



ORIGINAL

Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel

M. Škodová*, M.J. Velasco Rodríguez y M.A. Fernández Sierra

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 22 de febrero de 2010; aceptado el 4 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 12 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente;
Cultura de seguridad;
Estudio transversal

KEYWORDS

Patient safety;
Safety culture;
Cross-sectional study

Resumen

Objetivo: Identificar la cultura sobre seguridad del paciente (SP) percibida por los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada.

Metodología: Estudio transversal descriptivo en profesionales sanitarios del HUVN, mediante la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ), en julio-agosto de 2008. El tamaño muestral se estimó en 476 encuestas (incluido el 60% de pérdidas).

Resultados: La tasa de respuesta fue del 62,8% (299 cuestionarios). En los últimos 12 meses, el 90,2% de los profesionales no notificó ningún evento adverso (EA). La percepción global de seguridad del paciente fue $6,57 \pm 1,82$ puntos (escala, 0-10). El trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor valorado (66,9%). Se observó una correlación positiva (coeficiente Pearson) entre la percepción de SP y los años que los profesionales trabajan en la especialidad (0,21), hospital (0,197) y servicio (0,138) respectivamente (todos $p < 0,05$). Según la categoría, fueron los facultativos los que notificaron algún EA, con una probabilidad 32,3 veces mayor que los auxiliares y los técnicos ($p < 0,05$). La percepción general de seguridad fue valorada positivamente por el 34,1%. El soporte desde la gerencia (3,7%) y la dotación de personal (9%) fueron las principales áreas de mejora.

Conclusiones: La percepción global de seguridad del paciente en el HUVN es buena, aunque la comunicación sobre errores es deficiente. La principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registro de eventos adversos.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Opinion of healthcare professionals on patient safety in a primary level hospital

Abstract

Objective: To identify the patient safety (PS) culture perceived by health professionals of the Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) in Granada.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuela.skodova.sspa@juntadeandalucia.es, mskodov@hotmail.com (M. Škodová).

Methodology: A descriptive cross-sectional study of professionals working in HUVN using the Spanish version of the questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture (AHRQ), in July-August 2008. The sample size was estimated as 476 surveys (included 60% losses).

Results: The response rate was 62.8% (299 questionnaires). In the previous 12 months, 90.2% of professionals had not notified any adverse event (AE). The average perception of PS was 6.57 ± 1.82 (scale 0-10). Teamwork in the unit for PS was the best rated dimension (66.9%). There was a positive correlation (c. Pearson) between the perception of PS and the years that professionals had worked in specialisation (0.21), hospital (0.197) and unit (0.138), respectively (all, $p < 0.05$). According to category, the physicians have reported an AE with a likelihood 32.26 times greater than the assistants and technicians ($p < 0.05$). The PS perception dimension was viewed favourably by 34.1%. The management support (3.7%) and staffing (9%) were the main areas for improvement.

Conclusions: The perception of PS at HUVN is good, even if the communication of errors is poor. The main area for improvement is a non-punitive communication of errors. It is advisable to promote a campaign to raise public awareness of the problem, to perform training programs for professionals and to implement systems for recording adverse events.

© 2010 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica supone un nuevo escenario para el ejercicio de las ciencias de la salud¹.

Desde la publicación de *To err is human: building a safer health system in 1999*, por el Institute of Medicine de Estados Unidos², se recomienda que las organizaciones sanitarias trabajen para mejorar la cultura sobre seguridad del paciente.

La cultura de seguridad integra al máximo la frase hipocrática "*Primum non nocere*" (primero no hacer daño) en su identidad, que la impulsa en las normas y las operaciones de toda una organización, y la considera una misión prioritaria. A esta línea de trabajo se suma también el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, aplicando esta estrategia a todo el Sistema Nacional de Salud³.

En los últimos años, se realizaron varios estudios en distintos países para medir y evaluar "la cultura de seguridad"⁴, "el clima de seguridad", "las percepciones de seguridad"^{5,6} del personal o "las acciones de la gerencia" en relación con la seguridad, etc. En las revisiones⁷⁻¹² se vio que se utilizaron distintos instrumentos, con diferentes parámetros psicométricos y que los resultados eran poco comparables. Para solucionar estas inconsistencias, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), en 2004, desarrolló una herramienta que pudiera ser útil para evaluar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales, dentro del programa *Hospital Survey on Patient Safety Culture*¹²⁻¹⁴. Para ello diseñó y validó un cuestionario, que fue traducido al español por la Universidad de Murcia¹⁵.

Entre los elementos que apoyan una cultura de seguridad del paciente (SP) en la asistencia sanitaria se encuentran: un compromiso generalizado con la seguridad de los pacientes, una comunicación abierta, un ambiente libre de culpa y la importancia de la seguridad en el diseño de la prevención de futuros errores¹⁶⁻¹⁸.

En este entorno, en los últimos años, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada promueve

una línea de actuación de gestión de riesgos sanitarios.

El objetivo de este estudio es identificar el estado actual de la percepción sobre cultura de SP según los profesionales sanitarios del HUVN.

Material y métodos

Se diseñó un estudio transversal descriptivo.

Se seleccionó a los siguientes profesionales del HUVN: personal facultativo, en formación, enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos de todos los servicios y unidades con más de 1 año de actividad; no se incluyó al personal de apoyo ni personal sanitario sustituto.

Se usó la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de AHRQ, diseñado y validado para valorar la cultura sobre SP en los hospitales, identificando puntos fuertes y áreas de mejora, que fue traducido y adaptado al español¹⁵. Fue autoadministrado, distribuido a los profesionales sanitarios en todos los servicios y centros del HUVN. El periodo de realización de la encuesta y recogida de los cuestionarios estuvo comprendido entre julio y agosto de 2008.

Para el cálculo de tamaño de la muestra se estimó la percepción global de SP en 7 sobre 10¹³, se asumió nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y el 60% de pérdidas, necesitando un total de 476 encuestas. Se realizó un muestreo proporcional a la categoría del profesional sanitario y servicio conforme a la última lista publicada por la gerencia de recursos humanos.

El cuestionario proporciona la información sobre la percepción global de SP en la unidad (escala, 0-10), sobre características sociodemográficas, sobre el número de EA notificados en los últimos 12 meses (ninguno, alguno) y 42 preguntas sobre seguridad que se agrupan en 12 dimensiones (tabla 1).

Para las respuestas se utilizaron escalas Likert de 5 grados, de tipo muy en desacuerdo-muy de acuerdo y de nunca-siempre.

Tabla 1 Valoraciones obtenidas en las 12 dimensiones sobre seguridad del paciente

Dimensión de seguridad del paciente	Negativa	Indiferente	Positiva
1. Percepción general de seguridad	29,1%	36,8%	34,1%
2. Frecuencia de notificación de eventos	25,4%	40,3%	34,2%
3. Expectativas y acciones para promover la seguridad por parte de la supervisión/jefatura	20,1%	31,4%	48,5%
4. Aprendizaje organizacional y mejora continua	28,4%	34,8%	36,8%
5. Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios	13%	20,1%	66,9%
6. Comunicación abierta	38,6%	50,7%	10,7%
7. <i>Feedback</i> y comunicación sobre el error	36,9%	38,6%	24,5%
8. Respuesta no punitiva al error	51,5%	30,4%	18,1%
9. Dotación de personal	71,9%	19,1%	9%
10. Soporte desde la gerencia/dirección para la seguridad del paciente	73,8%	22,5%	3,7%
11. Trabajo en equipo multidisciplinario	34,6%	36,2%	29,2%
12. Continuidad (transferencias y traspasos)	28,3%	28,6%	43,1%

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron la media, mediana, desviación típica, rango y proporciones. Además, un análisis bivariante mediante los test de la t de Student, ANOVA, Kruskal-Wallis y correlaciones. Se empleó como medida de asociación la *odds ratio* con su intervalo de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariante, primero con una regresión lineal múltiple, tomando como variable respuesta la percepción global de SP en el servicio y posteriormente una regresión logística con la variable dependiente notificación de EA en los últimos 12 meses (sí/no). Las variables independientes seleccionadas para estos análisis fueron las que presentaron una significación $p < 0,2$ en el análisis bivariante. Para todos los análisis se han utilizado el programa informático SPSS 15.0.

Aspectos éticos: el cuestionario se cumplimentó de forma voluntaria y anónima por el profesional y se mantiene la confidencialidad y el secreto estadístico, según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Resultados

La tasa de respuesta global fue del 62,8% (299 cuestionarios), siendo el estrato de personal facultativo con la tasa de respuesta más baja (38,95%).

Entre las pérdidas, 52 cuestionarios (10,9%) se devolvieron sin contestar por los profesionales (todos ellos personal de enfermería y auxiliares de enfermería) alegando "falta de tiempo" y "exceso de trabajo". Otros 5 cuestionarios (1,05%) se descartaron por no contestar el profesional ninguna sección completamente. Los restantes 120 cuestionarios (25,2%) no fueron devueltos, fue imposible localizarlos y se desconoce la causa (¿falta de tiempo, falta de interés, ausencia por vacaciones?).

De los 299 encuestados, el 12,4% eran facultativos; el 12,4%, personal en formación; el 40,1%, enfermeros/as, y el 35,1%, auxiliares de enfermería y técnicos. El 56,2% pertenecía a servicios médicos; el 24,1%, a servicios médico-quirúrgicos, y el 19,7%, a servicios centrales y de apoyo. El 90,9% refirió mantener habitualmente contacto directo con los pacientes en su puesto de trabajo.

La percepción global de SP en el servicio/unidad según los profesionales fue de $6,57 \pm 1,82$ puntos (escala, 0-10).

A partir de los ítems del cuestionario, se calcularon las 12 dimensiones de seguridad del paciente, compuestas de entre 3 a 4 preguntas cada una. La tasa de pérdidas en las distintas preguntas osciló entre el 0,3 y el 5,7%. La valoración obtenida en todas las dimensiones se recoge en la [tabla 1](#).

Hay que destacar que solo el 9,8% de los profesionales sanitarios notificó algún EA en los últimos 12 meses; sin embargo, la dimensión frecuencia de notificación de EA fue percibida positivamente por el 34,2% de los profesionales del HUVN.

El trabajo en equipo dentro del servicio fue la dimensión mejor valorada, con el 66,95% de respuestas positivas: el personal se apoya mutuamente, se tratan con respeto, trabajan juntos como un equipo y encuentran ayuda en los compañeros. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el trabajo en equipo multidisciplinario (solamente el 29,2% de respuestas positivas) y la continuidad asistencial fue valorada como buena solo por el 43,1% de los profesionales.

Las dimensiones peor valoradas fueron el soporte desde la gerencia/dirección para la SP, visto negativamente por el 73,8% de los profesionales, de igual forma que la dotación de personal (71,9%). Otra área de mejora sería la dimensión respuesta no punitiva al error (51,5% la valora negativamente). Según el 36,9% de los profesionales tampoco hay buena comunicación y *feedback* sobre el error y la comunicación abierta dentro del servicio y con los superiores es percibida negativamente por el 38,6% de los profesionales.

En el análisis bivariante, se observó una correlación positiva de intensidad débil entre la variable percepción global de SP en el servicio y los años que los profesionales llevan trabajando en la especialidad, en el hospital y en el servicio obteniendo coeficientes de Pearson de 0,21 ($p < 0,01$), 0,197 ($p < 0,01$) y 0,138 ($p < 0,05$) respectivamente.

Los profesionales que trabajan 35 o menos horas a la semana puntuaron más alto la percepción global de SP que los que trabajan más de 35 horas a la semana ($p = 0,051$).

A la hora de analizar el número de EA notificados en los últimos 12 meses, encontramos una diferencia significativa en la categoría profesional. Los facultativos notificaron algún EA con una probabilidad 32,2 veces mayor que los auxiliares y los técnicos (OR = 32,2; IC del 95%, 3,94-250). A su

Tabla 2 Factores relacionados con la variable dependiente "grado de valoración de seguridad"^a

Variable		Coefficiente crudo	IC del 95%	p
Años de especialidad		0,021	0,004-0,038	0,016 ^b
D1. Percepción de seguridad	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	0,929	0,457-1,4	< 0,001 ^b
	Positivo	1,207	0,697-1,716	< 0,001 ^b
D2. Frecuencia de notificación de eventos	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	0,671	0,253-1,088	0,002 ^b
	Positivo	1,121	0,737-1,686	< 0,001 ^b
D4. Aprendizaje organizacional y mejora continua	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	—	—	—
	Positivo	0,478	0,092-0,864	< 0,015 ^b
D8. Respuesta no punitiva al error	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	-0,541	-0,945 a -0,136	0,009 ^b
	Positivo	-0,979	-1,481 a -0,47	< 0,001 ^b
D11. Trabajo en equipo multidisciplinario	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	0,408	0,049-0,767	0,026 ^b
	Positivo	—	—	—
D12. Continuidad asistencial	Negativa	Referencia	—	—
	Indiferente	—	—	—
	Positivo	0,492	0,13-0,855	0,008 ^b

^a Regresión lineal múltiple.

Constante, 4,665.

^b Significación estadística ($p < 0,05$).

vez, el personal de enfermería notificó algún EA con una probabilidad 15,6 veces mayor que los auxiliares y los técnicos (OR = 15,6; IC del 95%, 2,05-125).

Los profesionales notificaron algún EA con más frecuencia a medida que llevaban más tiempo trabajando en el hospital, la media fue de 18 años si notificaron algún evento frente a 12,9 años de los que no notificaron ninguno ($p < 0,05$).

Las variables del modelo de regresión lineal múltiple explicaron el 46,4% de la variabilidad de percepción global de SP en el servicio (tabla 2).

La valoración media de percepción global de SP en el servicio aumenta por término medio en 0,021 puntos por cada año más que el profesional lleve ejerciendo su especialidad.

Los profesionales que respondieron de manera positiva a la dimensión 1, 2 y 4 (percepción general de seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua y frecuencia de notificación de EA) presentaron, ajustando para el resto de las variables consideradas, 1,207, 1,212 y 0,478 respectivamente más puntos de media en la valoración de percepción global de SP con respecto a los que respondieron de modo negativo ($p < 0,01$).

Las variables del modelo de regresión logística explican el 25,8% de la variabilidad en la notificación de EA (tabla 3).

Por término medio, cada año más en el hospital, ajustando para el resto de las variables del modelo, aumentó la probabilidad de notificar algún EA en un 12,5% ($p < 0,01$), los facultativos especialistas tuvieron 53,26 veces más posibilidades de notificar algún EA ($p < 0,01$), y el personal en formación, 27,3 veces más probabilidades de notificar algún EA ($p < 0,01$) con respecto a la categoría auxiliares-técnicos. Los enfermeros/as con respecto a la misma categoría y ajustando para el resto de las variables del modelo tuvieron 19,58 veces más probabilidad de notificar algún EA ($p < 0,01$).

Discusión

El estudio proporciona información descriptiva acerca de la cultura sobre la seguridad del paciente, de la notificación de eventos adversos y permite identificar los problemas, puntos fuertes y áreas de mejora.

La tasa de respuesta fue parecida a la obtenida en otros estudios (entre el 40 y el 73%)⁷⁻¹¹. Posiblemente se ha conseguido, por la presentación personal directa por parte de la investigadora del cuestionario, los recordatorios para su cumplimentación y recogida.

Entre las limitaciones del estudio destacamos, por un lado, un posible sesgo de selección, ya que no hay aleatori-

Tabla 3 Factores relacionados con la variable dependiente notificación de efectos adversos (ninguno, alguno)^a

Variable	Odds ratio	IC del 95%	p
<i>Categoría profesional</i>			
Auxiliares-técnicos	Referencia	—	—
Facultativos	53,26	5,73-494,83	< 0,001 ^b
En formación	27,34	2,18-342,07	0,01 ^b
Enfermería	19,58	2,4-159,63	0,005 ^b
<i>D8. Respuesta no punitiva al error</i>			
Negativa	Referencia	—	—
Indiferente	2,33	0,88-6,16	0,088
Positivo	2,25	0,75-6,73	0,149
Años de servicio	0,934	0,86-1,01	0,094
Años hospital	1,125	1,04-1,21	0,002 ^b

^a Regresión lineal múltiple.

Constante -6,393.

^b Significación estadística ($p < 0,05$).

zación, y por ello una baja representatividad. Sin embargo, de esta forma se ha conseguido una tasa de respuesta mayor.

Una limitación importante fue la dificultad de acceso a los profesionales de los distintos servicios y unidades de los tres centros del HUVN. Para solucionarla, el reparto de los cuestionarios se realizó de manera escalonada y variada, teniendo en cuenta las distintas labores asistenciales, los cambios de turnos y la diversidad de horarios, así como la división de trabajo, la incorporación del personal sustituto y la distribución de vacaciones entre el personal de plantilla. Se realizaron varios recordatorios a los profesionales.

Posiblemente haya ciertas dificultades debidas a las definiciones operativas e interpretaciones por falta de formación previa en seguridad del paciente de los profesionales sanitarios, aunque contaron con apoyo y consulta permanente de la persona de contacto vía teléfono o correo electrónico para cualquier comentario, aclaración o problema con el cuestionario.

También hay que tener en cuenta la variabilidad de la práctica clínica entre los profesionales y entre los diferentes unidades/servicios, aunque los términos utilizados en el cuestionario son genéricos y aplicables a cualquier tipo de actividad asistencial en el ámbito hospitalario.

Debido a alta carga de trabajo y disminución de la plantilla durante los meses de verano, se puede ver afectada la calidad de las respuestas (tiempo para cumplimentar el cuestionario, nivel de atención, implicación de los profesionales, posible coincidencia con otras tareas).

Los aspectos más profundos de la cultura en términos de valores, creencias y normas subyacentes dentro de una organización pueden estar insuficientemente recogidos en los cuestionarios autoadministrados de tipo cuantitativo. A veces, las personas con una cultura de seguridad muy arraigada actúan de manera inconsciente y no expresan en el cuestionario suficientemente la cultura que los rodea. Por tanto, los datos cuantitativos se deberían completar con otras fuentes de información acerca de la seguridad de los pacientes, tales como entrevistas de personal y grupos focales, o listas de control de procedimiento de seguridad tradicionales utilizadas en las auditorías.

El personal con la tasa de respuesta más baja fue el personal facultativo, sobre todo los médicos que tienen diferentes actividades asistenciales, teniendo que cubrir con una plantilla deficitaria la consulta, la planta, los quirófanos y las guardias. Por lo tanto, no podemos excluir sesgo por falta de respuesta en nuestro estudio, y futuros estudios podrían analizar una submuestra de los no respondedores (especialmente los médicos) para comprobar si la postura de los que responden es sistemáticamente diferente de aquellos que no lo hacen.

Comparando con el último estudio de la AHRQ¹⁹, la frecuencia de notificación de EA es menor. En los hospitales de los Estados Unidos el 52% de los profesionales no notificó ningún EA, frente al 90,2% de los profesionales de HUVN. Asimismo, la valoración media de percepción global de SP en el HUVN es más baja, ya que en el HUVN la tasa de profesionales que puntuaron por encima de 6 (como bueno o muy bueno) fue del 52,2%, haciéndolo así el 72% de los profesionales estadounidenses¹⁹.

A pesar de la baja notificación, creemos que existe cierta comunicación interna acerca de los eventos adversos en el HUVN (34,2%). Los profesionales refieren hablar entre

sí sobre los errores que ocurren, sobre la seguridad de las acciones y procedimientos en la unidad. Sin embargo, parece que tienen dificultades para comentarlo libremente con sus superiores. Perciben que no se evalúan los cambios de mejora de seguridad del paciente introducidos, a diferencia de los resultados de otros estudios^{20,21}. Se detecta que la mayoría cree que la política del hospital encaminada a mejorar la seguridad del paciente en realidad no es una prioridad, que no se ponen en marcha acciones y protocolos que mejoren la atención del paciente y la calidad asistencial ni, por ende, sus condiciones de trabajo²². Existe una necesidad de aumentar la presentación de informes sobre errores que el personal detecta y corrige por su cuenta y de todas las desviaciones de procedimientos y protocolos que no provocan aparentemente daño al paciente. Todavía sigue siendo importante concienciar a los directivos y profesionales sobre la existencia de un problema de seguridad del paciente, y que los eventos sean notificados^{23,24}.

De forma similar a otros estudios^{20,21}, uno de los mayores obstáculos para la notificación de un evento es la percepción de un "ambiente punitivo" en el que los profesionales perciben que se está buscando un culpable, que informar de un error quedará recogido en su expediente y que no aporta nada a la mejora de los sistemas y la atención del paciente. Por lo tanto, hay que promover un cambio de enfoque hacia la seguridad.

La principal área de mejora²³⁻²⁵ es la comunicación abierta y el *feedback* sobre el error que obtuvieron mayoría de puntuaciones negativas. Es necesario trabajar estos aspectos, ya que son elementos importantes para mejorar la notificación y el registro de los eventos adversos, por otra parte, el personal debe poder confiar en sus superiores y conocer la utilidad de su esfuerzo en detectar e informar sobre los errores. Puede ser útil considerar la posibilidad de preparar y distribuir formularios de registro de eventos estandarizados que analicen tanto datos agregados de eventos como individuales para mejorar los procesos.

Aunque hay otros instrumentos para medir la cultura de SP, como por ejemplo Safety Attitudes Questionnaire²⁶, elegimos el cuestionario de la AHRQ ya que fue validado, utilizado en más de 380 hospitales de Estados Unidos, además de ser traducido al español y validado para medir la cultura sobre SP en los hospitales del SNS.

Posteriormente a la realización de este trabajo, se ha publicado el estudio sobre clima de seguridad realizado en una muestra representativa de 24 hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) español²⁷, obteniendo resultados parecidos en cuanto a la baja notificación de EA y la positiva percepción de trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio. La percepción global de SP fue algo mayor (media de 7). Al igual que en nuestro estudio, las dimensiones "dotación de personal" y "apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente" fueron las menos valoradas. Sin embargo, en el estudio nacional, los profesionales sanitarios valoraron positivamente la dimensión "soporte desde la gerencia/dirección para la seguridad del paciente" en un 61,8% frente al 3,7% de valoraciones positivas en el HUVN.

Se ha dado una difusión a los resultados del presente estudio, que fueron presentados en la Comisión de Seguridad del Paciente del HUVN, en la Sesión Clínica Hospitalaria del HUVN dirigida a todos los profesionales y en el curso de Seguridad del Paciente.

Los datos de este estudio proporcionan conocimientos sobre la situación basal de la cultura de seguridad del paciente, de la percepción de seguridad de los profesionales del HUVN y del estado inicial de las consideraciones del personal hacia las cuestiones relativas a la presentación de informes de evento adversos. Los resultados proporcionan un punto de partida para considerar los aspectos que se pueden trabajar para mejorar la seguridad de los pacientes, sobre todo en las unidades/servicios que están contemplando la aplicación y evaluación posterior de un sistema de registro de eventos, implantación de nuevos protocolos y cambios en la organización.

Dado que las evaluaciones de la cultura de la seguridad de los pacientes son herramientas aún en desarrollo, hay que profundizar más acerca de las diferentes herramientas que existen, de cómo se relacionan y cómo se pueden combinar estos datos para obtener una visión más completa sobre la seguridad del paciente.

Bibliografía

- Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999;353:1178–81.
- Stefl ME. To err is human: building a safer health system in 1999. *Front Health Serv Manage*. 2001;18:1–2.
- Agra Y, Terol E. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:319–23.
- Ilan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science. *J Crit Care*. 2005;20:2–5.
- Jeffs L, Law M, Baker GR. Creating reporting and learning cultures in health-care organizations. *Can Nurse*. 2007;103:16–7, 27–8.
- Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, Lewis S. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. *Health Serv Res*. 2005;40:997–1020.
- 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.
- Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ir J Med Sci*. 2009;178:433–9.
- Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev*. 2009;34:300–11.
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364–6.
- Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109–15.
- 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.
- User's guide: Hospital survey on patient safety culture [citado 22 Abr 2009]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/qual/patient_safetyculture/usergd.htm.
- Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf*. 2009;5:139–44.
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 22 Abr 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.
- Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:231–3.
- Macrae C. Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare. *Health, Risk & Society*. 2008;10:53–6.
- Reid J. Building a safety culture. *J Perioper Pract*. 2008;18:134.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008 Comparative Database Report (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. 233-02-0087, Task Order 18). AHRQ Publication No. 08-0039. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2008.
- Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Manage Rev*. 2009;34:312–22.
- Collins ME, Block SD, Arnold RM, Christakis NA. On the prospects for a blame-free medical culture. *Soc Sci Med*. 2009;69:1287–90.
- Crocker C. Organisational culture is the key to improving patient safety. *Nurs Times*. 2009;105:11.
- Sorra J, Nieva V, Fastman BR, Kaplan H, Schreiber G, King M. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion*. 2008;48:1934–42.
- Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety—the role of education. *Nurse Educ Today*. 2007;27:95–102.
- Adil M. Taking the Lead in Patient Safety: How Healthcare Leaders Influence Behaviour and Create Culture. *Perspectives in Public Health*. 2009;129:240.
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Borden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006;6:44 [citado 29 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/44>.
- Saturno Hernández PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira Sousa SL, Fonseca YA, De Souza Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(Supl 3):18–25.