

Original

# Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario



Mario Mella Laborde<sup>a,\*</sup>, M. Teresa Gea Velázquez<sup>b</sup>, Jesús M. Aranaz Andrés<sup>c</sup>, Gemma Ramos Forner<sup>d</sup> y Antonio F. Compañ Rosique<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y Aparato digestivo, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 10 de julio de 2017

Aceptado el 13 de octubre de 2018

On-line el 11 de enero de 2019

### Palabras clave:

Cultura de seguridad  
Seguridad del paciente  
Percepción de seguridad  
Eventos adversos

## R E S U M E N

**Objetivo:** 1) Determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario; 2) describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras.

**Método:** Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español.

**Resultados:** La tasa de respuesta fue del 35,36%. El colectivo con mayor participación fue el médico (32,3%), y el servicio más implicado, el de urgencias (9%). El 86,4% tuvo contacto con el paciente. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificó ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. No se identificó ninguna fortaleza de manera global. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la 9 (dotación de personal) y la 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente).

**Conclusiones:** La percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No se han identificado fortalezas. Las debilidades identificadas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Analysis of the patient safety culture in a university hospital

### A B S T R A C T

**Objective:** 1) To determine the perception of safety of health professionals and non-health professionals in a university hospital; 2) describe the climate of safety with its strengths and weaknesses; 3) evaluate the negatively valued dimensions and establish areas of improvement.

**Method:** A cross-sectional and descriptive study carried out at the San Juan University Hospital in Alicante, where the results of the assessment of the safety culture level are collected using Hospital Survey On Patient Safety survey of the Agency for Healthcare Research and Quality adapted to Spanish language.

**Results:** The response rate was 35.36%. The group with the greatest participation was the physician (32.3%) and the service most involved, urgencies (9%). 86.4% had contact with the patient. 50% of workers rated the safety climate between 6 and 8 points. 82.8% did not report any adverse events in the last year. The professionals with the greatest security culture were the pharmacists and with the worst culture, the guards. No strength was identified globally. There were two dimensions that behaved like a weakness: 9 (staffing) and 10 (management support for patient safety).

**Conclusions:** The patient's perception of safety is good, although it can be improved. No strengths have been identified. The weaknesses identified are staffing, management support for patient safety, handoffs and transitions, and safety perception.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Safety culture  
Patient safety  
Safety perception  
Adverse events

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [wmarietem@gmail.com](mailto:wmarietem@gmail.com) (M. Mella Laborde).

## Introducción

Toda actividad humana comporta un margen de error, y la asistencia sanitaria no es una excepción. Los eventos adversos (EA) en este ámbito no son solo fruto de los fallos humanos, sino que también, como acertadamente explica Reason<sup>1</sup>, se producen por una interacción de sistemas complejos y fallos latentes en el sistema. Los procedimientos asistenciales en el ámbito sanitario no son inocuos; se estima una incidencia de EA en torno al 4-17%, de los cuales el 50% serían evitables<sup>2</sup>.

Por este motivo, es fundamental fomentar una cultura de seguridad, establecer líneas estratégicas en seguridad del paciente y aplicar prácticas clínicas seguras para reducir los EA<sup>3</sup>.

El término «cultura de seguridad» fue introducido por la International Atomic Energy Agency tras el accidente nuclear de Chernóbil en el año 1986. Es un concepto complejo que, a día de hoy, acepta más de una definición. La European Society for Quality in Healthcare<sup>4</sup> la define como el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria.

Por su parte, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente<sup>5</sup> se refiere a la cultura de seguridad del paciente como el resultado de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, así como el estilo y la competencia con la gestión de la salud y la seguridad de la organización. La cultura de seguridad del paciente representa los aspectos más estables y duraderos de una organización, define cómo es y explica por qué ocurren las cosas. El clima de seguridad define lo que sucede en un momento dado y es el componente medible de esa cultura de seguridad<sup>6,7</sup>.

Hoy en día, el empleo de cuestionarios como herramienta para medir el clima de seguridad en el ámbito sanitario ha demostrado su utilidad para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros<sup>8-10</sup>. Una organización con una actitud proactiva hacia una cultura de seguridad positiva resulta eficaz para mejorar la seguridad del paciente<sup>11-13</sup>.

Entendemos por «seguridad del paciente» la reducción del riesgo o daño innecesario hasta un punto mínimo aceptable, según los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto donde se presta la atención, frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro<sup>14</sup>. Su medición nos permitirá identificar cuáles son las debilidades del sistema, de manera que se puedan diseñar estrategias orientadas a minimizar el riesgo asistencial.

La revisión de la literatura<sup>15-17</sup> aporta, entre otros, dos cuestionarios: la *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS)<sup>18</sup> y el *Safety Attitudes Questionnaire*, ambos recomendados por la European Union Network for Patient Safety<sup>19</sup> para medir la cultura de seguridad.

Los objetivos del presente estudio son: 1) determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario; 2) describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y 3) evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras.

## Método

Estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante, perteneciente al Departamento de Salud Alicante-San Juan de Alicante, el cual forma parte de la red sanitaria de la Comunidad Valenciana, adscrito a la Agencia Valenciana de Salud. Se trata de un hospital de tercer nivel que atiende a una población de 224.100 habitantes y está dotado con 352 camas funcionantes.

El estudio se realizó entre los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as del hospital. Se consideró profesional a médicos/as, enfermeros/as, personal en formación (médicos/as, enfermeros/as, matronas y residentes de farmacia), auxiliares de enfermería, farmacéuticos/as, celadores/as y fisioterapeutas, y profesionales no sanitarios/as a los/las auxiliares administrativos/as, técnicos/as (laboratorio, anatomía patológica, radiología y radioterapia), gerencia/dirección y radiofísicos/as.

Los criterios de inclusión fueron pertenecer al personal sanitario y no sanitario con contrato de larga duración (mayor de 6 meses), y los de exclusión fueron ser personal con contrato de corta duración (inferior a 6 meses), personal con contrato de guardias médicas o paciente.

Para obtener estimaciones con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción de 0,5 en el peor de los casos, fue necesario obtener 100 cuestionarios cumplimentados para una población de estudio de 1231 personas.

Se utilizó como instrumento de medición la HSOPS de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al español<sup>20</sup>. Se trata de un cuestionario autoadministrado con 42 ítems relativos al clima de seguridad agrupados en 12 dimensiones (tabla 1), una pregunta sobre la calificación global (de 1 a 10) del clima de seguridad percibido, otra sobre la notificación de EA en el último año, y preguntas sobre características sociolaborales de los/las profesionales. Los 42 ítems relativos a las percepciones de los/las profesionales sobre la seguridad tienen cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert: de 1 (muy en desacuerdo o nunca) a 5 (muy de acuerdo o siempre).

Se entregó una carta informativa al equipo directivo, los/las jefes/as de servicio y los/las supervisores/as en la que se explicaban los objetivos del estudio, y una vez transcurridas 2 semanas se habló personalmente con cada uno/a para explicarles el proyecto.

De acuerdo con los datos facilitados por la Dirección de Recursos Humanos en abril de 2014, y garantizando la confidencialidad de los datos y el secreto estadístico según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, se procedió a la entrega del cuestionario en sobre cerrado y con una tarjeta identificativa del trabajador para su cumplimentación de manera voluntaria y anónima, junto con una carta de presentación. La recogida se realizó mediante su envío al servicio de cirugía o en mano en los distintos servicios, siempre sin la tarjeta identificativa y en un sobre cerrado.

Se realizó un análisis de frecuencias inicial por ítems, conservando las opciones de respuesta originales. Para el análisis global por dimensiones se modificó la escala de las preguntas. Las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías: 1) negativa: muy en desacuerdo/nunca y en desacuerdo/raramente; 2) neutra: ni de acuerdo ni en desacuerdo/a veces; 3) positiva: de acuerdo/casi siempre y muy de acuerdo/siempre. Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems como para el indicador compuesto de cada dimensión. Estas estimaciones puntuales se acompañaron del correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Se calcularon indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala mediante la fórmula:  $\Sigma$  Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión / Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión.

Para clasificar un ítem o una dimensión como «fortaleza» se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.

**Tabla 1**  
Dimensiones y aspectos que exploran la versión en español de la *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la Agency for Healthcare Research and Quality

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados	3 preguntas. Reporte de errores con o sin potencial para dañar al paciente
Dimensión 2. Percepción de seguridad	4 preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y efectividad en los procedimientos
Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	4 preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente
Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3 preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y su evaluación
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	4 preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación	3 preguntas. Informes de la dirección sobre los errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos
Dimensión 7. <i>Feed-back</i> y comunicación sobre errores	3 preguntas. Libertad para hablar de riesgos para los pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien
Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores	3 preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias laborales
Dimensión 9. Dotación de personal	4 preguntas. Disponibilidad de personal y forma en que se organiza para cuidar a los/las pacientes
Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	3 preguntas. Interés de la dirección para crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	4 preguntas. Cooperación y agrado para trabajar, y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado de los/las pacientes
Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	4 preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o la transferencia de pacientes entre servicios o unidades

Para clasificar un ítem o una dimensión como «debilidad» se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y debilidades se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto.

El análisis se presentó de forma global y según el tipo de estamento (sanitario y no sanitario), el tipo de profesión (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, celadores/as, farmacéuticos/as y otros [fisioterapeutas y personal no sanitario, como administrativos/as, técnicos/as, radiofísicos/as y gerencia]) y el tipo de servicio (médicos, quirúrgicos, unidad de cuidados intensivos, farmacia y otros servicios [fisioterapia y rehabilitación, radiología, medicina nuclear, anatomía patológica, laboratorio, neurofisiología, unidad de admisión y documentación, quirófano, docencia, diversas unidades]), y se determinó si había diferencias según estas variables.

Para analizar si variaba la relación entre la frecuencia de las respuestas positivas, neutras o negativas de los ítems por estamento, tipo de profesión y tipo de servicio se empleó la prueba de ji al cuadrado. Para determinar si había diferencias entre estamentos, tipo de profesión y tipo de servicio en la puntuación obtenida en cada una de las dimensiones (mínimo 0; máximo 100), tratadas como variable continua (porcentaje de respuestas positivas para cada dimensión), se realizó un ANOVA. Se empleó la F de Snédecor si las varianzas eran homogéneas, y las pruebas robustas de Welch y Brown-Forsythe en caso contrario.

Con el fin de estimar de forma no sesgada los resultados globales se ponderaron las respuestas de los/las profesionales siguiendo su distribución en la población a estudio (Hospital Universitario San Juan de Alicante)

Las debilidades se analizaron mediante un diagrama de Pareto (fig. 1), tomando como base las respuestas negativas y teniendo en cuenta la recodificación junto con el sentido positivo o negativo de las respuestas.

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0, considerando como hipótesis nula la inexistencia de

diferencias, que se rechazó cuando el nivel de significación fue  $p \leq 0,05$ .

El estudio fue aprobado por el equipo directivo y por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Juan de Alicante.

## Resultados

La tasa de respuesta fue del 35,36%. El grupo más numeroso fue el personal sanitario (89,4%), siendo el estamento que más contestó el médico, con un 38,7%. La mayor parte del personal (58%) trabajaba entre 20 y 39 horas semanales, el 26,5% llevaba trabajando más de 21 años en el hospital, el 28,3% entre 6 y 10 años en su servicio, y el 45,6% llevaba más de 21 años trabajando en la profesión. El 86,4% de quienes respondieron tenían contacto con pacientes.

La mediana de la valoración global del clima de seguridad fue de 7 ( $P_{25\%}$ : 6;  $P_{75\%}$ : 8). El 82,8% no notificó ningún EA.

Siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ, no apareció globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones de la encuesta, aunque destacaron, por el porcentaje global de respuestas con carácter positivo, dos de ellas:

- Dimensión 3: expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad, con un 67% (IC95%: 64,6-69,4) de respuestas positivas.
- Dimensión 5: trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio, con un 64,6% (IC95%: 62,3-67,0) de respuestas positivas.

Por el contrario, sí se identificaron dos dimensiones que de manera global se comportaron como una debilidad:

- Dimensión 9: dotación de personal, con un 60,1% (IC95%: 57,7-62,5) de respuestas negativas.
- Dimensión 10: apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente, con un 58,3% (IC95%: 55,4-61,1) de respuestas negativas.

Hubo una tercera dimensión que casi se comportó como tal, la dimensión 12 (problemas en cambios de turno y transición entre servicios), con un 48,6% (IC95%: 46,1-51,1) de respuestas negativas, sin superar el 50% necesario para ser considerada una debilidad.

En el análisis global por ítems no se encontró ninguno que constituyera una fortaleza, y siete de ellos se comportaron como

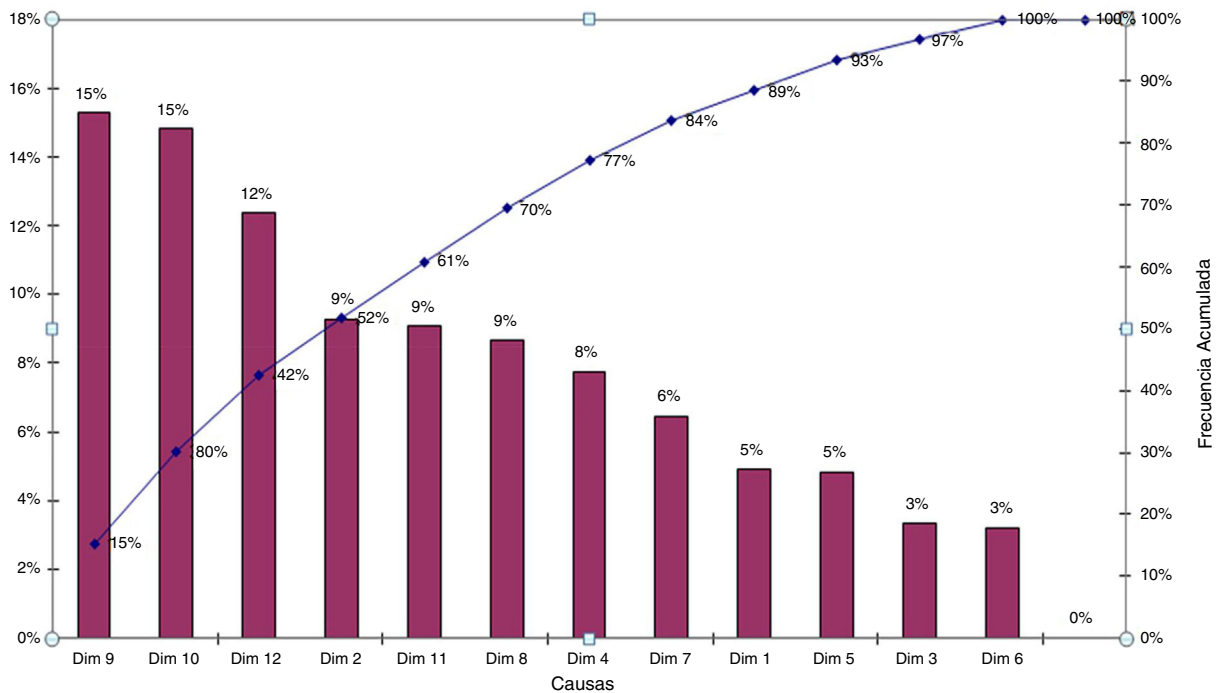


Figura 1. Diagrama de Pareto. Análisis de las percepciones negativas.

debilidad, con ciertas diferencias entre estamentos, tipo de servicio y tipo de profesión en algunas de ellas (tabla 2).

Los/las profesionales con una mayor percepción positiva fueron los/las de farmacia, y el servicio más implicado también fue el de farmacia. Los/las celadores/as fueron los/las profesionales con un mayor número de percepciones negativas, con ocho debilidades. El personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería y farmacéutico destacó positivamente en las dimensiones 4 (aprendizaje organizacional/mejora continua) y 5 (trabajo en equipo en la unidad/servicio). La dimensión 3 (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad) sobresalió de manera positiva entre los/las auxiliares de enfermería y los/las farmacéuticos/as (tabla 3).

Los servicios médicos despuntaron sobre los quirúrgicos al tener un mayor número de fortalezas (dimensiones 3 [expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad] y 5 [trabajo en equipo en la unidad/servicio]) y un menor número de debilidades (dimensiones 9 [dotación de personal] y 10 [apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente]) (tabla 4).

Los servicios que presentaron un mayor número de debilidades fueron los quirúrgicos y la unidad de cuidados intensivos, ambos en las mismas dimensiones: 9 (dotación de personal), 10 (apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente) y 11 (trabajo en equipo entre unidades).

El diagrama de Pareto (fig. 1) identificó que las debilidades más importantes en nuestra organización (las dimensiones 9 [dotación de personal], 10 [apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente], 12 [problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades] y 2 [percepción de seguridad]) constituyeron el 52% de todas las respuestas negativas.

## Discusión

Este estudio proporciona información descriptiva acerca del clima de seguridad, la notificación de EA y la identificación de los problemas, puntos fuertes y debilidades en seguridad del paciente

en nuestra organización, incorporando a los/las profesionales no sanitarios/as en esta valoración, aspecto que consideramos novedoso y relevante si tenemos en cuenta que en estudios previos estos/as profesionales han estado poco representados/as, en contraste con la necesidad imperante de que la cultura de seguridad llegue e impregne a todos los/las profesionales, y de ello dependerá que nuestras organizaciones sean cada vez más seguras. Para ello hemos empleado como instrumento de medición la versión en español del cuestionario HSOPS recomendado para medir la cultura de seguridad<sup>16</sup>, que tiene un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación<sup>17</sup>, aunque presenta algunos inconvenientes, como su extensión, que es autoadministrado y que su cumplimentación conlleva bastante tiempo, lo que puede contribuir a una baja tasa de respuesta. En relación con este aspecto, reconocemos como una limitación del estudio el sesgo de información relacionado con el instrumento de medición, y la no respuesta por no participación, y la desestimación de algunos cuestionarios (9,26%) de los cumplimentados por no ajustarse a los criterios propuestos por la AHRQ (cumplimentación parcial del número de preguntas [50%] o respuesta invariable a las cuestiones). A pesar de esto, la tasa de respuesta del estudio es similar a la obtenida en estudios parecidos, como el realizado por Silva et al.<sup>21</sup> en ocho hospitales públicos de la Región de Murcia. Cuando analizamos otros estudios de ámbito nacional (a excepción de uno realizado en atención primaria)<sup>22</sup> en los que solo se han incluido profesionales sanitarios/as, vemos que las tasas de respuesta son aún mayores (62,8%)<sup>23</sup>, si bien el trabajo de referencia en este sentido es el realizado por Saturno<sup>20</sup>, que obtuvo una tasa de respuesta del 42% en los hospitales medianos. En general, es mejor cuando hablamos del personal sanitario (a excepción de celadores/as y auxiliares de enfermería) que del no sanitario. Esta diferencia puede deberse a la falta de participación en estudios de esta índole, si bien hay trabajos en los que se encuentran más representados/as<sup>24</sup>. La participación de personal no sanitario, *a priori* menos familiarizado con los problemas asistenciales sanitarios, puede haber influido también de manera negativa al cumplimentar este tipo de cuestionarios, pero con su inclusión es deseable que se consiga una mayor implicación de estos/as profesionales en este tipo de estudios, que indicarán

**Tabla 2**  
Debilidades (por ítem) en relación con la cultura de seguridad en el Hospital de San Juan de Alicante según estamentos, tipo de servicio y tipo de profesional

Dimensión	Ítem	Grado de acuerdo	Porcentaje
2. Percepción de Seguridad	P. 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si esto implica sacrificar la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo/ en desacuerdo	52,5%*** Médico 53,1% Quirúrgico 61,8% Cuidados intensivos <sup>5</sup> 26,7% Farmacia <sup>5</sup> 33,3% Otros <sup>5</sup> 48%
	P. 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	Muy en desacuerdo/ en desacuerdo	67,2%* Médicos 56,6% Enfermeros 66,3% Auxiliares 76,7% Celadores 65,6% Farmacéuticos 100% Otros 75,9% 68,8%
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	P. 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	De acuerdo/muy de acuerdo	55,3%*/** Sanitarios 58,9% No sanitarios <sup>5</sup> 28,3% Médicos 50% Enfermeros 67,6% Auxiliares 57,1% Celadores 63,6% Farmacéuticos 50% Otros 34,6%
	P. 23. La gerencia/dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo/en desacuerdo	56,6%
	P. 30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	Muy en desacuerdo/ en desacuerdo	62,8%* Médicos 66,1% Enfermeros 74,3% Auxiliares 53,5% Celadores 51,7% Farmacéuticos 100% Otros 52%
	P. 31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	De acuerdo/muy de acuerdo	58,9%
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	De acuerdo/muy de acuerdo	58,9%

cambios en las motivaciones que pueden justificar esta escasa participación, como carecer de una formación previa en materia de seguridad del paciente, dificultad en la comprensión de algunos ítems, falta de tiempo por sobrecarga laboral y la creencia de que este tipo de estudios no aportan nada. A pesar de todo, globalmente se alcanzó el objetivo numérico planteado incluso entre el personal no sanitario.

Llama la atención que, a diferencia de otros estudios<sup>20,22</sup>, el colectivo médico ha tenido una mayor representación que el de enfermería. Tradicionalmente suele ocurrir lo contrario, es decir, el personal de enfermería suele estar mucho más representado porque parece que el hecho de estar más tiempo en contacto con pacientes conlleva una implicación mayor en las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, aunque ya hay otros trabajos<sup>25</sup> que apuntan resultados en sentido contrario.

La participación de profesionales de servicios médicos ha destacado claramente en comparación con la de profesionales de servicios quirúrgicos. Sin embargo, es llamativo que un servicio como la unidad de cuidados intensivos, pionero en el desarrollo de programas de prácticas seguras en seguridad del paciente para evitar la ocurrencia de EA graves, no haya destacado entre los servicios con mayor representación dentro de los de tipo médico. Los estudios realizados por Sorra et al.<sup>26,27</sup> en los Estados Unidos muestran datos con ligeras diferencias a favor de los servicios quirúrgicos.

Los datos relativos al tiempo que los/las profesionales llevan trabajando muestran que estamos ante un personal hospitalario

con una amplia experiencia laboral y que, por tanto, conocen los riesgos que entraña la asistencia sanitaria, y posiblemente tengan una mayor percepción sobre la seguridad que debe acompañar al cuidado de los/las pacientes. Sin embargo, solo el 26,5% lleva más de 21 años trabajando en el hospital y el 19,8% en su servicio. Estas cifras muestran que el personal no está mucho tiempo trabajando en el mismo sitio ni en el mismo servicio, lo cual puede afectar a la seguridad de los/las pacientes.

Otro de los aspectos importantes relacionados con el clima de seguridad es la notificación de los EA. Su notificación y análisis es una potente herramienta para la implantación de medidas seguras que ayuden a prevenir su ocurrencia<sup>28</sup>. Nuestro estudio muestra una cifra inusualmente alta de infranotificación, pero similar a la publicada en otros estudios (77,8%<sup>20</sup> y 90,2%<sup>29</sup>). En líneas generales, suele realizar más notificaciones el personal que tiene más contacto con pacientes (el personal de enfermería) que quienes no lo tienen (49% vs. 28%, respectivamente) y que los/las que llevan más años trabajando. La formación recibida, así como el entorno cultural donde se trabaja, pueden explicar el porqué de determinados comportamientos<sup>30</sup>.

Sin duda, esas cifras no son nada alentadoras y traducen falta de compromiso por parte del personal en materia de seguridad del paciente. Esto puede deberse a la creencia de una posible respuesta punitiva por parte de sus superiores, a la pérdida de credibilidad como profesional, a la falta de seguridad jurídica en caso de demanda judicial o, simplemente, al hecho de desconocer que existen sistemas de notificación dentro del hospital.

**Tabla 3**  
Fortalezas y debilidades (por ítem) según el tipo de profesional

Dimensión	Ítem	Por tipo de profesional	p
<i>Debilidades</i>			
2. Percepción de seguridad	P.10. No se producen más fallos por casualidad	Médicos 37,5% Enfermeros 42,2% Auxiliares 59,8% Celadores 41,9% Farmacéuticos 50% Otros 41,1%	0,001
	P. 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si esto implica sacrificar la seguridad del paciente	Médicos 54,9% Enfermeros 57,5% Auxiliares 48,2% Celadores 59,4% Farmacéuticos 100% Otros 37,5%	0,270
	P. 17. En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente	Médicos 18,6% Enfermeros 32,4% Auxiliares 15,7% Celadores 59,4% Farmacéuticos 100% Otros 20,8%	0,001
4. Aprendizaje organizacional	P. 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Médicos 35,1% Enfermeros 34,6% Auxiliares 37,3% Celadores 68,8% Farmacéuticos 0% Otros 36,8%	0,005
	P. 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Médicos 11,6% Enfermeros 12,4% Auxiliares 11,6% Celadores 53,1% Farmacéuticos 0% Otros 12,3%	0,001
	P. 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para mejorar su efectividad	Médicos 50,9% Enfermeros 40,0% Auxiliares 27,1% Celadores 46,9% Farmacéuticos 0% Otros 19,6%	0,001
5. Trabajo en equipo	P. 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	Médicos 22,1% Enfermeros 23,1% Auxiliares 24,7% Celadores 63,3% Farmacéuticos 0% Otros 29,3%	0,001
6. Franqueza en la comunicación	P. 37. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores	Médicos 35,8% Enfermeros 55,3% Auxiliares 51,5% Celadores 62,5% Farmacéuticos 0% Otros 52,0%	0,019
7. Retroalimentación/comunicación sobre errores	P. 34. Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	Médicos 47,5% Enfermeros 48,1% Auxiliares 38,5% Celadores 50,0% Farmacéuticos 100% Otros 34,9%	0,149
8. Respuesta no punitiva a errores	P. 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un culpable	Médicos 25,0% Enfermeros 43,3% Auxiliares 50,0% Celadores 53,1% Farmacéuticos 0% Otros 47,1%	0,002
	P. 16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	Médicos 43,4% Enfermeros 57,7% Auxiliares 36,4% Celadores 28,1% Farmacéuticos 50% Otros 28,3%	0,001

**Tabla 3**  
(continuación)

Dimensión	Ítem	Por tipo de profesional	p
9. Dotación de personal	P. 5. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	Médicos 72,6% Enfermeros 65,7% Auxiliares 65,9% Celadores 48,4% Farmacéuticos 100% Otros 46,4%	0,011
	P. 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	Médicos 72,3% Enfermeros 70,2% Auxiliares 62,8% Celadores 54,8% Farmacéuticos 100% Otros 75,4%	
	P. 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	Médicos 56,6% Enfermeros 66,3% Auxiliares 76,7% Celadores 65,6% Farmacéuticos 100% Otros 75,9%	0,075
	P. 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	Médicos 72,3% Enfermeros 70,2% Auxiliares 62,8% Celadores 54,8% Farmacéuticos 100% Otros 75,4%	0,120
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	P.23. La gerencia/dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad de paciente	Médicos 50,0% Enfermeros 67,6% Auxiliares 57,1% Celadores 63,6% Farmacéuticos 50,0% Otros 34,6%	0,007
	P. 30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	Médicos 58,6% Enfermeros 61,9% Auxiliares 57,1% Celadores 54,8% Farmacéuticos 50,0% Otros 44,0%	0,240
	P. 31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	Médicos 66,1% Enfermeros 74,3% Auxiliares 53,5% Celadores 51,7% Farmacéuticos 100% Otros 52,0%	0,011
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	Médicos 55,8% Enfermeros 61,0% Auxiliares 57,6% Celadores 63,6% Farmacéuticos 100% Otros 57,1%	0,781
	P. 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible	Médicos 27,7% Enfermeros 34,6% Auxiliares 25,3% Celadores 41,9% Farmacéuticos 50,0% Otros 21,3%	
	P. 26. Hay una buena coordinación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente	Médicos 29,5% Enfermeros 33,3% Auxiliares 29,1% Celadores 54,8% Farmacéuticos 50,0% Otros 26,5%	
12. Cambios de turno y transición entre servicios	P. 25. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra	Médicos 47,3% Enfermeros 37,1% Auxiliares 37,3% Celadores 29,0% Farmacéuticos 100% Otros 33,3%	0,036
	P. 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	Médicos 20,0% Enfermeros 16,3% Auxiliares 23,5% Celadores 35,5% Farmacéuticos 100% Otros 13,3%	0,001

**Tabla 3**  
(continuación)

Dimensión	Ítem	Por tipo de profesional	p
Fortalezas	P. 29. El intercambio de información entre los diversos servicios es habitualmente problemático	Médicos 26,8% Enfermeros 28,8% Auxiliares 23,5% Celadores 44,8% Farmacéuticos 50,0% Otros 25,5%	0,210
	P. 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	Médicos 18,1% Enfermeros 17,6% Auxiliares 18,8% Celadores 35,5% Farmacéuticos 100% Otros 15,6%	0,001
	P. 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Médicos 48,2% Enfermeros 55,8% Auxiliares 65,1% Celadores 20,0% Farmacéuticos 100% Otros 52,8%	0,007
	P. 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrán haber dañado al paciente	Médicos 38,6% Enfermeros 50,5% Auxiliares 65,9% Celadores 22,6% Farmacéuticos 100% Otros 39,6%	0,001
2. Percepción de Seguridad	P. 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	Médicos 51,8% Enfermeros 52,4% Auxiliares 67,1% Celadores 35,5% Farmacéuticos 100% Otros 66,7%	0,006
3. Acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad	P. 19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	Médicos 62,3% Enfermeros 53,3% Auxiliares 76,7% Celadores 41,9% Farmacéuticos 100% Otros 57,9%	0,007
	P. 20. Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	Médicos 63,4% Enfermeros 61,9% Auxiliares 76,2% Celadores 41,9% Farmacéuticos 100% Otros 65,4%	0,058
	P. 21. Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se puede poner en peligro la seguridad del paciente	Médicos 61,9% Enfermeros 64,4% Auxiliares 71,1% Celadores 53,1% Farmacéuticos 100% Otros 52,0%	0,421
	P. 22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	Médicos 73,2% Enfermeros 72,1% Auxiliares 78,6% Celadores 48,4% Farmacéuticos 100% Otros 69,2%	0,107
4. Aprendizaje organizacional	P. 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Médicos 35,1% Enfermeros 47,1% Auxiliares 49,4% Celadores 18,8% Farmacéuticos 100% Otros 40,4%	0,005
	P. 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Médicos 70,5% Enfermeros 79,0% Auxiliares 82,6% Celadores 18,8% Farmacéuticos 100% Otros 70,2%	0,001
	P. 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para mejorar su efectividad	Médicos 29,5% Enfermeros 28,6% Auxiliares 54,1% Celadores 6,3% Farmacéuticos 100% Otros 48,2%	0,001



**Tabla 3**  
(continuación)

Dimensión	Ítem	Por tipo de profesional	p
5. Trabajo en equipo	P. 1. El personal se apoya mutuamente	Médicos 77,9% Enfermeros 75,0% Auxiliares 78,8% Celadores 21,9% Farmacéuticos 100% Otros 70,2%	0,001
	P. 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	Médicos 58,4% Enfermeros 64,4% Auxiliares 71,8% Celadores 18,2% Farmacéuticos 100% Otros 53,9%	0,001
	P. 4. En esta unidad todos nos tratamos con respeto	Médicos 72,3% Enfermeros 67,3% Auxiliares 68,7% Celadores 41,9% Farmacéuticos 100% Otros 71,4%	0,086
	P. 5. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	Médicos 58,0% Enfermeros 69,2% Auxiliares 71,8% Celadores 22,6% Farmacéuticos 100% Otros 53,4%	0,001
	6. Franqueza en la comunicación	P. 37. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores	Médicos 23,5% Enfermeros 8,2% Auxiliares 10,6% Celadores 0% Farmacéuticos 100% Otros 4%
6. Franqueza en la comunicación	P. 35. Cuando el personal ve algo que pueda afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con toda libertad	Médicos 60,2% Enfermeros 64,8% Auxiliares 56,5% Celadores 46,9% Farmacéuticos 100% Otros 55,4%	0,805
	P. 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	Médicos 50,0% Enfermeros 47,1% Auxiliares 45,9% Celadores 46,9% Farmacéuticos 100% Otros 37,9%	0,318
	7. Retroalimentación/ comunicación sobre errores	P. 38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	Médicos 64,6% Enfermeros 52,8% Auxiliares 67,1% Celadores 22,6% Farmacéuticos 100% Otros 57,1%
P. 36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.		Médicos 45,1% Enfermeros 45,3% Auxiliares 60,7% Celadores 6,3% Farmacéuticos 100% Otros 43,4%	0,001
8. Respuesta no punitiva a errores	P. Si los compañeros o los superiores se enteran de que ha cometido un error, lo utilizan en su contra	Médicos 70,8% Enfermeros 62,5% Auxiliares 54,8% Celadores 29,0% Farmacéuticos 100% Otros 50,9%	0,001
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	Médicos 58,0% Enfermeros 49,5% Auxiliares 55,8% Celadores 29,0% Farmacéuticos 100% Otros 62,7%	0,191

Ninguna de las dimensiones revisadas se muestra como fortaleza, hallazgo que nos tiene que llevar a una reflexión sobre la necesidad de mejorar la percepción global que tienen los/las profesionales sanitarios/as en nuestras organizaciones. No obstante,

parece que sí se está avanzando en las dimensiones que hacen referencia a expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad y que valoran el trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio.

**Tabla 4**  
Fortalezas y debilidades (por ítem) por estamento y tipo de profesional

Dimensión	Ítem	Por estamento	p
<i>Debilidades</i>			
2. Percepción de seguridad	P. 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si esto implica sacrificar la seguridad del paciente	Sanitario 52,5% No sanitario 39,5%	0,137
6. Franqueza en la comunicación	P. 37. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores	Sanitario 48,9% No sanitario 51,1%	0,098
9. Dotación del personal	P. 5. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	Sanitario 66,1% No sanitario 44,0%	0,010
	P. 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	Sanitario 66,4% No sanitario 73,1%	0,408
	P. 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	Sanitario 67,9% No sanitario 74,5%	0,512
10. Apoyo a la gerencia a la seguridad del paciente	P. 23. La gerencia/dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad de paciente	Sanitario 58,9% No sanitario 28,3%	0,001
	P. 30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	Sanitario 58,5% No sanitario 40,9%	0,085
	P. 31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	Sanitario 64,2% No sanitario 52,4%	0,180
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	Sanitario 58,8% No sanitario 59,1%	0,989
<i>Fortalezas</i>			
5. Trabajo en equipo dentro de las Unidades	P. 1. El personal se apoya mutuamente	Sanitario 71,3% No sanitario 76,5%	0,692
Dimensión	Ítem	Por tipo de profesión	p
<i>Debilidades</i>			
2. Percepción de seguridad	P. 10. No se producen más fallos por casualidad	Auxiliares 59,8% Farmacéuticos 50%	0,001
	P. 15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si esto implica sacrificar la seguridad del paciente	Médicos 54,9% Enfermeros 57,5% Celadores 59,4% Farmacéuticos 100%	0,270
4. Aprendizaje organizacional	P. 17. En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente.	Celadores 59,4% Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Celadores 68,8%	0,005
	P. 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Celadores 53,1%	0,001
	P. 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para mejorar su efectividad	Médicos 50,9%	0,001
5. Trabajo en equipo	P. 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	Celadores 63,3%	0,001
6. Franqueza en la comunicación	P. 37. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores	Enfermeros 55,3% Auxiliares 51,5% Celadores 62,5% Otros 52,0%	0,019
7. Retroalimentación/comunicación sobre errores	P. 34. Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	Celadores 50,0% Farmacéuticos 100%	0,149
8. Respuesta no punitiva a errores	P. 12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable	Auxiliares 50,0% Celadores 53,1%	0,002
	P16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	Enfermeros 57,7% Farmacéuticos 50%	0,001
9. Dotación de personal	P. 5. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	Médicos 72,6% Enfermeros 65,7% Auxiliares 65,9% Farmacéuticos 100%	0,011
	P. 7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	Médicos 72,3% Enfermeros 70,2% Auxiliares 62,8% Celadores 54,8% Farmacéuticos 100%	
	P. 2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	Otros 75,4% Médicos 56,6% Enfermeros 66,3% Auxiliares 76,7% Celadores 65,6% Farmacéuticos 100% Otros 75,9%	0,075

**Tabla 4**  
(continuación)

Dimensión	Ítem	Por estamento	p
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente	P. 14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	Médicos 72,3% Enfermeros 70,2% Auxiliares 62,8% Celadores 54,8% Farmacéuticos 100% Otros 75,4%	0,120
	P. 23. La gerencia/dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad de paciente	Médicos 50,0% Enfermeros 67,6% Auxiliares 57,1% Celadores 63,6% Farmacéuticos 50,0%	0,007
	P. 30. La gerencia/dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	Médicos 58,6% Enfermeros 61,9% Auxiliares 57,1% Celadores 54,8% Farmacéuticos 50,0%	0,240
	P. 31. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	Médicos 66,1% Enfermeros 74,3% Auxiliares 53,5% Celadores 51,7% Farmacéuticos 100% Otros 52,0%	0,011
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	Médicos 55,8% Enfermeros 61,0% Auxiliares 57,6% Celadores 63,6% Farmacéuticos 100% Otros 57,1%	0,781
	P. 32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible P. 26. Hay una buena coordinación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente	Farmacéuticos 50,0%	
12. Cambios de turno y transición entre servicios	P. 25. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra	Farmacéuticos 100%	0,036
	P. 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 29. El intercambio de información entre los diversos servicios es habitualmente problemático	Farmacéuticos 50,0%	0,210
	P. 33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	Farmacéuticos 100%	0,001
<i>Fortalezas</i>			
1. Frecuencia de eventos adversos	P. 40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Farmacéuticos 100%	0,007
	P. 42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrán haber dañado al paciente	Farmacéuticos 100%	0,001
2. Percepción de seguridad	P. 18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	Farmacéuticos 100%	0,006
3. Acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad	P. 19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	Auxiliares 76,7% Farmacéuticos 100%	0,007
	P. 20. Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	Farmacéuticos 100%	0,058
	P. 21. Cuando aumenta la presión, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se puede poner en peligro la seguridad del paciente	Farmacéuticos 100%	0,421
	P. 22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	Auxiliares 78,6% Farmacéuticos 100%	0,107
4. Aprendizaje organizacional	P. 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	Farmacéuticos 100%	0,005
	P. 9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	Enfermeros 79,0% Auxiliares 82,6% Farmacéuticos 100%	0,001
5. Trabajo en equipo	P. 13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para mejorar su efectividad	Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 1. El personal se apoya mutuamente	Médicos 77,9% Enfermeros 75,0% Auxiliares 78,8% Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 4. En esta unidad todos nos tratamos con respeto	Farmacéuticos 100%	0,086

**Tabla 4**  
(continuación)

Dimensión	Ítem	Por estamento	p
6. Franqueza en la comunicación	P. 5. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	Farmacéuticos 100%	0,001
	P. 37. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores	Farmacéuticos 100%	0,019
	P. 35. Cuando el personal ve algo que pueda afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con toda libertad	Farmacéuticos 100%	0,805
7. Retroalimentación/comunicación sobre errores	P. 39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	Farmacéuticos 100%	0,318
	P. 38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	Farmacéuticos 100%	0,005
8. Respuesta no punitiva a errores	P. 36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad	Farmacéuticos 100%	0,001
	P. Si los compañeros o los superiores se enteran de que ha cometido un error, lo utilizan en su contra	Farmacéuticos 100%	0,001
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	P. 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	Farmacéuticos 100%	0,191

No obstante, lejos de lo que desearíamos, hemos encontrado algunas dimensiones que se comportan como debilidades y que nos permitirán orientar nuestros esfuerzos con el fin de establecer estrategias para superarlas. Aspectos como una mayor y mejor dotación de recursos humanos y una actitud más proactiva por parte de la gerencia, así como una mayor coordinación entre las unidades o servicios, son clave para mejorar la percepción que nuestros/as profesionales tienen de la seguridad de las organizaciones. Si nos comparamos con el estudio de referencia en nuestro país, vemos que presentamos un menor número de debilidades (dotación de personal [60,1%; IC95%: 57,7-62,5] y apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente [58,3%; IC95%: 55,4-61,1]) que las cuatro encontradas por Saturno<sup>20</sup> (dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, percepción de seguridad, y trabajo en equipo entre unidades). Este hecho podría traducir más sensibilización y una mayor concienciación por parte del personal sanitario.

Esto contrasta con los datos obtenidos en el personal no sanitario, en el que se ha visto un número importante de debilidades. La seguridad del paciente es una dimensión transversal de la calidad que debe impregnar todas las tareas que recaigan sobre todo el personal hospitalario que, de un modo u otro, atiende a pacientes. En ocasiones se tiende a responsabilizar directamente solo a los/las profesionales que tienen más contacto con pacientes, es decir, médicos/as y enfermeros/as. En este sentido, es fundamental una labor de concienciación en los distintos niveles asistenciales para que todos/as los/las trabajadores/as se sientan una parte importante en este engranaje tan complejo que supone la asistencia sanitaria.

El número de ítems que se comportaron como una debilidad fue mayor que el número de fortalezas (4 vs. 2) en las dimensiones 2 (percepción de seguridad), 9 (dotación de personal), 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente) y 11 (trabajo en equipo entre unidades), frente a las dimensiones 4 (aprendizaje organizacional/mejora continua) y 5 (trabajo en equipo en la unidad/servicio). Estos datos van en la línea de otros estudios<sup>20,22</sup> en los que se observa una relación directa entre las percepciones negativas identificadas y el tamaño del hospital, siendo estas mayores en los hospitales grandes y medianos que en los pequeños.

Otros estudios de ámbito europeo (belga y sueco)<sup>31,32</sup> coinciden con nuestros resultados y presentan como fortalezas las

dimensiones 3 (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad), 4 (aprendizaje organizacional/mejora continua), 5 (trabajo en equipo en la unidad/servicio) y 6 (franqueza en la comunicación); como debilidades, se encuentran las dimensiones 9 (dotación de personal), 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente) y 11 (trabajo en equipo entre unidades).

Los trabajos americanos<sup>26,27</sup> muestran, paradójicamente, la dimensión de percepción de seguridad como una fortaleza, mientras que las dimensiones de frecuencia de eventos notificados y de respuesta no punitiva a errores son consideradas como una debilidad.

En el mundo árabe<sup>33</sup>, las debilidades tienen que ver con las dimensiones 6 (franqueza en la comunicación), 8 (respuesta no punitiva a errores) y 9 (dotación de personal), y destacan de forma positiva las dimensiones 4 (aprendizaje organizacional/mejora continua), 5 (trabajo en equipo en la unidad/servicio) y 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente).

Los países asiáticos<sup>30</sup> destacan no solo por el trabajo en equipo dentro de su unidad, sino también por el trabajo con otros servicios. Igualmente, la dotación de personal y el traslado del paciente entre unidades aparecen como aspectos que deben mejorarse.

El análisis de Pareto no lleva a pensar que actividades destinadas a realizar una mayor difusión sobre los recursos de que se dispone para notificar los EA y crear un ambiente no punitivo para favorecer su notificación, favorecer la retroalimentación y la difusión de los problemas identificados, mejorar la dotación de recursos humanos de una manera racional, implicar a la gerencia del hospital en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, y fomentar la formación de los profesionales en seguridad del paciente, podrían contribuir a optimizar el clima de seguridad en nuestra organización.

Podemos concluir que la percepción que tienen los/las profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante sobre las actividades que se desarrollan en relación con la seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No se han identificado fortalezas. Los resultados más destacados en positivo se relacionan con las dimensiones de aprendizaje organizacional/mejora continua, expectativas/acciones de la gerencia que promueven la seguridad y trabajo en equipo dentro de las unidades. Las áreas de mejora

identificadas son la dotación de personal, el apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, los cambios de turno y la transición entre servicios, y la percepción de seguridad. El colectivo con mayor número de fortalezas es el de farmacéuticos/as, y el que presenta mayor número de debilidades es el de celadores/as. Se han identificado más debilidades en los servicios quirúrgicos y en la unidad de cuidados intensivos que en los servicios de tipo médico.

Para finalizar, los datos reflejados en este estudio permiten conocer cuál es la situación basal relacionada con el clima de seguridad y la percepción de seguridad entre los/las profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante. Ello nos ha de servir como punto de partida para emprender las acciones necesarias con el objetivo de mejorar la seguridad de nuestros/as pacientes.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Una adecuada cultura de seguridad del paciente es útil para prevenir los eventos adversos dentro de la organización sanitaria. Su medición nos va a permitir identificar cuáles son las debilidades del sistema, de manera que podamos implementar estrategias de mejora y contribuir así a optimizar la calidad asistencial y reducir los eventos adversos y los costes.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se trata del primer estudio realizado en la Comunidad Valenciana que mide la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario, en el cual se incluye la valoración sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios. Esto nos permite tener una visión más global sobre las debilidades en nuestra organización para poder establecer líneas estratégicas de trabajo que ayuden a minimizar los eventos adversos en nuestros pacientes.

### Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

### Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Contribuciones de autoría

M. Mella Laborde ha realizado la concepción y el diseño del trabajo, la recogida de datos, su análisis e interpretación, y la escritura del artículo. M.T. Gea Velázquez ha participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en el análisis de los datos y su interpretación. J.M. Aranaz Andrés ha contribuido en la revisión crítica del estudio con importantes contribuciones intelectuales y ha aprobado la versión final para su publicación. G.M. Ramos Forner ha participado en la recogida de datos y su análisis e interpretación. A.F. Compañ Rosique ha contribuido en la revisión crítica del estudio con importantes contribuciones intelectuales y ha aprobado la versión final para su publicación.

### Agradecimientos

A todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital Universitario San Juan de Alicante.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
- Aranaz JM, Vitaller J, Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Estudios para la salud, n.º 13. Valencia: Generalitat Valenciana; 2004.
- Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess*. 2001;1-668, i-x.
- European Society for Quality in Health Care. (Consultado el 20/8/2016.) Disponible en: <http://www.esqh.net/%5D>
- Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an international classification for patient safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21:9-17.
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:11-8.
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364-6.
- World Health Organization. Patient safety. World Alliance for Patient Safety. Patient safety. The launch of the World Alliance for Patient Safety. Washington DC, USA; 27 October 2004. (Consultado el 20/2/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- The National Quality Forum. Safe practices for better health care. A Consensus Report. Washington: NFO; 2003.
- National Health Service. Siete pasos para la seguridad del paciente. Traducción autorizada por el National Health Service del Reino Unido. NPSA. Seven steps to patient safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado el 20/2/2016.) Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec03.doc.htm>
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Health and Safety Commission. Third report: Organizing for safety. ACSNI Study Group of Human Factors. London: HMSO; 1993.
- Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work & Stress*. 1991;5:93-106.
- Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo, enero de 2009. Disponible en: [http://www.Who.int/patientsafety/implementation/icps/icps.full\\_report.es.pdf](http://www.Who.int/patientsafety/implementation/icps/icps.full_report.es.pdf)
- Flin R, Burns C, Mearns K, et al. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109-15.
- Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:231-3.
- Tartaglia Reis C, Guerra Paiva S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey On Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 2018 May 8. doi: 10.1093/intqhc/mzy080.[Epub ahead of print].
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). U.S. Department of Health & Human Services. (Consultado el 24/6/2016.) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>
- EUNetPaS. European Union Network for Patient Safety. Use of patient safety culture instruments and recommendations. Disponible en: [http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448\\_WP4\\_REPORT%20Use%20of%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20202010.pdf](http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448_WP4_REPORT%20Use%20of%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20202010.pdf)
- 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.
- Silva Gama Z, Souza Oliveira A, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:283-93.
- 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.
- Roqueta Gea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.

24. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2009;34:300–11.
25. Gutiérrez Cía I, Merino P, Yáñez A, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc).* 2010;135:37–44.
26. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, et al. Hospital survey on patient safety culture 2014 user comparative database report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. (AHRQ Publication No. 14-0019-EF). (Consultado el 16/4/2016.) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>
27. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Hospital survey on patient safety culture 2011 comparative database report, appendixes, parts II and III. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. (AHRQ Publication No. 11-0030). (Consultado el 18/4/2016.) Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2011/hospsurv1123.pdf>
28. Howel AM, Burns EM, Hull L, et al. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. *BMJ Qual Saf.* 2017;26:150–63.
29. Škodová M, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist.* 2011;26:33–8.
30. Nie Y, Xuanyue M, Hao C, et al. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res.* 2013;24:228–42.
31. Viayen A, Hellings J, Claes N, et al. A National Hospital Survey on Patient Safety Culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:760–7.
32. Danielsson, Nilsen P, Rutberg H, et al. A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *J Patient Saf.* 2017 Feb;24, doi: 10.1097/PTS.0000000000000369. [Epub ahead of print].
33. Elmontsri M, Almashrafi A, Banarsee R, et al. Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7, e013487.