



ORIGINAL

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria

F. Pozo Muñoz ^{a,*} y V. Padilla Marín ^b

^a Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, Málaga, España

^b Farmacéutico, Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, Antequera, España

Recibido el 28 de enero de 2013; aceptado el 26 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 2 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente;
Gestión de la seguridad;
Actitud de profesionales sanitarios;
Cultura organizacional

Resumen

Objetivos: 1) Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área sanitaria; 2) determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente difiere de otros estudios; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que recogió los resultados del nivel de cultura de seguridad realizada a una muestra aleatoria de 247 profesionales sanitarios de un área sanitaria utilizando la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a los 42 ítems y la calificación global comparándose los resultados a nivel internacional y nacional.

Resultados: Se analizaron 176 encuestas (tasa respuesta: 71,2%). El 50% califican el clima de seguridad como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortalezas destacan las dimensiones «trabajo en equipo dentro de las unidades» (80,8%) y «expectativas y acciones de la dirección» (80,5%). Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones «dotación de personal» (37,9%), «respuesta no punitiva a los errores» (41,6%) y «notificación de eventos adversos» (49,0%).

Conclusiones: Se han identificado las fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un área sanitaria. El *benchmarking* realizado a nivel internacional sitúa nuestra cultura de seguridad en la media de los hospitales, mientras que en la comparación realizada con estudios nacionales nuestros resultados son superiores a la media de hospitales.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.pozo.sspa@juntadeandalucia.es (F. Pozo Muñoz).

KEYWORDS

Patient safety;
Safety management;
Attitude of health personnel;
Organizational culture

Assessment of the patient-safety culture in a healthcare district**Abstract**

Objectives: 1) To describe the frequency of positive attitudes and behaviours, in terms of patient safety, among the healthcare providers working in a healthcare district; 2) to determine whether the level of safety-related culture differs from other studies; and 3) to analyse negatively valued dimensions, and to establish areas for their improvement.

Material and methods: A descriptive, cross-sectional study based on the results of an evaluation of the safety-related culture was conducted on a randomly selected sample of 247 healthcare providers, by using the Spanish adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) designed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), as the evaluation tool. Positive and negative responses were analysed, as well as the global score. Results were compared with international and national results.

Results: A total of 176 completed survey questionnaires were analysed (response rate: 71.26%); 50% of responders described the safety climate as very good, 37% as acceptable, and 7% as excellent. Strong points were: «Teamwork within the units» (80.82%) and «Supervisor/manager expectations and actions» (80.54%). Dimensions identified for potential improvement included: «Staffing» (37.93%), «Non-punitive response to error» (41.67%), and «Frequency of event reporting» (49.05%).

Conclusions: Strong and weak points were identified in the safety-related culture of the healthcare district studied, together with potential improvement areas. Benchmarking at the international level showed that our safety-related culture was within the average of hospitals, while at the national level, our results were above the average of hospitals.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la aptitud y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización¹. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas². En el año 2003, un informe del *National Quality Forum* (NQF)³ identificó como la primera de sus «30 prácticas seguras» promover una cultura de seguridad en la organización. Dicha recomendación se ha visto reforzada en el informe elaborado por el mismo organismo en el año 2007⁴. Esta fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia, que acordó una estrategia propuesta a los países miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional⁵. En nuestro ámbito un taller de expertos promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el año 2005 para definir la Estrategia de Seguridad del Paciente⁶ propuso en su documento de conclusiones la necesidad de realizar una sensibilización cultural de los profesionales en prevención de riesgos (cultura de seguridad). El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su edición de 2010⁷, estableció que uno de los objetivos de la estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes era «promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de la asistencia sanitaria». La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha promovido en los últimos años diversos estudios que informan del estado de la seguridad

de pacientes en distintos aspectos de la atención sanitaria: Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)⁸, Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)⁹ y Eventos Adversos en Residencias y Centros asistenciales Sociosanitarios (EARCAS)¹⁰. Todos estos estudios incluyen en sus recomendaciones la necesidad de un cambio cultural entre los profesionales que facilite la promoción de una cultura proactiva para la seguridad del paciente. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el III Plan de Calidad 2010-2014¹¹ y la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014¹² establecieron que los profesionales, en el entorno organizativo asentado en el modelo de Gestión Clínica, debían constituirse como agentes facilitadores y garantes de una provisión de servicios sanitarios seguros y de alta calidad, para lo que resultaba determinante conocer cuál es su cultura de seguridad. En la revisión realizada para conocer los instrumentos disponibles para evaluar la cultura de seguridad de pacientes, destacan las realizadas por Colla et al. en 2005¹³ y la de Flin¹⁴ en 2006. Ambas revisiones coinciden en 2 cuestionarios como los mejor cualificados para medir la cultura de seguridad: *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)¹⁵ y *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)¹⁶. El cuestionario SAQ dispone de adaptaciones a distintos contextos en los que ha sido utilizado¹⁷; en España solo se ha encontrado una adaptación de dicho cuestionario, siendo el ámbito de aplicación los servicios de medicina intensiva de 23 hospitales del territorio nacional¹⁸. En 2004 la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos desarrolla el cuestionario HSOPSC, ampliamente utilizado en cientos de hospitales; dicho cuestionario ha sido adaptado en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos

de habla hispana¹⁶. En España la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud publicó en 2005 la versión española del HSOPSC¹⁹ y posteriormente propició su aplicación dentro del estudio «Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente»²⁰. El Área Sanitaria Norte de Málaga-Antequera (ASNM), adscrita al Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, contempló en su Plan de Seguridad 2011-2014 la necesidad de conocer cuál es la cultura de seguridad de pacientes existente entre los profesionales y, de esta forma, determinar nuestra situación basal y compararnos con otros centros del ámbito nacional e internacional. Con estos antecedentes se realiza el presente estudio que utiliza la encuesta HSOPSC de la AHRQ adaptada al español, aplicándola a los profesionales del ASNM.

El objetivo principal fue describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área de gestión sanitaria.

Los objetivos secundarios fueron: 1) analizar las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito de un área de gestión sanitaria; 2) determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente que poseen los profesionales del área de gestión sanitaria difiere de los obtenidos en otros estudios; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora en las mismas.

Material y métodos

Universo y tamaño muestral: profesionales sanitarios en activo (categorías Medicina y Enfermería) del ASNM a fecha 1 de enero de 2012, siendo este de 686 profesionales. El tamaño muestral se ha estimado para un nivel de confianza del 95%, una precisión del $\pm 0,05$ y una proporción esperada de cumplimiento del 50% ($p = q = 0,5$) suponiendo este una muestra de 247 profesionales.

Tipo de muestreo

Muestreo aleatorio sistemático estratificado por unidad clínica.

Tipo de estudio

Encuesta descriptiva transversal.

Periodo de estudio

Del 1 al 29 de febrero de 2012.

Metodología

Encuesta autocumplimentada distribuida por la Subdirección de Calidad del ASNM, junto a una carta explicativa en la que se invita a participar en el estudio. La distribución se realizó durante la primera semana de febrero de 2012, indicándose un plazo inicial de 15 días para remitir los cuestionarios. Para aumentar la tasa de respuesta hasta alcanzar el tamaño muestral requerido se realizó un segundo

recordatorio en la tercera semana del mes de febrero. El periodo global de recogida de encuestas se extendió durante 4 semanas.

Instrumento

Se utilizó la encuesta HSOPSC de la AHRQ en su versión española¹⁹, que proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes dimensiones de la cultura de seguridad: 1) frecuencia de eventos notificados; 2) percepción de seguridad; 3) expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad que favorecen la seguridad; 4) aprendizaje organizacional/mejora continua; 5) trabajo en equipo en la Unidad; 6) franqueza en la comunicación; 7) retroalimentación y comunicación sobre errores; 8) respuesta no punitiva a los errores; 9) dotación de personal; 10) apoyo de la dirección del centro en la seguridad del paciente; 11) trabajo en equipo entre unidades; y 12) problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades. Adicionalmente, se incluía una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno del encuestado, además de las variables clasificadoras socio-profesionales. El cuestionario que se empleó posibilitaba 5 categorías distintas de respuesta que mostraban el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento o ítem). En la valoración de cada ítem se consideraron respuestas óptimas las de tipo 4 (satisfecho) y 5 (muy satisfecho). Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplearon los siguientes criterios: $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo. Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplearon los siguientes criterios: $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Análisis

El volcado y tratamiento de los datos se ha realizado con el programa informático Microsoft Excel 2003. Para el análisis comparativo se ha utilizado la aplicación de la AHRQ *Hospital Survey on Patient Safety Culture-Data Entry and Analysis Tool* versión de julio de 2010.

Resultados

Tasa de respuesta

La tasa de respuesta tras el primer recordatorio se situó en el 71,2%, es decir, se obtuvieron un total de 176 cuestionarios respecto a los 247 previstos inicialmente (tabla 1). Por categorías profesionales la tasa de respuesta de Medicina alcanzó el 71,4% y la de Enfermería el 7,1%.

Datos socioprofesionales

Atendiendo a la categoría profesional, un 36,9% de los cuestionarios fueron cumplimentados por médicos/as y un 63,0% por enfermeros/as. Si tenemos en cuenta el grado de interacción con el paciente, la mayoría de los encuestados

Tabla 1 Tasa de respuesta por unidad clínica

Unidad clínica	Cuestionarios asignados	Cuestionarios cumplimentados	Tasa de respuesta
A. primaria: Antequera-Centro	15	12	80,0%
A. primaria: Antequera-Estación	14	11	78,5%
A. primaria: Archidona	18	13	72,2%
A. primaria: Campillos	17	13	76,4%
A. primaria: Mollina	9	7	77,7%
Bloque quirúrgico	18	15	83,3%
Cirugía general y digestiva	10	7	70,0%
Cuidados críticos y Urgencias	37	21	56,7%
Farmacia y Medicina preventiva	5	4	80,0%
Ginecología y Obstetricia	15	10	66,6%
Laboratorios	13	10	76,9%
Medicina interna	27	21	77,7%
Medicoquirúrgica	5	4	80,0%
Oftalmología	3	2	66,6%
Pediatría	9	7	77,78%
Radiodiagnóstico	10	7	70,0%
Salud bucodental	3	2	66,6%
Salud mental	5	3	60,0%
Traumatología y rehabilitación	14	7	50,0%
Total	247	176	71,2%

declaraban tener una interacción directa y continua con los pacientes (92,9%), frente al 7,0% de profesionales en los que el contacto con los pacientes era ocasional. Respecto a las características sociodemográficas de los encuestados, la mayoría de ellos tenía una antigüedad en el ASNM de entre 1 y 10 años (59,1%). En relación con los años de experiencia en la especialidad/disciplina, el porcentaje más alto se alcanzó en el tramo > 21 años, es decir, se trataba de profesionales experimentados. Respecto a las horas de trabajo semanales la mayoría de los profesionales trabajaban entre 20 a 39 horas (55,2%) o entre 40 a 59 horas (37,09%), en función de si realizaban o no jornadas complementarias o guardias de presencia física o localizadas.

Resultados por dimensiones

Atendiendo a los criterios propuestos por la AHRQ para definir fortalezas y oportunidades de mejora, las dimensiones «trabajo en equipo dentro de las unidades» (80,8%) y «expectativas y acciones de la dirección o supervisión» (80,5%) se constituyeron como fortalezas de la cultura de seguridad de pacientes en el ASNM. Otras dimensiones que fueron valoradas positivamente por los profesionales fueron «aprendizaje organizacional y mejora continua» (71,7%), «problemas en cambios de turnos y transiciones asistenciales» (64,6%), «franqueza en la comunicación» (63,0%), «trabajo en equipo entre unidades» (61,93%), «feedback y comunicación sobre errores» (60,0%), «percepción general de seguridad del paciente» (58,5%) y «apoyo de la gerencia del centro a la seguridad de pacientes» (57,2%). Como oportunidades de mejora se situaron las dimensiones «dotación de personal» (37,9%), «respuesta no punitiva a los errores» (41,6%) y «notificación de eventos adversos» (49,0%) (fig. 1).

Calificación global del clima de seguridad

El porcentaje más alto de profesionales calificaron el clima de seguridad como «muy bueno» (50%), seguidos de las calificaciones «aceptable» (37%) y «excelente» (7%).

Discusión

Las principales limitaciones del estudio están relacionadas con la selección de la herramienta para medir la cultura de seguridad de pacientes, la representatividad de los datos a nivel de unidad clínica o categoría profesional y el sesgo de no respuesta. En el momento actual no existe en la literatura científica revisada ningún cuestionario que valore la cultura de seguridad del paciente en el contexto de áreas sanitarias. El cuestionario que hemos utilizado se diseñó para profesionales que desempeñan su función asistencial en hospitales. Sin embargo, en nuestro caso lo hemos utilizado también para valorar la cultura de seguridad de los profesionales que trabajan en los centros de salud de Atención Primaria adscritos al ASNM, pues nuestro propósito era valorar la cultura de seguridad en un ámbito de área sanitaria, sin diferenciar el lugar de trabajo. Recientemente se ha validado un cuestionario específico para valorar la cultura de seguridad de Atención Primaria^{21,22}, que, sin embargo, no hemos utilizado por no permitir la comparación con centros hospitalarios, sino únicamente con otros centros de Atención Primaria. A pesar de ello, la información obtenida de los participantes permite realizar una aproximación muy útil al estado actual de la cultura de seguridad de pacientes en el ASNM. El estudio ha sido diseñado para valorar la cultura de seguridad en todo el ASNM, por lo que el tamaño muestral alcanzado no es suficiente para desagregar los resultados a nivel de Unidad Clínica, y por tanto no se ha podido determinar si existen

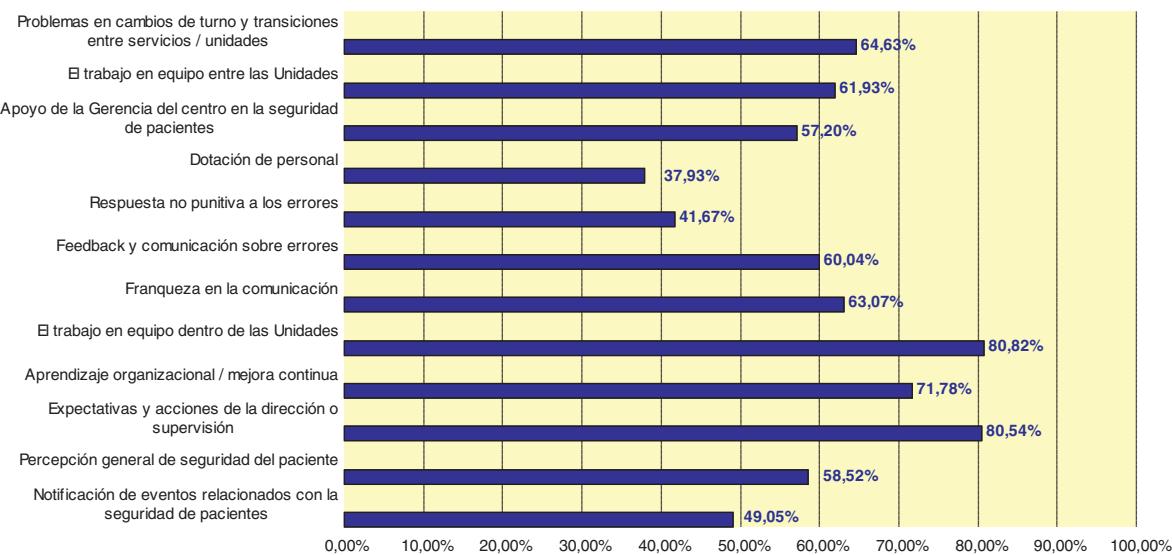


Figura 1 Resultados por dimensiones de la cultura de seguridad.

diferencias estadísticamente significativas entre ellas. Tampoco ha sido posible individualizar resultados o acciones por colectivos, sin duda más precisos. El sesgo de no respuesta es la principal limitación de las investigaciones realizadas con cuestionarios autoadministrados. En nuestro caso la tasa de respuesta alcanzada (71,22%) es superior a la alcanzada en otros estudios internacionales (56%²³, 51%²³ y 47,4%²⁴) y nacionales como el elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²⁰ en el que se alcanzó una tasa de respuesta global del 40% y del 39,7% en el caso del grupo hospitales pequeños (< 200 camas) como es nuestro caso.

Desde el año 2003 en que se publica el informe del NQF³, han sido numerosas las iniciativas internacionales para elaborar cuestionarios que permitieran valorar la cultura de seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias. Sin embargo, en nuestro ámbito no hemos encontrado estudios que valoren la cultura de seguridad de pacientes en las áreas de gestión integrada, que tienen como elemento diferenciador la integración de la atención primaria y la atención hospitalaria bajo una gerencia única, y en las que la continuidad asistencial y la coordinación entre las unidades clínicas que las componen constituyen rasgos distintivos.

A efectos de comparación con otros estudios para poder valorar si los resultados en el ASNM difieren del resto, hemos tomado como referencia el informe *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report*²⁵ de la AHRQ, que incluye 885 hospitales de todo el mundo y el informe «Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud»²⁰ elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2009, que incluye 24 hospitales públicos españoles.

En relación con el *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report*²⁵ cabe comentar que de las 12 dimensiones analizadas, en 6 de ellas el ASNM aparece mejor posicionada que los 885 hospitales incluidos en la base de datos, mientras que en las otras 6 dimensiones aparece por debajo de la media. Las dimensiones donde estas diferencias son más notables son «trabajo

en equipo entre las unidades» (62 vs 58%) y «problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales» (65 vs 44%). Otras dimensiones en las que se obtienen mejores resultados en la comparativa son «expectativas y acciones de la dirección o supervisión» (81 vs 75%), «aprendizaje organizacional y mejora continua» (72 vs 72%), «el trabajo en equipo dentro de las unidades» (81 vs 80%) y «franqueza en la comunicación» (63 vs 62%). Por otro lado, las dimensiones en las que el porcentaje de respuestas positivas es inferior a la media de los hospitales incluidos en la base de datos son: «notificación de eventos relacionados con la seguridad de pacientes» (49 vs 62%), «percepción general de seguridad del paciente» (59 vs 65%), «feedback y comunicación sobre errores» (60 vs 63%), «respuesta no punitiva a errores» (42 vs 44%), «dotación de personal» (38 vs 56%) y «apoyo de la gerencia del centro a la seguridad de pacientes» (57 vs 72%) (fig. 2).

El «Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud»²⁰ analiza la cultura de seguridad en 24 hospitales públicos españoles, estratificándolos por tamaño, en función del número de camas, en hospitales grandes (> 500 camas), hospitales medianos (200-499 camas) y hospitales pequeños (< 200 camas). Para la comparación de nuestros resultados hemos optado por compararlos con los correspondientes a hospitales pequeños, al ser este nuestro caso. De las 12 dimensiones analizadas en 10 de ellas el ASNM aparece mejor posicionada que los hospitales incluidos en el informe, mientras que en otras 2 dimensiones aparece por debajo de la media. Las dimensiones en las que se obtienen mejores resultados son «percepción general de seguridad del paciente» (59 vs 48,7%), «expectativas y acciones de la dirección o supervisión» (81 vs 66,1%), «aprendizaje organizacional y mejora continua» (72 vs 56,3%), «el trabajo en equipo dentro de las unidades» (81 vs 74,4%), «franqueza en la comunicación» (63 vs 50%), «Feedback y comunicación sobre errores» (60 vs 48,4%), «dotación de personal» (38 vs 29,8%), «apoyo de la Gerencia del centro a la seguridad de pacientes» (57 vs 33,5%), «trabajo en equipo entre las

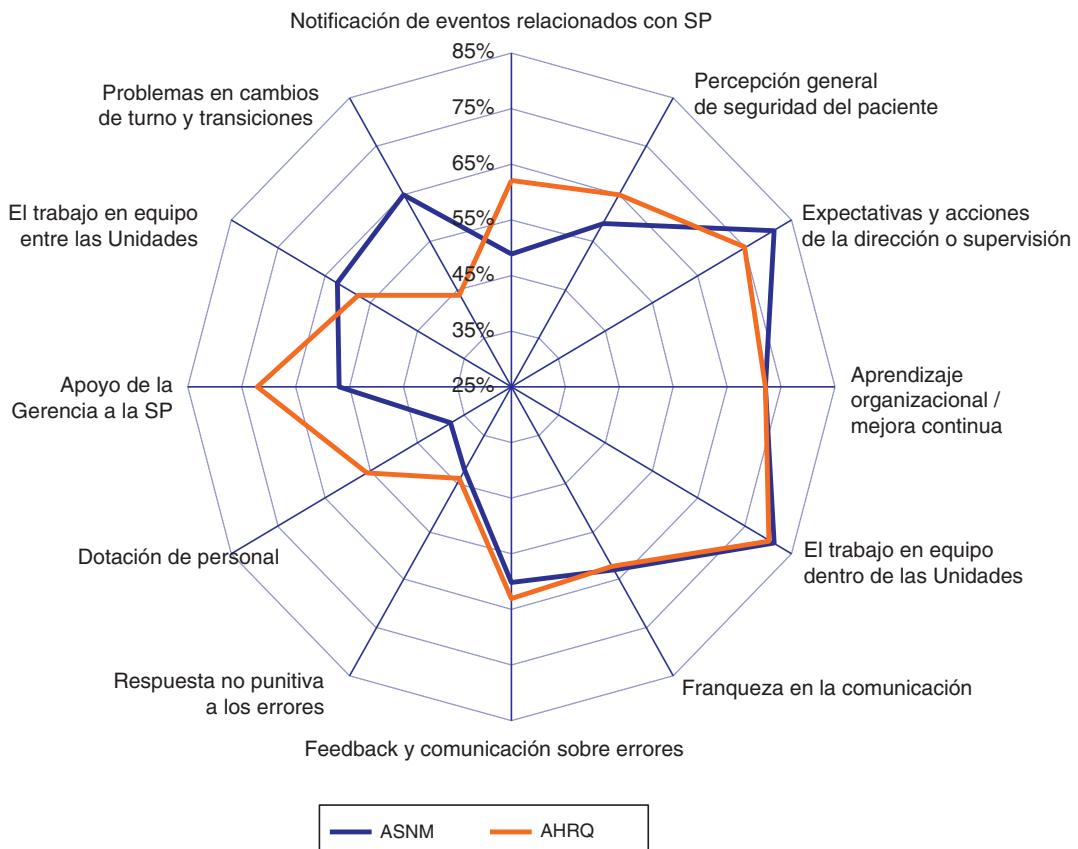


Figura 2 Comparación de las respuestas positivas por dimensiones entre los resultados de la encuesta realizada en el Área Sanitaria Norte de Málaga-Antequera (ASNM) y los hospitales incluidos en el *Data Base Report AHRQ 2010*.

unidades» (62 vs 43,6%) y «problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales» (65 vs 55,5%). Por otro lado, las dimensiones en las que el porcentaje de respuestas positivas es inferior a la media de los hospitales incluidos en el informe son: «Notificación de eventos relacionados con la seguridad de pacientes» (49 vs 50,8%) y «respuesta no punitiva a errores» (42 vs 51,8%) (fig. 3).

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía en el año 2011, Skodova publica los resultados de la aplicación del cuestionario HSOPS en el entorno de un hospital de primer nivel²⁶. En este estudio la tasa de respuesta fue del 62,8%, muy superior a la obtenida en otros estudios nacionales, pero inferior a la obtenida en nuestro trabajo (71,26%). Al comparar nuestros resultados con del citado estudio, el porcentaje de respuestas positivas del ASNM es superior en las 12 dimensiones analizadas. Las dimensiones en las que las diferencias son más notables son «apoyo de la gerencia del centro» (3,7 vs 57,20%), «franqueza en la comunicación» (10,7 vs 63,07%), «aprendizaje organizacional y mejora continua» (36,8 vs 71,78%) y «feedback y comunicación sobre errores» (24,5 vs 60,04%).

Los resultados obtenidos nos permiten identificar las principales estrategias para mejorar la cultura de seguridad de pacientes en el ASNM: 1) priorizar en el ámbito de las unidades clínicas una gestión eficiente y racional de los recursos humanos de los que dispone, anticipándose a los picos de demanda asistencial, de forma que el eventual incremento en las cargas de trabajo no comprometa la

seguridad de pacientes; 2) incentivar la cultura no punitiva del incidente de seguridad, propiciando que se hable libremente de los posibles errores sin temor a las consecuencias, favoreciendo la notificación y discusión de los mismos; 3) potenciar el apoyo explícito de la gerencia del centro a las estrategias de seguridad del paciente, como un elemento transversal de la gestión; 4) potenciar la responsabilidad compartida en la atención que prestamos a nuestros ciudadanos, mejorando la coordinación entre las unidades clínicas, pues si bien en los datos comparativos los resultados han sido positivos, consideramos que uno de los elementos distintivos del modelo organizacional de las áreas de gestión integrada debe ser la coordinación entre las unidades clínicas que la componen.

Como líneas de trabajo para futuras investigaciones estimamos que resultaría conveniente validar cuestionarios específicos que valoraran la cultura de seguridad de pacientes en el ámbito de áreas de gestión sanitaria, al ser este un modelo organizativo que cada vez tiene una mayor presencia en el ámbito de la sanidad española. Igualmente sería necesario favorecer la elaboración de una base de datos de ámbito nacional que, al modo de lo que propicia la AHRQ con sus informes periódicos, nos permita comparar nuestros resultados, pero con centros sanitarios con características más similares a las nuestras. En el ámbito local sería recomendable realizar evaluaciones periódicas de la cultura de seguridad de pacientes para valorar la efectividad de los cambios introducidos. Del mismo modo resultaría

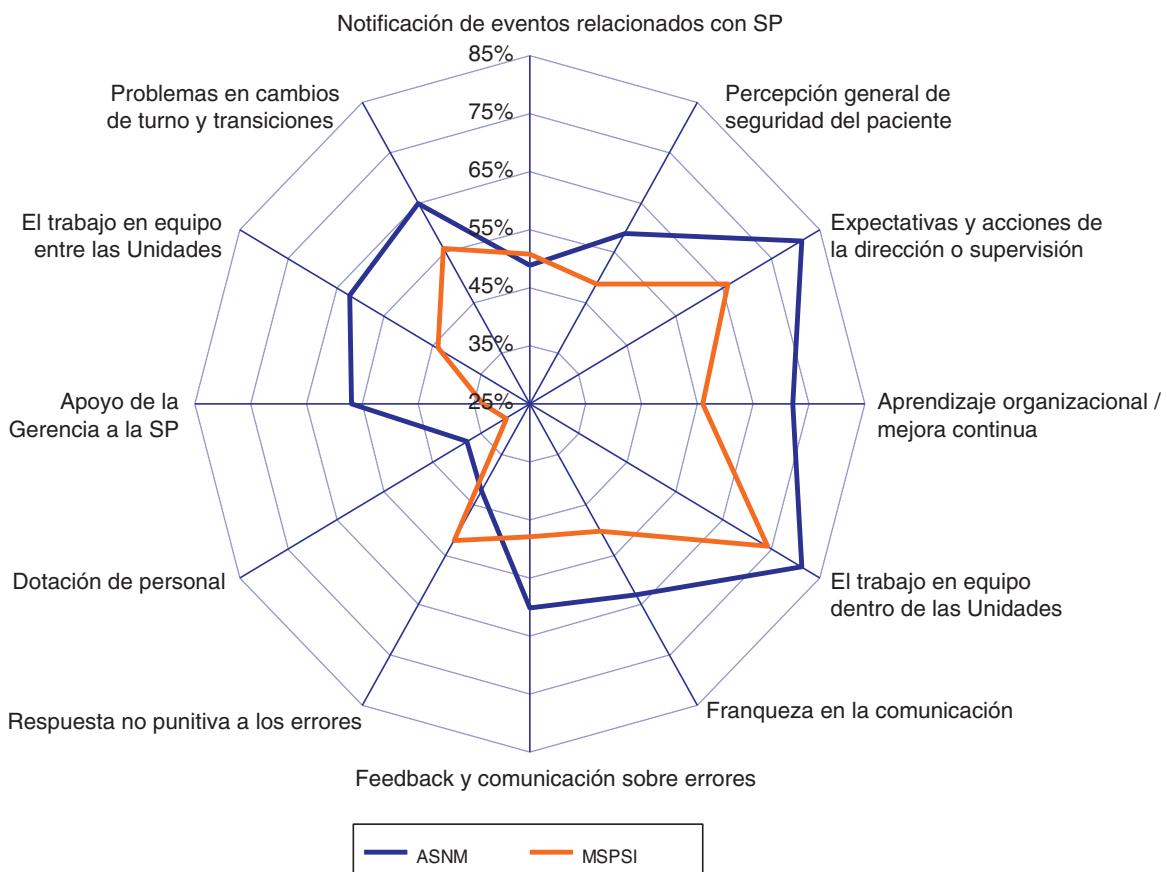


Figura 3 Comparación de las respuestas positivas por dimensiones entre los resultados de la encuesta realizada en el Área Sanitaria Norte de Málaga-Antequera (ASNM) y los hospitales incluidos en el Informe del Ministerio Sanidad y Política Social 2009 (hospitales < 200 camas).

conveniente incrementar el número de participantes para poder valorar la existencia de diferencias significativas a nivel de unidad clínica en nuestra área sanitaria.

En conclusión, la cultura de seguridad de pacientes es calificada como excelente o muy buena por más de la mitad de profesionales del ASNM, destacándose como principales fortalezas el trabajo en equipo dentro de las Unidades y las expectativas y acciones de la dirección o supervisión de la unidad, y como oportunidades de mejora la dotación de personal, la respuesta no punitiva a los errores y la notificación de eventos adversos. El *benchmarking* realizado a nivel internacional (AHRQ) sitúa nuestra cultura de seguridad en la media de los hospitales (6 dimensiones superan la media y 6 se encuentran por debajo de esta). En la comparación realizada con estudios nacionales (MSPSI) nuestros resultados son superiores a la media de hospitales en 10 de las 12 dimensiones analizadas, mientras que si nos comparamos con el principal estudio realizado en nuestra comunidad autónoma, nuestros resultados son superiores en la totalidad de las dimensiones analizadas.

Por último, estimamos necesario implementar estrategias de mejora como la gestión eficiente y racional de los recursos humanos en el seno de las propias unidades, la promoción de la cultura no punitiva del incidente de seguridad, el apoyo explícito de la gerencia a la seguridad del paciente y la coordinación entre las unidades clínicas que componen

el ASNM, al ser esta un elemento distintivo de este modelo organizacional.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Agradecimientos

A Jesús Aranaz, Julián Vitaller y Carlos Aibar por sus enseñanzas. A José Pinazo Luque por su compromiso con la calidad asistencial y seguridad de pacientes. A los profesionales del Área Sanitaria Norte de Málaga-Antequera. A los compañeros del iv Máster de Calidad y Seguridad de Pacientes.

Bibliografía

1. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

2. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl 2:ii17–23.
3. The National Quality Forum: Safe practices for better health care. A consensus report. Washington: NQF; 2003.
4. The National Quality Forum: Safe practices for better health care. 2006 update. Washington: NQF; 2007.
5. Consejo de Europa. La seguridad del paciente: un reto europeo. Varsovia, 1315. Abril 2005.
6. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente: recomendaciones del taller de expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
8. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
9. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
11. Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2010-2014. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010.
12. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA, 2011-2014. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2011.
13. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364–6.
14. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109–15.
15. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44.
16. Hospital Survey on Patients Safety Culture [consultado 17 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/legacy/qual/patientsafetyculture/hospsurvindex.htm>
17. Modak I, Thomas E, Sexton J, Lux T, Cheng L, Helmreich R. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1–5.
18. Gutierrez-Cia I, Merino P, Yáñez A, Obón B, Alonso A, Martín MC, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc)*. 2010;135 Suppl 1:37–44.
19. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
20. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
21. Torrijano-Casalengua ML, et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2012.
22. Torrijano ML, Olivera G, Astier MP, Maderuelo JA, Silvestre C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45:21–37.
23. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 Comparative Database Report. AHRQ Publication n 10-0026. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality; 2010.
24. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Work-force perceptions of hospital safety culture: Development an validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res*. 2007;42:1999–2021.
25. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2003;12: 112–8.
26. Skodová M, Velasco MJ, Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist*. 2011;26:33–8.