

Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México

Patient safety culture: perception of the staff from a family medicine center in Tabasco, Mexico

María Teresa Flores-González,^{1a} Aralucy Cruz-León,^{2b} Fabiola Morales-Ramón^{2c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 38, Medicina Preventiva. Villahermosa, Tabasco, México

²Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, Coordinación de Estudios de Enfermería. Villahermosa, Tabasco, México

Numero de aprobación del proyecto: R-2015-2701-16

ORCID

^a 0000-0002-3893-2896

^b 0000-0002-4974-1315

^c 0000-0003-1403-5418

Palabras clave

Gestión de la Seguridad

Seguridad del Paciente

Percepción de Seguridad

Eventos Adversos

Keywords

Safety Management

Patient Safety

Safety Perception

Adverse Events

Correspondencia:

María Teresa Flores-González

Correos electrónicos:

lemariateresa@hotmail.com

maria.floresgon@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

09/09/2018

Fecha de dictamen:

16/01/2019

Fecha de aceptación:

11/03/2019

Introducción: una cultura de seguridad positiva se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua, en compartir la percepción de lo importante de la seguridad y la confianza en la eficacia de las acciones preventivas.

Objetivo: determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tabasco, México.

Métodos: estudio descriptivo transversal con personal sanitario y no sanitario de una unidad de medicina familiar. Para evaluar la cultura de seguridad del paciente, se utilizó el cuestionario "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPSC), para su uso por los equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud de España. Para el análisis, se estimaron puntuaciones positivas y negativas por cada dimensión con el uso de estadística descriptiva.

Resultados: las dimensiones con mayor puntuación fueron Trabajo en equipo (65%) y Seguimiento del cuidado del paciente (63%), no así Presión y ritmo de trabajo (29%), Comunicación y receptividad (30%) y Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente (30%).

Conclusiones: el estudio nos permitió identificar áreas de oportunidad en lo referente a la cultura de seguridad del paciente y también nos ayudó a planificar, diseñar e implementar estrategias a su favor. Si promovemos la seguridad del paciente, promovemos la seguridad del personal sanitario y no sanitario.

R
e
s
u
m
e
n

Introduction: A positive security culture is characterized by communication based on mutual trust, sharing the perception of the importance of security and confidence in the effectiveness of preventive actions.

Objective: To determine the perception of health and non-health professionals about patient safety culture in a family medicine center from the Instituto Mexicano del Seguro Social at the state of Tabasco, Mexico.

Methods: Cross-sectional descriptive study with health and non-health staff from a family medicine center. To evaluate patient safety culture, it was used the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) questionnaire, which have been used by the primary care teams of the National Health System of Spain. For the analysis, positive and negative scores were estimated for each dimension with the use of descriptive statistics.

Results: The dimensions with the highest scores were Teamwork (65%) and Patient care follow-up (63%), whereas the dimensions with the lowest scores were Work pressure and pace (29%), Communication openness (30%) and Management support for patient safety (30%).

Conclusions: The study allowed us to identify areas of opportunity related to patient safety culture and in the planning, design and implementation of strategies in favor of patient safety. If we promote patient safety, we promote the safety of health and non-health staff.

A
b
s
t
r
a
c
t

Introducción

Un evento adverso (EA) es un daño no intencionado que es provocado por un acto médico más que por el proceso de atención; es decir, se acota la lesión producida a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica. Los EA se consideran un problema de salud pública, ya que las muertes que producen sobrepasan las muertes por accidentes de tráfico y cáncer de mama en algunos países.¹ Dichos eventos son la traducción más importante de la falta de seguridad del paciente; al respecto, en un estudio sobre seguridad de los pacientes en la atención primaria de la salud (APEAS), se presentaron 11 eventos adversos por cada 1000 consultas otorgadas.² En los países en vías de desarrollo, el incremento en la ocurrencia de eventos adversos se atribuye a la falta de cultura para la seguridad del paciente; el 77% de los casos está relacionado con medicamentos adulterados y de baja calidad, con el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, y con el escaso control de infecciones.^{3,4}

A partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos y su impacto en la calidad de la atención a la salud, se cuenta con datos sobre el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud. Por ello, es prioritario que en las instituciones de servicios de salud se evalúe la magnitud de los errores en los procesos de atención y se mantenga el bienestar del paciente. En este tenor, se han propuesto lineamientos en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos, ante la necesidad de implementar estrategias de educación para los profesionales de la salud, ya que son las personas más importantes en el proceso y quienes menos reportan oportunamente por miedo a las acciones disciplinarias en su contra.⁴

Por lo anterior, se reconoce la importancia de llevar a cabo acciones que garanticen la seguridad del paciente y que en las instituciones se fomente la cultura de la seguridad en los trabajadores de la salud. Se ha reconocido que las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan

por una comunicación basada en la confianza mutua, comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. Se ha determinado que una buena cultura de seguridad del paciente es clave para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición. Su medición permite conocer la situación basal de la que partimos y permite priorizar acciones de mejora y en un futuro repetirla periódicamente para analizar la efectividad de las acciones.⁵

La cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentarán daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.⁴ Es la suma de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la institución gestiona la seguridad en una organización.^{5,6}

Al evaluar, la organización genera información sobre la seguridad del paciente, la cual puede ser utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Esta información también puede ser usada para sensibilizar al personal sobre la seguridad del paciente; evaluar el estado actual de esta en la organización; identificar sus fortalezas y las áreas para mejorarla; analizar sus tendencias de cambio a lo largo del tiempo; evaluar el impacto cultural de sus iniciativas e intervenciones, así como hacer comparaciones dentro de la institución y entre las instituciones que prestan diversos servicios de salud.⁶

La disponibilidad de recursos humanos y físicos suficientes constituye la base para la prestación de los servicios médicos de cualquier sistema de salud para mejorar la salud de la población. Los recursos físicos de los que dispone el sector salud en México siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población, particularmente de la que habita en zonas rurales y marginadas.⁷ Bajo esta circunstancia, ante una situación compleja, se incrementa la posibilidad de cometer errores en las

áreas de organización, comunicación y personal de salud en los procesos de atención a las personas con padecimientos complejos o severos que requieren tratamiento especializado en un hospital de segundo o tercer nivel de atención.⁸

En particular las unidades de atención primaria son consideradas en la estructura administrativa como el primer nivel de atención, que es en donde se genera el primer contacto del paciente y la familia con el sistema de salud. Sin embargo, en un estudio sobre satisfacción de usuarios del sistema de protección social en salud (SPSS) en el primer nivel de atención, se concluye que cuatro de cada 10 pacientes se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones por una atención clínica deficiente.⁹

Al respecto, existen pocos estudios sobre cultura organizacional de seguridad del paciente en unidades de primer nivel de atención. En general, estas unidades obtienen puntajes más bajos que los hospitales debido a que se tiende a subestimar la magnitud de los riesgos para la salud del paciente y la familia; gracias a las características de su atención ambulatoria, se descuidan las precauciones para garantizar la seguridad de los pacientes, situación que puede llevar al desarrollo de amenazas inesperadas. La necesidad es manifiesta: se requiere una cultura de seguridad del paciente similar a la establecida en los hospitales. El reto es lograr un buen entendimiento de la seguridad del paciente en el contexto del primer nivel de atención.¹⁰

Entre las acciones que algunas instituciones de servicios de salud han implementado para fortalecer la seguridad de los pacientes se encuentran tanto las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente como la Certificación y Acreditación de las Unidades de Primer Nivel y Hospitales con base en los estándares del Consejo de Salubridad General. No obstante, aún falta medir la percepción de la cultura de la seguridad del paciente en el personal de salud que labora en el primer nivel de atención; sin duda, la valoración y el análisis de la información permitirán tomar decisiones, aprender y mejorar el proceso de atención de la unidad de medicina familiar, así como replantear las estrategias en pro de la seguridad del paciente.¹¹

Por tal motivo el objetivo de esta investigación fue determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de

seguridad del paciente en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el estado de Tabasco, México.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo en una unidad de medicina familiar del IMSS de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México. Mediante un muestreo por conveniencia, se seleccionó a personal sanitario y no sanitario ($n = 164$), que aceptara participar en el estudio y que perteneciera a los turnos matutino, vespertino, nocturno y a la jornada acumulada. No se incluyó el personal que se encontraba en sustitución ni el que tenía antigüedad menor de un año; tampoco fueron tomados en cuenta becarios ni las personas que declinaron participar en el estudio.

Instrumento de medición

Para evaluar la cultura de seguridad del paciente se utilizó el cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), diseñado por la *Agency For Health Care Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos y traducido al español, adaptado, ampliado y validado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del gobierno español, para su uso por los equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud de España.¹²

El cuestionario MOSPSC sobre la seguridad de los pacientes está estructurado en 13 dimensiones de seguridad y 56 ítems, con aspectos que describen situaciones que pueden suceder en una unidad de medicina familiar y que afectan la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención (cuadro I).

En el cuestionario se adaptaron algunos términos para que se adecuaran a las particularidades del estudio y se utilizó el nombre “Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente en la Unidad de Medicina Familiar”. La consistencia interna de este instrumento fue analizada al obtener un alfa de Cronbach de 0.96.

Para clasificar un ítem o una dimensión como “fortaleza” se emplearon los siguientes criterios alternativos:¹³

Cuadro I Características de las dimensiones de seguridad del paciente

No.	Dimensiones de seguridad	Ítems	Opciones de respuesta en escala tipo Likert
1	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad Acceso al cuidado médico, identificación del paciente, expediente clínico, equipamiento médico, medicación, diagnósticos y pruebas	9 A1-A9	Diariamente, Semanalmente, Mensualmente, Varias veces en los últimos 12 meses, Una o dos veces en los últimos 12 meses, No sucedió en los últimos 12 meses, No aplica o no sabe
2	Intercambio de información En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para intercambiar información precisa, completa y oportuna con:	4 B1-B4	Problemas diariamente, Problemas semanalmente, Problemas mensualmente, Problemas varias veces en los últimos 12 meses, Problemas una o dos veces en los últimos 12 meses, No hubo problemas en los últimos 12 meses, No aplica o no sabe
3	Trabajo en equipo ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	4 C1, C2, C5, C13	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
4	Presión y ritmo de trabajo ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	4 C3, C6, C11, C14	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
5	Capacitación del personal no sanitario ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	3 C4, C7, C10	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
6	Estandarización y procedimientos en la unidad de medicina familiar (UMF) ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	4 C4, C9, C12, C15	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
7	Comunicación y receptividad ¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la unidad médica donde labora?	4 D1, D2, D4, D10	Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe
8	Seguimiento del cuidado del paciente ¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la unidad médica donde labora?	4 D3, D5, D6, D9	Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe
9	Comunicación acerca de errores ¿Con qué frecuencia suceden las siguientes cosas en la unidad médica donde labora?	4 D7, D8, D11, D12	Nunca, Rara vez, Algunas veces, La mayoría de las veces, Siempre, No aplica o no sabe
10	Apoyo del director/dirección para la seguridad del paciente ¿Es usted propietario, socio, director, o tiene un puesto directivo, y tiene la responsabilidad de tomar las decisiones económicas para la unidad médica? Sí , pase a la Sección F No , complete todas las preguntas del cuestionario ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre el director o la dirección de la unidad médica donde labora?	4 E1, E2, E3, E4	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
11	Aprendizaje organizacional ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	3 F1, F5, F7	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
12	Percepciones generales de la seguridad de los pacientes y la calidad del cuidado ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones?	4 F2, F3, F4, F6	Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo, No aplica o no sabe
13	Calificaciones generales de la seguridad de los pacientes y de la calidad del cuidado G1 En general, ¿cómo calificaría a la unidad médica en cada una de las áreas de calidad del cuidado de salud? G2 En general, ¿cómo calificaría los sistemas y procedimientos clínicos que la unidad médica tiene establecidos para prevenir, detectar y corregir problemas que tienen el potencial de afectar a los pacientes?	5 G1A, G1B, G1C, G1D, G1E	Malo, Regular, Bueno, Muy Bueno, Excelente Malo, Regular, Bueno, Muy Bueno, Excelente

Fuente: cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)

- $\geq 75\%$ 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.

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

El procesamiento de datos fue mediante el paquete del programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 20.0. Se atendieron los aspectos éticos de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Resultados

Del personal participante (164), el 29.2% estuvo en el rango de 20 a 29 años de edad, en su mayoría fueron mujeres (69.7%), predominó el estado civil de casado (47.2%) y el nivel académico de licenciatura completa (31.5%).

Se destaca que el 60.7% de los participantes se desempeñaba en el turno matutino y quienes más participaron fueron las asistentes médicas (17.9%). La antigüedad laboral de los trabajadores osciló entre uno y cinco años (71.9%) y en el servicio actual un promedio de cinco años. El tipo de contratación fue de base (80.9%) con 40 horas a la semana (61.7%) y un solo empleo (79.8%). Los servicios que mayor número de participantes

tuvieron fueron la Consulta Externa (32%), Atención Médica Continua (25.8%) y Atención Preventiva Integrada (13.5%).

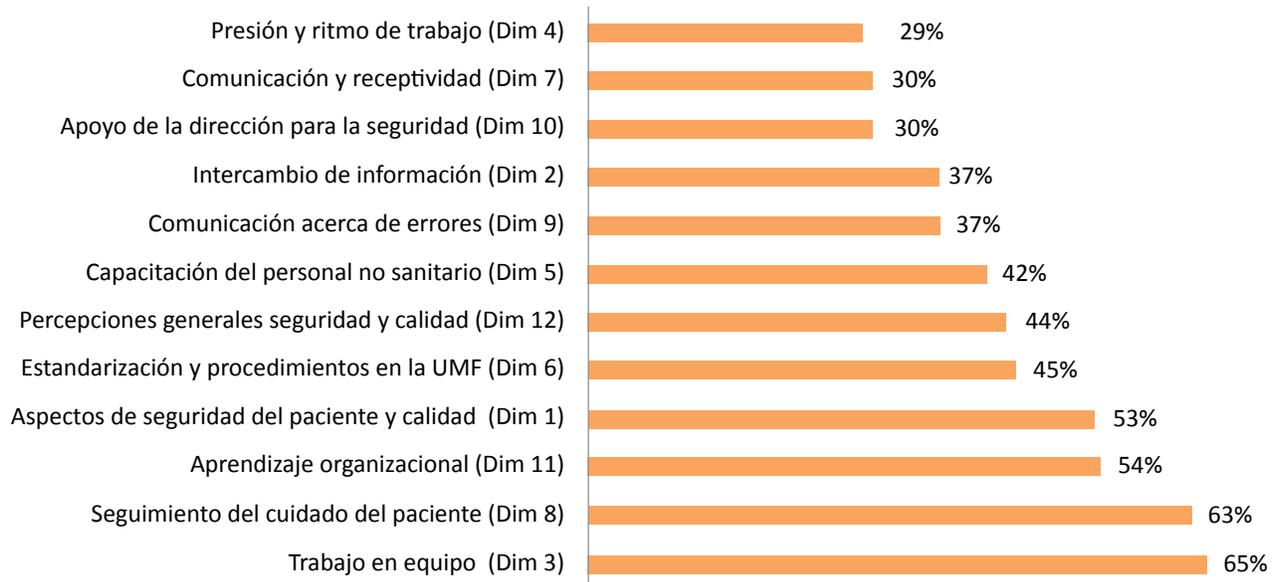
Con base en los criterios de la AHRQ, para clasificar un ítem o una dimensión como “fortaleza” se necesita alcanzar un estándar para las respuestas positivas $\geq 75\%$. Acerca de las respuestas del personal sanitario y no sanitario de la unidad de medicina familiar, de las 12 dimensiones de *Cultura de seguridad del paciente*, las dimensiones que alcanzaron mayor puntuación fueron *Trabajo en equipo* (65%) y *Seguimiento del cuidado del paciente* (63%), no así las dimensiones de *Presión y ritmo de trabajo* (29%), *Comunicación y receptividad* (30%) y *Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente* (30%). No obstante que en ninguna dimensión se alcanzó el criterio estándar de “fortaleza”, cabe señalar que la diferencia de 10 puntos porcentuales entre el valor de referencia y el del ítem *Trabajo en equipo* es relevante si se considera que en dicha unidad no se había realizado una evaluación similar (figura 1).

La percepción del personal fue buena (45%) y regular (28%). Sobre la dimensión 13, referente a las áreas de calidad del cuidado de salud, valoró aspectos de preferencias, necesidades y valores de cada persona, así como si la atención fue eficaz, oportuna y eficiente (figura 2).

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

1. *Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad*: esta dimensión no destaca como una fortaleza, aunque obtuvo el 53% de respuestas positivas. Contiene el ítem denominado *Identificación del paciente*, referente a “Se utilizó el expediente clínico de otro paciente”, el cual es considerado como fortaleza por alcanzar el 91.9% de respuestas positivas.
2. *Intercambio de información*: esta dimensión, con un porcentaje de respuestas positivas del 37%, es considerada como una debilidad. Destaca el ítem “Intercambio de información precisa, completa y oportuna con laboratorios o centros de imágenes externos”, el cual fue identificado por el personal como la causa de mayores problemas.

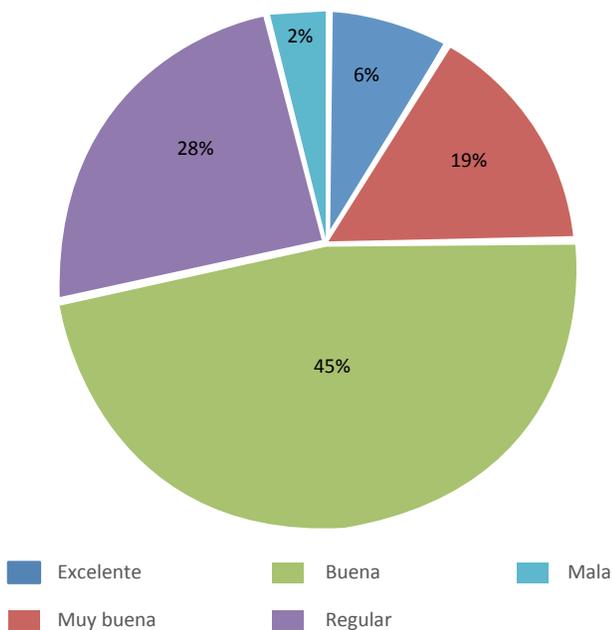
Figura 1 Respuestas positivas del personal sanitario y no sanitario por dimensión de seguridad del paciente (n = 164)



UMF: unidad de medicina familiar

Fuente: cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)

Figura 2 Calificación general de la seguridad del paciente y calidad del cuidado (n = 164)



Fuente: cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)

3. *Trabajo en equipo*: sin llegar a cumplir en su conjunto con los criterios para ser considerada como una fortaleza de *Cultura de seguridad del paciente*, esta dimensión es de todas ellas la que cuenta con el porcentaje más alto de respuestas positivas (65%). Conformada por cuatro ítems, uno de ellos es considerado una fortaleza con el 81.8% de respuestas positivas: “En esta unidad de medicina familiar nos tratamos con respeto”.
4. *Presión y ritmo de trabajo*: esta es la dimensión con menor porcentaje de respuestas positivas (29%). Se vislumbra como oportunidad de mejora, pues evalúa aspectos como la proporción entre la cantidad de pacientes que se atienden con la cantidad de personal para hacerlo, así como el tiempo con el que cuentan para ello. Los cuatro ítems que integran la dimensión lograron un porcentaje de respuestas positivas < 50%. El más bajo fue “En esta unidad tenemos demasiados pacientes para la cantidad de personal sanitario” (16%).
5. *Capacitación del personal no sanitario*: de esta dimensión destaca el ítem “En esta unidad se capacita al personal no sanitario cuando se

- establecen procedimientos nuevos”, el cual tuvo 63% de respuestas positivas, en contraste con el 46% del ítem “En esta unidad se le solicita al personal no sanitario que haga tareas para las cuales no ha sido capacitado”.
6. *Estandarización y procedimientos en la unidad de medicina familiar*: esta dimensión fue valorada como una oportunidad de mejora con el 45% de respuestas positivas. Está integrada por cuatro ítems, los cuales son valorados como oportunidades de mejora: “El personal no sanitario de esta unidad sigue procedimientos estandarizados al hacer el trabajo” obtuvo el 58% de respuestas positivas y discrepó con el 24% del ítem “En esta unidad tenemos problemas con el flujo de trabajo”.
 7. *Comunicación y receptividad*: con bajo porcentaje de respuestas positivas (30%), fue valorada como una gran oportunidad de mejora. Está compuesta por cuatro ítems, de los cuales el ítem “El personal sanitario escucha las ideas del personal no sanitario para mejorar los procedimientos de la unidad” solo mereció el 19% de respuestas positivas por el personal encuestado.
 8. *Seguimiento del cuidado del paciente*: aunque esta dimensión no cumple con las especificaciones para ser considerada una fortaleza, es la segunda mejor evaluada con el 63% de respuestas positivas. El ítem “A los pacientes se les recuerda cuando necesitan hacer citas para cuidado preventivo o de rutina” fue considerado una fortaleza con el 76% de respuestas positivas.
 9. *Comunicación acerca de errores*: esta dimensión y los cuatro ítems que la componen fueron valorados como oportunidad de mejora con el 37% de respuestas positivas y < 50% en todos los ítems.
 10. *Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente*: esta dimensión tiene el segundo porcentaje más bajo de respuestas positivas (30%) y los cuatro ítems que la integran un porcentaje < 50%. Cabe señalar, que el ítem denominado “En esta unidad no se invierten suficientes recursos para mejorar la calidad del cuidado” obtuvo el 14% de respuestas positivas.
 11. *Aprendizaje organizacional*: no obstante que esta dimensión es una de las tres dimensiones

mejor evaluadas por los trabajadores, con un 54% de respuestas positivas, no puede ser considerada como una fortaleza.

12. *Percepciones generales de la seguridad de los pacientes y la calidad del cuidado*: esta dimensión, con el 44% de respuestas positivas, es una oportunidad de mejora. El ítem “Los procedimientos de la unidad son buenos para prevenir errores que puedan afectar a los pacientes” obtuvo el 50% de respuestas positivas.
13. *Calificaciones generales de la seguridad de los pacientes y de la calidad del cuidado*: el personal encuestado califica que la calidad de atención en la unidad de medicina familiar está centrada en el paciente (40%), es efectiva (44%), eficiente (34%) y equitativa (35%).

Discusión

Aunque no se identificaron dimensiones del cuestionario MOSPSC que se calificaran como fortaleza, sí se destaca el porcentaje global de respuestas positivas de la dimensión *Trabajo en equipo* (65%), la cual tiene una puntuación más alta que la reportada por Ibarra-Cerón *et al.*¹⁴ en el análisis de la cultura de seguridad del paciente que llevaron a cabo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (52.6%) en el mismo rubro; si bien se llevaron a cabo en unidades de diferentes niveles de atención, ambos cuestionarios fueron elaborados por la AHRQ y evalúan en concreto la dimensión del trabajo en equipo. En otro sentido, también contrasta con lo reportado por Astier *et al.*¹⁵ en su estudio sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria, en el cual 11 de las 12 dimensiones del cuestionario fueron puntuadas positivamente como fortalezas.

En el estudio de Webair *et al.*¹⁶ evaluaron la cultura de seguridad del paciente en el primer nivel de atención en Al-Mukala, Yemen. Se identificaron semejanzas en cuanto al tamaño de la muestra y al uso del cuestionario MOSPSC. Asimismo, los resultados obtenidos en varios estudios mostraron que la dimensión *Presión y ritmo de trabajo* fue semejante en el porcentaje de respuestas positivas y la calificaron como oportunidad de mejora.^{16,17,18} Con lo anterior, es evidente que el personal

sanitario y no sanitario percibe que la cantidad de personal es insuficiente respecto al número de pacientes que se atiende en la unidad de medicina familiar; también mencionan que a menudo se sienten apresurados para atender a los pacientes.

En contexto, la unidad de medicina familiar del estudio tiene una cobertura total de 77 871 derechohabientes con una plantilla laboral de 164 trabajadores que incluye al personal sanitario y no sanitario. Al respecto, el médico familiar tiene como meta atender 24 pacientes en un turno de seis horas, lo que se traduce en un tiempo de consulta de 15 minutos por paciente.¹⁹ No obstante, la percepción general del personal califica la seguridad de los pacientes en la unidad de medicina familiar como muy buena (19%) y buena (45%), parecida a lo reportado por Ghobashi *et al.*²⁰

Conclusiones

Es pertinente señalar que una limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra y la tasa de

respuesta del 54.2%, esto a partir de los estudios sobre cultura de seguridad del paciente en servicios de atención primaria, que incluyen varias unidades cuyos resultados e interpretación son representativos en el contexto en que fueron aplicados.

El estudio permitió identificar áreas de oportunidad en lo referente a la cultura de seguridad del paciente y también sentar las bases para planificar, diseñar e implementar estrategias a favor de este tipo de seguridad. Asimismo, esta investigación nos permitió darnos cuenta de que si promovemos la seguridad del paciente, estamos promoviendo a su vez la seguridad del personal sanitario y no sanitario.

Es recomendable que las próximas investigaciones en este rubro se enfoquen en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en las unidades de medicina familiar del IMSS, a fin de comparar hallazgos y determinar la implementación de estrategias en pro de la seguridad del paciente y del personal sanitario.

Referencias

1. González RM. Prevención y Manejo del Riesgo Clínico: Respuesta institucional y crítica de eventos en el Boston Medical Center. *Hospitalaria*. 2008;9(58):4-8. Disponible en <http://achc.org.co/hospitalaria/revista/edicion-058.html>
2. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
3. Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. Bogotá, Colombia. Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/seguridad-del-paciente-implementacion-cultura/> [Consultado el 6 de febrero de 2018].
4. Gómez-Ramírez O, Arenas-Gutiérrez W, González-Vega L, Garzón-Salamanca J, Mateus-Galeano E, Soto-Gómez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc Enferm*. 2011;17(3):97-111. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. ACSNI study group on human factors. Third report: organizing for safety. Sheffield, United Kingdom: Health and Safety Executive; 1994. Disponible en https://inis.iaea.org/search/search.aspx?orig_q=RN:29011023
6. Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad para el paciente del CSG. Edición 2017. Ciudad de México: Consejo de Salubridad General; 2017. Disponible en http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf
7. Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Distrito Federal, México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf
8. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(5):348-55. Disponible en <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/5/348/1831390> [Consultado el 6 de febrero de 2018].
9. Hasta dos horas de espera y falta de medicinas en el Seguro Popular. *La Jornada* [Internet]. 06 07 2014. Disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/06/sociedad/033n1soc> [Consultado el 6 de febrero de 2018].
10. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001:447-57.
11. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl II):ii17-ii23. Disponible en http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf

12. Silvestre-Busto C, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Rubio-Aguado EA. Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). *Revista de Calidad Asistencial*. 2015;30(1):e1-e18. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-adaptacion-herramienta-del-cuestionario-medical-51134282X15000032>
13. Mella-Laborde M, Gea-Velázquez MT, Aranaz-Andrés JM, Ramos-Forner G, Compañ-Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2018. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302395>
14. Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. *Rev CONAMED*. 2011;16(2):65-73. Disponible en <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/no2/1.pdf>
15. Astier MP, Maderuelo JA, Olivera G, Silvestre C, Torijano ML; Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC). Proyecto para Medir la cultura de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Toledo, España: 13 de abril de 2012. Disponible en <http://www.seguridadpaciente.com/docs/ponen/p3.pdf>
16. Webair HH, Al-assani SS, Al-haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin-Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract*. 2015;16:136. Disponible en <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0355-1?site=bmcfampract.biomedcentral.com>
17. Ornelas MD, Pais D, Sousa P. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Healthcare. *Quality in Primary Care*. 2016; 24(5):214-8. Disponible en <http://primarycare.imedpub.com/patient-safety-culture-in-portuguese-primary-healthcare.pdf>
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCI%C3%93N%20PRIMARIA.PDF>
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual metodológico de indicadores médicos 2017. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
20. Ghobashi MM, Ghani-El-ragehy HA, Mosleh H, Al-Doseri FA. Assessment of patient safety culture in primary health care settings in Kuwait. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*. 2014; 11(3):e9101-1-9. Disponible en <http://ebph.it/article/viewFile/9101/8676>

Cómo citar este artículo / To reference this article:

Flores-González MT, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(1):14-22.