



Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México

Patient's safety culture perception by resident physicians in Mexico

Alicia Hamui-Sutton¹, Jorge Alfonso Pérez-Castro y Vázquez², Verónica Daniela Durán-Pérez¹, Sahira Eunice García-Téllez¹, Sonia Beatriz Fernández-Cantón³, Miguel Ángel Lezana-Fernández³, José Antonio Carrasco-Rojas⁴

RESUMEN

Introducción: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la División de Estudios Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM aplicaron el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” de la AHRQ a médicos residentes con el objetivo de conocer el nivel de cultura de Seguridad del Paciente (SP). **Material y Métodos:** Se trata de un estudio transversal y descriptivo aplicado “online” previa invitación personalizada a 8354 médicos residentes de 78 especialidades médicas. **Resultados:** La muestra de estudio fue de 2500 residentes que se agruparon de acuerdo a la especialidad en: 1. Quirúrgicas, 2. Clínicas, 3. Salud Pública y Atención Primaria, y 4. Especialidades Auxiliares y de Diagnóstico. Los datos demográficos relevantes fueron similitud de participación por género, edad promedio de 28 años, según la participación institucional la SS y el IMSS tuvieron 42.2% y 29% respectivamente. El 92.4% de los encuestados conocía el concepto de seguridad del paciente previamente, y la calificación promedio para la seguridad hospitalaria fue de 6.9 /10. **Conclusiones:** La principal fortaleza detectada fue el Aprendizaje organizacional y mejora continua; las debilidades fueron Franqueza en la comunicación, Suficiencia de personal, Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades, y Respuesta no punitiva a los errores. Adicionalmente el comportamiento de las doce

ABSTRACT

Introduction: Comisión Nacional de Arbitraje Médico and División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM, applied the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” of AHRQ to resident physicians with the purpose of knowing the level of patient safety culture.

Material and methods: A descriptive and transversal study applied online by a previous personalized invitation to 8354 resident physicians from 78 medical specializations.

Results: The study sample was 2500 resident physicians that were grouped by medical specialization: 1. Surgery, 2. Clinics, 3. Public Health and Primary Care, and 4. Diagnostic Specialties. The relevant demographics were similar participation by gender, average age was 28 years, according the institutional participation SS and IMSS had 42.2% and 29.0% respectively. The 92.4% of respondents previously knew the concept of patient safety, and the average score for hospital safety was 6.9/10.

Conclusions: The main strength detected was the Organizational learning and continuous improvement; the weaknesses were the Communication openness, sufficiency of staff, Problems in hospital handoffs and transitions between services/ units, and Nonpunitive response to error. Additionally, the behavior of the twelve dimensions of the survey was reviewed between institution,

¹ Coordinación de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

² Subcomisión Médica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México D.F., México.

³ Dirección General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México D.F., México.

⁴ Secretaría Académica, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Correspondencia: Dra. Alicia Hamui Sutton. Unidad de Posgrado, División de Estudios de Posgrado, UNAM. Edificio G, 2º piso, oficina G226, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F. Correo electrónico: lizhamui@hotmail.com

Folio 308/2015 Artículo recibido: 20/03/2015, reenviado: 13/04/2015, aceptado: 11/05/2015

dimensiones de la encuesta se revisó entre institución, bloque de especialidad y años de residencia. Finalmente, se efectuaron recomendaciones generales sobre las bondades que ofrece este tipo de estudios.

Palabras clave. Cultura, seguridad del paciente, médicos residentes, encuesta HSOPSC, México, cultura de seguridad del paciente, encuesta de seguridad.

specialty group and residency years. Finally, we made general recommendations relating the advantages offered by these kind of studies.

Keywords: Culture, patient safety, resident physicians, survey HSOPSC, Mexico, patient safety culture, safety survey.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente (SP) como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria.¹ Uno de los requisitos esenciales para evitar la posible aparición de esos daños y aprender positivamente de los errores, es tener una cultura positiva sobre seguridad del paciente. Así, la cultura de seguridad del paciente (CSP) se define como “el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente”.²

Diversos estudios demuestran que al implementar de forma positiva una CSP en el entorno de trabajo se previene la aparición de incidentes y eventos adversos, debido a que se consideran y reconocen los factores que contribuyen a un incidente, además permite determinar la causa que los origina, identificar los sucesos que le preceden, modificar procedimientos y aprender de los errores para evitar la reaparición de estos.³ Reconocer que cada hospital requiere una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención hace de la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo una prioridad en todos los hospitales⁴, situación fundamental cuando se trata de centros de formación de recursos humanos para la salud.

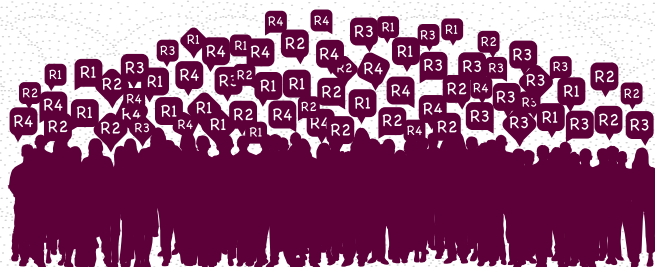
Durante las últimas décadas se ha desarrollado un movimiento en favor de la calidad en la atención hospitalaria que ha enfatizado la CSP y la disminución de errores médicos, como parte de esta tendencia, se han descubierto formas sólidas para medirla y, hasta cierto punto, mejorar la SP.⁵ Es importante reconocer que hasta el personal más capacitado puede cometer errores, sin embargo, la mayoría de los incidentes no son causados intencionalmente ni por falta de competencia de los profesionales que prestan los servicios. Es por eso que para alcanzar una atención médica orientada en la SP se necesita la integración de una amplia gama de conocimientos médicos, epidemiológicos (factores de riesgo), habilidades de comunicación y una actitud

humanista; con el fin de incorporarlos a las destrezas de los profesionales de la medicina⁶, y con ello contribuir a la formación de la CSP de cada hospital.

La identificación de los factores del sistema hospitalario que afectan la SP, ayuda a conocer la confiabilidad de los procesos y procedimientos de las unidades de salud; tradicionalmente la investigación y evaluación de la SP se ha realizado a través de medidas retrospectivas de seguridad (muertes, incidentes y accidentes).⁷ Otra estrategia útil para evaluar la SP es la aplicación de encuestas, que permiten obtener información exacta con la cual se pueden estandarizar datos, favoreciendo el análisis estadístico para así diagnosticar en qué situación se encuentra la CSP y con ello mejorar el grado de conciencia sobre la SP. Además permiten detectar la necesidad de capacitación del personal (incluyendo aquellos en formación), formular y cumplir acciones que favorezcan la SP, evaluar acciones o programas específicos y evaluar los cambios a través del tiempo.⁸

Aunque no hay un instrumento perfecto, se “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC), elaborado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁹, pues en diversos estudios se han probado su validez y propiedades psicométricas.¹⁰⁻¹³ Dicho cuestionario ha sido aplicado en países como Estados Unidos, Japón, Corea, Turquía, España, incluyendo México.¹⁴⁻¹⁸ La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) lo ha utilizado en diversas oportunidades, destaca su aplicación piloto en hospitales de Oaxaca y en un estudio enfocado a médicos pasantes.¹⁹⁻²⁰

El “Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente en los Hospitales”, sigue la metodología propuesta por la AHRQ para analizar las respuestas, y posibilita la descripción del clima de seguridad y la identificación de las fortalezas y debilidades tanto de los servicios médicos como de los hospitales. Es una herramienta válida y fiable, que fue adaptada primeramente al contexto español y posteriormente al mexicano, que puede ser utilizado para medir aspectos de la cultura organizacional para mejorar y dar seguimiento a su evolución.



Dentro de la cultura hospitalaria existen subculturas, que se asocian con niveles específicos formados por grupos de integrantes que interactúan regularmente y se identifican como un conjunto diferente a los demás dentro de la organización. Tal es el caso de los residentes quienes desempeñan dentro de los hospitales un papel triple: trabajadores, estudiantes y docentes, quienes de acuerdo al número de años cursados se diferencian en niveles y jerarquías.²¹

Aunque en las encuestas previas ya se incluían a los médicos residentes como parte de las muestras, su proporción no era representativa con respecto al total de médicos residentes existente en el país, por lo que en esta ocasión el enfoque está únicamente dirigido a los médicos residentes, debido a que tienen un punto de vista diferente con respecto a otros integrantes del sistema. Los médicos residentes son una población útil para comprobar el alcance de los objetivos deseados o solicitados por las universidades a las sedes hospitalarias respecto a la cultura de seguridad del paciente.

La CONAMED y la División de Estudios de Posgrado (DEP) de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), al compartir el mismo interés y considerar relevante la información proveniente de ese grupo, diseñaron un protocolo de investigación con el objetivo principal de estudiar la percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente, para lo cual utilizaron la encuesta HSOPSC, en médicos residentes del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) impartido por la UNAM. Como objetivos específicos se plantearon:

1. Aplicar una herramienta validada que permita medir el nivel de cultura de SP.
2. Describir la frecuencia de actitudes que benefician la SP en los sistemas de salud.
3. Analizar los factores relacionados con el desempeño para mejorar la calidad de la atención médica.
4. Concientizar a los residentes sobre la importancia de la cultura de SP, a través de la aplicación del cuestionario. Y fomentar el interés por la SP dentro de su sede hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y descriptivo utilizando como instrumento de medición el “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales” que es la traducción al español de la encuesta HSOPSC de la AHRQ, la versión original contiene 42 preguntas y se organiza en nueve secciones.⁹ Se agregó una sección para la obtención de datos demográficos y académicos (Anexo 1).

Por correo electrónico se envió una carta de invitación y un hipervínculo personalizado a 8354 médicos residentes, que corresponden a la población de estudiantes activos e inscritos en junio de 2014 al PUEM de la DEP. Una de las características de los residentes encuestados fue que como requisito de ingreso hayan aprobado el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

En la carta de invitación se explicó la necesidad e importancia de su participación en la respuesta de este cuestionario y se enfatizó el anonimato del estudio garantizando que sus respuestas serían analizadas con fines estadísticos. Adicionalmente se enviaron cartas informativas vía correo electrónico dirigidas a los jefes de enseñanza de las 106 sedes del PUEM y a los profesores titulares de cada especialidad para que ayudaran en la promoción de la participación de los residentes en la encuesta.

El hipervínculo enviado a cada residente, permitió el acceso al cuestionario en línea por medio de la plataforma Limesurvey que estuvo activa del 29 de julio al 7 de septiembre de 2014. Durante este periodo se enviaron dos recordatorios, el primero el día 18 de agosto y el segundo el día 1° de septiembre de 2014.

Una vez cerrado el sistema, se depuró la base de datos, eliminando las encuestas con respuestas incompletas o con respuestas repetidas en todos los reactivos, para sumar un total útil de 2500 encuestas. Se codificaron las respuestas y se migró la información al programa SPSS 21.0. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo de la muestra, para conocer el contexto de respuesta sobre la cultura hospitalaria de seguridad del paciente.

En el análisis de los resultados se siguió la recomendación de la AHQR que propuso lineamientos para abordar el cuestionario reorganizando las preguntas en doce dimensiones (Cuadro 1). Algunas preguntas son formuladas positivamente y otras negativamente, por lo tanto las respuestas se recodificaron en las categorías negativas, neutras y positivas. Debido a que este instrumento se ha utilizado a nivel nacional e internacional, se aplicó la escala alfa de Cronbach en las diferentes dimensiones para comparar los resultados con estudios previos.

Cuadro 1. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y alfa de Cronbach en la HSOPSC aplicada a médicos residentes.

Dimensiones (Alfa de Cronbach Total 0.93)	Preguntas	Alfa de Cronbach
Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	A1, A3, A4, A11	0.78
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicios que promueven la seguridad	B1, B2, B3, B4	0.79
Aprendizaje organizacional y mejora continua	A6, A9, A13	0.53
Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	F1, F8, F9	0.61
Percepción de seguridad	A15, A18, A10, A17	0.37
Realimentación y comunicación sobre los errores	C1, C3, C5	0.81
Franqueza en la comunicación	C2, C4, C6	0.75
Frecuencia de reporte de eventos	D1, D2, D3	0.90
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	F4, F10, F2, F6	0.74
Suficiencia de personal	A2, A5, A7, A14	0.26
Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	F3, F5, F7, F11	0.81
Respuesta no punitiva a los errores	A8, A12, A16	0.61

RESULTADOS

De los 8354 médicos residentes a quienes se envió la invitación para responder al cuestionario, se obtuvieron un total de 2500 casos útiles, que conformaron la muestra del estudio, lo que dio una tasa de respuesta del 29.9%. La estadística descriptiva de las características demográficas y académicas de la muestra se presenta en el Cuadro 2: participaron 53% hombres y 47% mujeres, el rango de edad fue de 23 a 53 años, la prevalencia de edad osciló entre 27 y 30 años (63.6%). La relación de participación por grado académico (años de residencia) fue representativo del universo de residentes inscritos al PUEM, la población de R1 a R4 es mayor debido a que las especialidades troncales son de 3 o 4 años de estudio.

Para facilitar el análisis de las 78 especialidades y subespecialidades médicas, se decidió agruparlas utilizando como criterio la división elaborada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)²² y la relación de estudios previos establecida en el PUEM²³. Así se agruparon las especialidades en los siguientes bloques:

- **Bloque 1 Quirúrgicas:** Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y Ortopedia.

- **Bloque 2 Clínicas:** Anestesiología, Medicina Interna, Pediatría, Genética Médica, Geriatria, Medicina de Urgencias, Neumología y Psiquiatría.
- **Bloque 3 Salud Pública y Atención Primaria:** Epidemiología, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina del Trabajo y Ambiental, y Medicina Familiar.
- **Bloque 4 Especialidades Auxiliares y de Diagnóstico:** Anatomía Patológica, Audiología, Otoneurología y Foniatria, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Medicina de Rehabilitación, Medicina Legal, Medicina Nuclear e Imagenología Molecular, Patología Clínica y Radiooncología.

Destaca la participación del Bloque 2 que corresponde a las especialidades clínicas, pero esto se atribuye a la cantidad de subespecialidades (32) derivadas de las especialidades troncales de este grupo.

Por la cultura organizacional de cada institución la muestra se analizó con las siguientes categorías para la variable institución: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Privadas, Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Salud del Distrito Federal (SS-DF) y "Otros" que agrupó a la Cruz Roja Mexicana (CRM), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la UNAM; por el número de casos destacó la SS y el IMSS con 42.2% y 29% de participación respectivamente.

Cuadro 2. Cuadro de concentración de datos demográficos (n = 2500)

	Variable	Casos	%
SEXO	Hombre	1318	52.7
	Mujer	1182	47.3
EDAD (años)	23-24	25	1.0
	25-26	377	15.1
	27-28	853	34.1
	29-30	737	29.5
	31-32	324	13.0
	33-34	116	4.6
	35 o más	68	2.7
	Media = 28.83	Rango = 23-49	DS = 2.632
GRADO ACADÉMICO	R1	639	25.6
	R2	566	22.6
	R3	626	25.0
	R4	379	15.2
	R5 o más	290	11.6
ESPECIALIDAD	Bloque 1	674	27.0
	Bloque 2	1213	48.5
	Bloque 3	302	12.1
	Bloque 4	311	12.4
INSTITUCIÓN	IMSS	725	29.0
	ISSSTE	233	9.3
	PEMEX	106	4.2
	Privada	246	9.8
	SS	1056	42.2
	SS-DF	109	4.4
Otros (CRM, DIF, UNAM)	25	1.0	

A la pregunta “Asigne un grado de seguridad global del paciente a su Hospital”, los residentes otorgaron una calificación en escala del 0 al 1, el promedio fue de 6.93, resalta que la suma de consideraciones negativas (menor o igual a 5) son un número considerable (n = 411) que corresponde al 16.4% de la muestra estudiada comparado con aquellos que tienen una percepción de máxima seguridad (n = 23).

A la interrogante “En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado?”, se muestran los resultados en la Figura 2.

De los residentes encuestados 96.7% refirió tener contacto directo con los pacientes. En cuanto a las jornadas de trabajo 4.9% reportó trabajar menos de 39 horas a la semana, 44.6% entre 40 a 79 horas y el 49.5% restante refirió que de 80 a más horas semanales. El 92.4% conocía el concepto de seguridad del paciente previo a responder el cuestionario.

Para identificar las áreas con oportunidad de mejora se ubicaron como fortalezas aquellas dimensiones con un porcentaje de positividad mayor o igual a 75% y las debilidades corresponden a un

porcentaje menor o igual a 50%.⁹ Con estos referentes se reconocieron a las dimensiones 1 “Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio” y 3 “Aprendizaje organizacional y mejora continua” como fortalezas, mientras que las dimensiones 7 “Franqueza en la comunicación”, 10 “Suficiencia de personal” y 12 “Respuesta no punitiva a los errores” fueron consideradas como debilidades (Figura 3).

Figura 1. Calificación otorgada como percepción global de seguridad del hospital

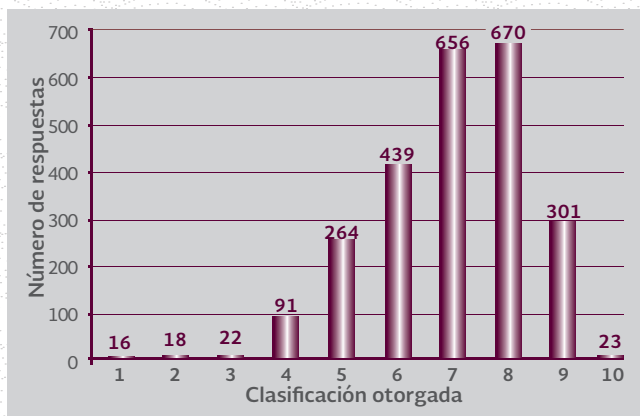


Figura 2. Número de eventos reportados en los últimos 12 meses

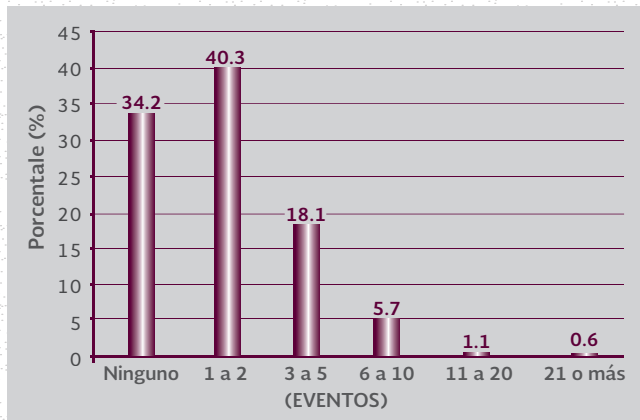
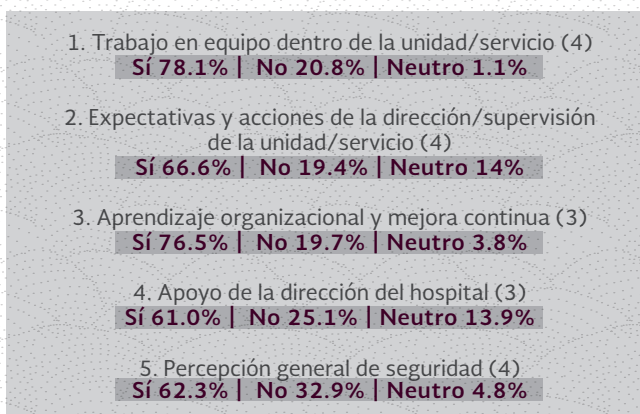


Figura 3. Porcentaje de respuestas de los médicos residentes a las dimensiones del cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales



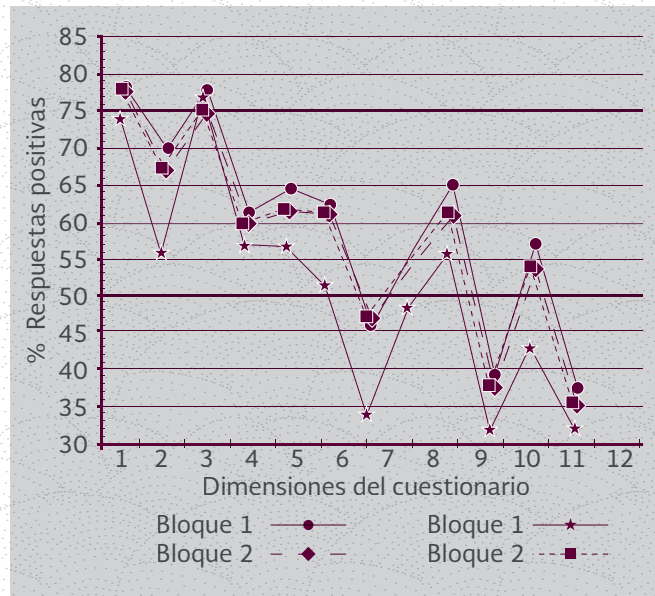
6. Realimentación y comunicación sobre errores (3)	Sí 60.4% No 13.3% Neutro 26.3%
7. Franqueza en la comunicación (3)	Sí 44.7% No 26.8% Neutro 28.5%
8. Frecuencia de reporte de eventos (3)	Sí 54.7% No 19.8% Neutro 26.5%
9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios (4)	Sí 62.2% No 24.4% Neutro 13.4%
10. Suficiencia de personal (4)	Sí 38.3% No 58.3% Neutro 3.4%
11. Problemas con los cambios de turno y transiciones (4)	Sí 53.5% No 32.1% Neutro 14.4%
12. Respuesta no punitiva a los errores (3)	Sí 36.2% No 60.1% Neutro 3.7%

Se utilizaron los criterios propuestos en la guía de la AHRQ para el análisis de los resultados y se compararon las alfas de Cronbach de estudios previos realizados tanto a nivel nacional como internacional (Cuadro 3).

Finalmente se analizaron los resultados obtenidos en las doce dimensiones considerando las variables Bloque de especialidad, Grado académico e Institución. (Figura 4, 5 y 6).

En la comparación de las doce dimensiones por Bloque de especialidad destaca el Bloque 3 (Salud Pública y Atención Primaria) pues otorgó calificaciones más bajas en todas las dimensiones en comparación con los otros bloques de especialidades

Figura 4. Comparativa de dimensiones por Bloque de especialidad



siendo su fortaleza la dimensión 3 “Aprendizaje organizacional y mejora continua” con un porcentaje de respuestas positivas del 77%, entre sus debilidades resaltan las dimensiones “Franqueza de la comunicación”, “Frecuencia de reporte de eventos”, “Suficiencia de personal”, “Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades” y “Respuesta no punitiva a los errores”.

Cuadro 3. Comparativa Alfa de Cronbach

Dimensión	MÉDICOS			TRABAJADORES		
	Residentes Hamui México	Pasantes Pérez-Castro México	Adscritos Fajardo México	en hospitales Saturno España	de la salud Bodur Turquía	en hospitales Sorra E.U.A.
Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	0.78	0.80	0.78	0.82	0.84	0.83
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad	0.79	0.78	0.84	0.84	0.67	0.75
Aprendizaje organizacional y mejora continua	0.52	0.70	0.79	0.68	0.56	0.76
Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	0.61	0.73	0.62	0.81	0.59	0.83
Percepción de seguridad	0.37	0.51	0.35	0.65	0.43	0.74
Realimentación y comunicación sobre los errores	0.81	0.84	0.81	0.73	0.72	0.78
Franqueza en la comunicación	0.75	0.73	0.71	0.66	0.67	0.72
Frecuencia de reporte de eventos	0.90	0.88	0.90	0.88	0.93	0.84
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	0.74	0.78	0.65	0.73	0.73	0.80
Suficiencia de personal	0.26	0.33	0.12	0.64	0.02	0.63
Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.81	0.85	0.71	0.74	0.70	0.80
Respuesta no punitiva a los errores	0.61	0.63	0.55	0.65	0.13	0.79

Un aspecto a ponderar es el tiempo de estancia hospitalaria como un factor de influencia independientemente ya que el 96.7% de los encuestados refirió estar en contacto con pacientes que no necesariamente significa en hospitalización, este podría ser un elemento de distorsión de los resultados (Figura 4).

Cuando se consideró el Grado académico como variable para reconocer diferencias, se registraron patrones de respuesta similares, con discreta positividad en los grupos de R4 y R5 o más, pese a lo anterior todos los grupos reiteraron como fortaleza la dimensión 1 “Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio” y por parte de los R2 se destacaron calificaciones más bajas sin ser significativas (Figura 5).

Conociendo la existencia de diferencias de culturas organizacionales entre las diversas instituciones, se juzgó pertinente realizar su comparativa. Los porcentajes más positivos fueron de parte de las instituciones privadas y PEMEX, y los menos positivos de ISSSTE y SS-DF. Mientras que el resto conservaron valores similares en la mitad de las dimensiones. Como debilidades en todas las instituciones se ratificaron las dimensiones 10 “Suficiencia de personal” y 12 “Respuesta no punitiva a los errores” (Figura 6).

DISCUSIÓN

La propuesta de utilización de la encuesta HSOPSC en un grupo con características especiales como ya se refirió, permitió una percepción de la seguridad del paciente más crítica al contrastar los resultados negativos y positivos en los extremos al

Figura 5. Comparativa de dimensiones por Grado académico

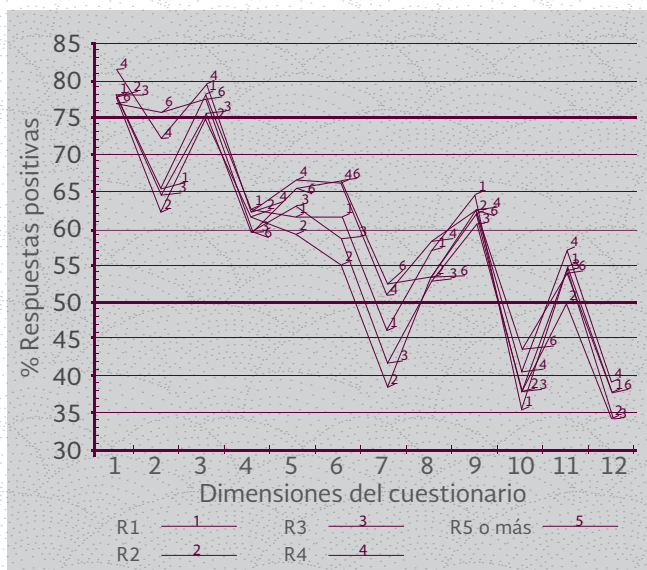
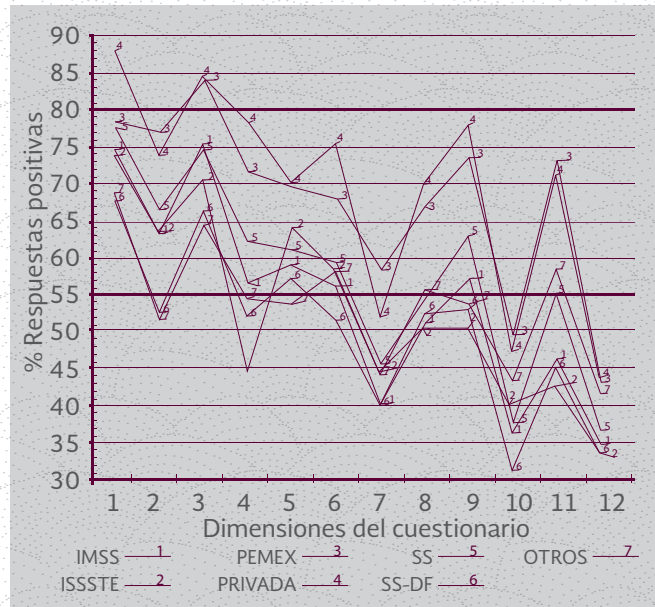


Figura 6. Comparativa de dimensiones por Cultura Institucional



utilizar la escala alfa de Cronbach. Como se muestra en la Cuadro 3, la comparación entre seis estudios: tres elaborados en México con poblaciones diferentes (médicos adscritos²⁴, pasantes de medicina y residentes de medicina) con los realizados en España, Turquía y Estados Unidos, que incluyen a todo tipo de trabajadores de la salud, no hay diferencias significativas en sus respuestas, lo cual no es una atenuante, señala que se trata de un problema internacional. De la misma manera en nuestro país, la aplicación en diversas poblaciones muestra similitud en los resultados lo que permite establecer la misma conclusión, que enfoca las áreas débiles del sistema señaladas por diferentes actores con puntos de vista e intereses distintos lo cual a nuestro parecer le da fortaleza a la suma de resultados. Resulta de gran utilidad contar con una encuesta dimensionada en actividades ampliamente identificadas en los sistemas de salud, pues permite comparaciones y la aplicación de medidas de solución exploradas y probadas con antelación.

En el caso específico de las dimensiones que requieren atención desde la perspectiva de los médicos residentes son la “Franqueza en la comunicación” dentro del equipo de salud, la “Suficiencia de personal” y la “Respuesta no punitiva a los errores”. Esta última se puede correlacionar con el número de eventos reportados en el último año y el grado global de SP, lo cual conduce a realizar estudios pertinentes para analizar este fenómeno ambivalente entre el conocimiento de la problemática y la participación en su solución.

Otro punto mundialmente discutido como parte del riesgo en la SP es el tiempo de permanencia del residente dentro del hospital, por lo que se debe destacar que el 50% de los encuestados refirió que su jornada laboral es mayor de 80 horas a la semana lo que también constituye un tema de investigación y análisis por separado.

Es de especial significancia el hallazgo reiterado en los estudios hechos en nuestro país con respecto a la dimensión 10 “Suficiencia de Personal” pues se mantiene como una constante a la baja, lo cual denota fallas administrativas, y tratándose de hospitales-escuela hacen más grave el problema ante el riesgo de exponer al residente a responsabilidades que no le corresponden.

Así los datos demográficos y los propios de la encuesta abren un horizonte amplio para efectuar mayores precisiones que no son el motivo del presente trabajo pero que dejan un espacio abierto para próximos reportes.

CONCLUSIONES

La aplicación de la encuesta “online” y el índice de respuesta obtenida en el grupo de residentes es una manifestación clara que demuestra que este tipo de abordaje del conocimiento abre opciones para la investigación educativa y en salud. En este caso en particular permitió conocer la percepción sobre la CSP en los hospitales desde la perspectiva de los médicos residentes, independientemente de que resulta necesario ahondar en interrogantes derivadas de la información encontrada y considerar la creación de estrategias enfocadas a las ventanas de oportunidad que arrojaron los resultados.

Desde una perspectiva global las fortalezas son el “Trabajo en equipo dentro de los servicios o unidades hospitalarias”, así también el enfoque al “Aprendizaje organizacional y la mejora continua” en favor de la CSP. Al mismo tiempo el realizar este estudio en una población médica con características tan diversas pero que comparte una posición en el contexto clínico, ser médicos residentes, permitió dar a conocer un tema de interés para todos los involucrados en la formación de recursos humanos y la atención de la salud con el fin de fomentar la participación y el apoyo de este grupo en las mejoras.

Para finalizar, se resalta que la aplicación de este cuestionario brinda variadas posibilidades para realizar un “diagnóstico presuntivo” de la cultura de seguridad del paciente en el contexto mexicano y ofrece, a los investigadores en el área de la salud y la educación, información con la que será posible planear e implementar programas

con metas reales con la finalidad de formar recursos humanos que brinden atención médica segura a la población.

Anexo 1. Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente en los hospitales

Sección Datos Personales

Sección A - Área de trabajo

1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente.
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo.
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo.
4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto.
5. El personal de esta área trabaja jornadas extensas, que se reflejan en la atención al paciente.
6. Estamos trabajando activamente para mejorar la seguridad de los pacientes.
7. Utilizamos más personal temporal o eventual, para atender mejor al paciente.
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo.
10. Por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad en mi área o servicio.
11. Si en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo, es común que otros le ayuden.
12. Cuando se informa de un incidente, pareciera que se está reportando a la persona y no el problema.
13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad.
14. Habitualmente trabajamos bajo presión, tratando de hacer todo y rápido.
15. En nuestro servicio nunca se arriesga la seguridad del paciente, por hacer más trabajo.
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores cometidos se archiven en su expediente laboral.
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área.
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo, son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir.

Sección B - Su jefe de servicio

1. Mi jefe de servicio hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos.
2. Mi jefe de servicio considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.
3. Cuando aumenta la presión de trabajo, mi jefe de servicio quiere que trabajemos más rápido, aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.
4. Mi jefe de servicio no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez.

Sección C - Comunicación

1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio.
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente.
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio.
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
5. En esta área dialogamos acerca de las medidas preventivas para no cometer los mismos errores.
6. El personal tiene miedo de cuestionar, cuando algo se ha hecho de forma incorrecta.

Sección D - Frecuencia de eventos reportados

1. Cuando se comete un error, pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente ¿qué tan frecuentemente se reporta?
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó, ¿qué tan frecuentemente se reporta?

Sección E Grado de Seguridad del Paciente

1. Asigne un grado de seguridad global del paciente en su hospital.

Sección F - Su hospital

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

Sección G - Número de eventos reportados

1. En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado?

Sección H - Información complementaria

1. ¿Habitualmente, cuántas horas trabaja por semana en este hospital?
2. ¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?
3. Previo a responder esta encuesta, ¿Sabía usted qué es la Seguridad del Paciente?

Sección I - Sus comentarios

REFERENCIAS

1. Gestión amigable de la salud: GAS. OMS. Archivos para la seguridad del paciente. Seguridad de la atención a los pacientes [Internet]. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <http://6dgas.wordpress.com/tag/seguridad-del-paciente/>.
2. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission of Great Britain. Reino Unido: HS Books; 1993.
3. Santacruz-Varela J, et al. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Módulo III. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. [Internet] México: CONAMED; 2011. [acceso 2015-feb-27] Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2306/mod_resource/content/1/Modulo_3/Cultura_de_Seguridad_del_Paciente._CASP._Mod._3._Doc._05.10.2011.pdf.
4. Spell N. Chapter 12: Tools to Identify Problems and Reduce Risks. En: McKean SC, Ross JJ, Dressler DD, Brotman DJ, Ginsberg JS. Principles and Practice of Hospital Medicine [Internet]. Nueva York: McGraw-Hill; 2012. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?alD=56191775>.
5. Wachter RM. Chapter 15: Creating a Culture of Safety. En: Wachter RM. Understanding Patient Safety. 2ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2012. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?alD=56251469>.
6. Campos-Castolo EM, Martínez-López J, Chavarría-Islas R. Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. Rev CONAMED 2010; 15 (3): 116-124.

7. Shteynberg G, Sexton BJ, Thomas EJ. Test Retest Reliability of the Safety Climate Scale. Johns Hopkins Quality and Safety Research Group. [Internet]; 2005. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/Safety-Climate-Test-Retest-Tech-Report.pdf>
8. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. [Internet]; 2008. [acceso 2015-feb-27] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
9. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2004. 74 p. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/sources/hospcult.pdf>
10. Sorra J, Nieva VF. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(Suppl. II): ii17–ii23.
11. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, et al. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf* 2009; 5 (3): 139-144.
12. Jackson J, Sara C, Flin R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Curr Opin Crit Care* 2010; 16:632–638.
13. Sorra JS, Dyert N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research* 2010; 10:199.
14. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Serv Res* 2007; 42(5): 1999-202.
15. Itoh K. Organizational culture for patient safety in Japanese hospitals. En: Luczak H, Zink KJ (Eds.), *Human Factors in Organizational Design and Management-VII*. Santa Monica: IEA Press 2003.
16. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res*. 2007; 29(7): 827-844.
17. Bodur S, Filiz E. A Survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 348-355.
18. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL, et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin Monogr* 2006; 131 (Supl 3): 18-25.
19. Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED* 2011; 16 (2): 65-73.
20. Pérez-Castro y Vázquez JA, Jaramillo-Esparza CM, Olvera-Martínez LD, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Rev CONAMED* 2014; 19 (2): 52-58.
21. Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Castro-Ramírez S, Lavalle-Montalvo C, Sánchez-Mendiola M. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Inv Ed Med* [Internet]. 2014; 3 (10): 74-84. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572014000200003&lng=es.
22. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Convocatoria 2014: XXXVIII Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas [Internet]. Comité de Posgrado y Educación Continua. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/2014_enarm/XXXVIII_ENARM_2014_CONVOCATORIA.pdf.
23. División de Estudios de Posgrado. Especializaciones Médicas: ¿Cuáles son? [Internet]. Facultad de Medicina. UNAM. 2014. [acceso 2015-feb-27]. Disponible en: <http://www.fmposgrado.unam.mx/ofertaAcademica/esp/esp.html>.
24. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, et al. Cultura sobre la seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir* 2010; 78 (6): 527-532.

