacionados con la seguridad del paciente producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes.