

Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español

FERMÍ ROQUETA EGEA^{1,4}, SANTIAGO TOMÁS VECINA^{2,4}, MANEL R. CHANOVAS BORRAS^{3,4}

¹Servicio de Emergencias Fundació Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa, España. ²Servicio Integral de Urgencias y Emergencias. Badalona Serveis Assistencials (BSA). Badalona, España. ³Servicio de Urgencias. Hospital Tortosa Verge de la Cinta IISPV. Tortosa, España. ⁴Coordinadores del Programa SEMES-Seguridad del Paciente.

CORRESPONDENCIA:

Fermí Roqueta
Fundació Althaia Xarxa
Assistencial de Manresa
Edifici Sant Joan de Deu
Direcció Atenció Especializada
C/ Joan Soler, 1-5
08243 Manresa
Barcelona, España
E-mail: 15740fre@comb.cat

FECHA DE RECEPCIÓN:

19-4-2011

FECHA DE ACEPTACIÓN:

1-7-2011

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

A todos los Instructores SEMES en Seguridad del Paciente que han aportado las encuestas realizadas en sus servicios de urgencias dentro de los ejercicios de formación del Programa SEMES-Seguridad del Paciente.

Objetivos: 1) Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). 2) Averiguar si el nivel de cultura difiere del obtenido en estudios realizados a nivel general hospitalario. 3) Conocer las dimensiones valoradas negativamente y proponer estrategias de mejora.

Método: Estudio descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales de SUH, y fue administrada por los alumnos de los cursos de instructores SEMES en seguridad del paciente realizados entre 2009 y 2010. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH.

Resultados: La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de "Trabajo en equipo en la unidad" y "Expectativas/acciones de los responsables de la unidad/servicio en seguridad del paciente" con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron "Dotación de recursos humanos" y "Apoyo de la Gerencia/Dirección del Hospital" con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para priorizar como aspectos susceptibles de mejora.

Conclusiones: Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados. [Emergencias 2011;23:356-364]

Palabras clave: Cultura de seguridad. Seguridad del paciente. Urgencias. Encuesta AHRQ. Programa SEMES-Seguridad del Paciente.

Introducción

El alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada se menciona como la primera de las "30 prácticas seguras" por el *National Quality Forum* de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital¹. Por otra parte, la publicación del documento "La seguridad del

paciente en 7 pasos" por el *National Health Service (NHS)* establece como primer paso el construir una cultura de seguridad (CS)². Ello es así ya que una buena cultura sobre seguridad del paciente (SP) 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. En nuestro país y dentro del área

“Promover la excelencia clínica” del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece como uno de los objetivos de la estrategia la “mejora de la seguridad del paciente”, promover y desarrollar una CS del paciente entre los profesionales y, como proyecto de acción, estudiar la percepción de los profesionales hacia la SP⁴.

La medición de la CS permite conocer la situación basal de la que partimos, así como priorizar las acciones de mejora y la repetición periódica de esta medida permite además analizar la efectividad de estas acciones y replantear estrategias^{5,6}. Esta evaluación constituye en sí misma una intervención que visualiza el interés de la institución en conocer y priorizar la SP. Por otra parte, recientemente se ha establecido como indicador de buenas prácticas sobre SP por la Agencia de Calidad del SNS⁷. Las herramientas que se utilizan habitualmente para realizar esta medición suelen consistir en cuestionarios basados en una escala de Likert de 5 puntos. Hasta ahora se han desarrollado diversos cuestionarios con esta finalidad, de modo que a la hora de escoger alguno de ellos conviene valorar su adaptación a nuestro objetivo, el que sean validados y útiles, la experiencia, difusión y utilización amplias y el que nos ofrezcan la posibilidad de comparación con otros servicios e instituciones⁸. De entre todas las encuestas existentes, la *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*^{9,10} se ha utilizado a este fin en diversos estudios y ha sido adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en colaboración con la Universidad de Murcia¹¹. Asimismo, este Ministerio ha realizado un estudio en hospitales del SNS que nos permite conocer su CS y establecer las acciones de mejora pertinentes¹². No obstante, hay pocos estudios conocidos que hagan referencia exclusivamente a servicios de urgencias hospitalarios (SUH) por lo que las percepciones de esos profesionales en los estudios publicados quedan englobadas dentro del total del colectivo hospitalario. El objetivo de este trabajo es aportar los resultados de una de las series más amplias y plurales sobre CS que hace referencia a los SUH españoles y por ello es importante para conocer tanto la valoración que sobre las dimensiones realiza este colectivo como la puntuación que asigna a la SP en los SUH.

Método

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha establecido un Plan Estratégico

de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias en el que una de las líneas de desarrollo es el programa de formación de instructores en SP (<http://www.semes.org/psemes/formacion.htm>). Las acciones formativas constan del estudio de material escrito elaborado por la Sociedad y que abarca los diferentes aspectos relacionados con la SP en general y aplicada al ámbito de la atención urgente en particular. Tras una evaluación del aprendizaje, los alumnos acceden posteriormente a un curso presencial. En este curso, de dos días de duración, se revisan aspectos de la teoría ya estudiada, se actualizan conocimientos y se realizan ejercicios prácticos sobre CS, notificación de eventos adversos, análisis causal y análisis modal de fallos y efectos con material escrito y audiovisual. Por último y para poder acceder al diploma de instructor, cada alumno debe realizar una serie de acciones en su servicio de urgencias. Una de ellas es la realización de la encuesta de seguridad HSOPS de la AHRQ a los profesionales del SUH donde trabajan. El objetivo principal del ejercicio es que sea de utilidad a los alumnos y que permita su familiarización con el manejo y aplicación de esta herramienta, así como conocer la situación basal de CS en su servicio. Esta fase es tutorizada a distancia por los docentes del curso (los autores de este trabajo). Los alumnos hicieron de encuestadores, administrando y recogiendo las respuestas de los profesionales encuestados y transcribiendo las mismas en una hoja de cálculo Microsoft Excel™ diseñada para tal fin, que, posteriormente, era remitida a los tutores del curso para su análisis y explotación de resultados.

La encuesta HSOPS⁹ consta de 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones que valoran diferentes aspectos de la CS. Asimismo, recoge información sobre la calificación (del 0 al 10) que se otorga a la seguridad en el servicio y recoge también el número de incidentes notificados en el último año. Además, contiene 7 preguntas de tipo demográfico y una pregunta de respuesta abierta solicitando aportaciones y comentarios. La Tabla 1 recoge estas dimensiones y sus definiciones.

La población de estudio comprendía profesionales de SUH, a los que se les aplicó la encuesta HSOPS. Los SUH participantes se correspondían con los alumnos que participaron en los cursos de instructores del Programa SEMES-SP. Los alumnos reclutaron a los profesionales encuestados.

Los resultados se han analizado siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ⁹ y adaptada en la versión española¹¹. La terminología aplicada en cuanto a dimensiones y variables se ha asimilado a la utilizada en el estudio del MSPSI¹². Se han recogido las respuestas positivas (respuestas positivas a preguntas o afirmaciones formuladas en po-

Tabla 1. Definición de las dimensiones de la encuesta HSOPS de la AHRQ

Área / Dimensión de la cultura de seguridad	Definición: Grado en que.....
1. Franqueza en la comunicación	Los profesionales pueden hablar libremente si observan que algo puede afectar negativamente al paciente y se sienten libres de comentarlo con profesionales de mayor autoridad sobre ello.
2. <i>Feed-back</i> y comunicación sobre errores	Los profesionales son informados de los errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comentan los modos de prevenir errores.
3. Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores siguientes: 1) errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, 2) errores sin daño potencial para el paciente y 3) errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron.
4. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades.
5. Apoyo de la gerencia del hospital en la SP	La gerencia/dirección del hospital favorece un clima de trabajo que promueve la SP y resalta que la SP es una prioridad.
6. Respuesta no punitiva a los errores	Los profesionales sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal.
7. Aprendizaje organizacional y mejora continua	Existe una cultura en la que los errores conducen a cambios positivos y en la que se evalúa la efectividad de los cambios introducidos.
8. Percepción de seguridad	Los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de SP.
9. Dotación de personal	Se dispone del personal suficiente para asumir la carga de trabajo y los horarios son adecuados para proveer la mejor asistencia al paciente.
10. Expectativas/acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	Los responsables toman en consideración las sugerencias de los profesionales encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, estimulan que éstos sigan procedimientos seguros y no pasan por alto los problemas de SP.
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Las unidades del hospital cooperan y se coordinan entre ellas para proporcionar la mejor atención al paciente.
12. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Los profesionales de la unidad se apoyan mutuamente, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo.

HSOPS: *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*; SP: seguridad del paciente.

sitivo y respuestas negativas a preguntas o afirmaciones formuladas en negativo) y las respuestas negativas (respuestas negativas a preguntas o afirmaciones formuladas en positivo y respuestas positivas a preguntas o afirmaciones formuladas en negativo) y se han traducido a porcentajes por cada pregunta. Asimismo, se han recogido las respuestas neutras que son aquéllas que no se incluyen en ninguno de los apartados anteriores. Se han establecido los porcentajes de respuestas positivas y negativas para las 12 dimensiones que se configuran mediante la agrupación de variables. Asimismo, se han determinado los porcentajes globales de respuestas negativas, neutras y positivas de la totalidad del grupo y la calificación del 0 al 10 otorgada a la SP en cada servicio.

El análisis estadístico fue descriptivo de los datos aportados por los instructores aplicando la metodología de la AHRQ⁹ y de la adaptación española¹¹.

Resultados

Se han obtenido 1.388 respuestas de 30 SUH pertenecientes a 13 comunidades autonómicas (CCAA). En total participaron 6 SUH de Cataluña, 2 de Aragón, 3 de Navarra, 3 de Euskadi, 1 de Astu-

rias, 1 de Castilla-León, 1 de Extremadura, 1 de la Comunidad de Madrid, 3 de Andalucía, 3 de Castilla-La Mancha, 2 de la Comunidad Valenciana, 1 de Baleares y 3 de Canarias. El número de respuestas por SUH oscilaba entre 15 y 86. La distribución de las mismas por CCAA se indica en la Tabla 2.

Las condiciones exigidas para considerar las encuestas como completas y valorables según las indicaciones de la AHRQ se cumplió en todos los casos. Asimismo, la tasa de respuestas neutras en el estudio fue del 26% y ningún SUH tuvo tasas superiores al 50%.

Tabla 2. Procedencia de las 1.388 encuestas del estudio en función de la Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	%
Cataluña	18
Euskadi	11
Castilla La Mancha	10
Aragón	9
Canarias	8
Navarra	8
Andalucía	8
Madrid	6
Comunidad Valenciana	6
Castilla León	6
Baleares	4
Extremadura	4
Asturias	3

En 642 respuestas (46%) se podía valorar las variables contacto directo con el paciente y tipo de profesional: 630 profesionales (98%) tenían contacto directo con el paciente, mientras que 256 de los participantes (40%) fueron enfermeras, 214 médicos (34%), 76 médicos internos residentes (12%), 65 auxiliares de enfermería (10%) y 31 otros (4%).

Los datos referentes a las variables y dimensiones se expresan en porcentajes en los informes de la AHRQ por lo que seguiremos esta metodología a la hora de valorarlas en este trabajo. Sobre el total de 1.388 respuestas, la tasa de respuestas positivas fue del 45%, de negativas del 29% y de neutras del 26%.

La tasa de respuestas máxima por variable fue de 1.388 y la mínima de 1.327. No hay ninguna pregunta con una tasa de respuestas neutras mayor del 50%, oscilando sus valores entre el 10 y el 41%.

La variable con un mayor número de respuestas positivas fue la 1 ("el personal se apoya mutuamente en esta unidad") con un 73% seguido del 4 ("en esta unidad nos tratamos todos con respeto") con un 71%. Cuatro variables más están por encima del 60% de respuestas positivas: la 22 ("mi superior pasa por alto los problemas de SP que ocurren habitualmente") con un 67%, la 11 ("cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros") con un 65%, la 8 ("si los compañeros o superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra") con un 65% y la 3 ("cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo") con un 62%.

Por dimensiones, las dos mejor valoradas fueron "trabajo en equipo en la unidad" y "expectativas/acciones de los responsables de la unidad en SP" con un 68% y un 56%, respectivamente. El "trabajo en equipo en la unidad" fue la de mayor número de respuestas positivas en 12 comunidades de las 13 participantes (en la CCAA restante fue "expectativas/acciones de los responsables de la unidad en SP"). Las "expectativas y acciones de los responsables de la unidad en SP" fue la segunda con mayor número de respuestas positivas en 7 comunidades mientras que en 4 CCAA esta posición la ocupó "respuesta no punitiva a los errores". Las dimensiones con menor porcentaje de respuestas positivas fueron "apoyo de la gerencia/dirección del hospital" con un 24% y "dotación de recursos humanos" con un 28%. Las respuestas positivas por dimensiones se muestran en la Tabla 3.

Si analizamos las preguntas con un mayor porcentaje de respuestas negativas destacan la 5 ("a

Tabla 3. Ordenación de las dimensiones según el porcentaje de respuestas positivas

Variables	%
Trabajo en equipo en la unidad	68
Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad	56
Respuesta no punitiva a los errores	46
Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales	45
Aprendizaje organizacional/mejora continua	42
Facilidad/franqueza en la comunicación	42
Trabajo en equipo entre unidades	36
Percepción de seguridad	35
Feed-back y comunicación sobre errores	34
Frecuencia de eventos notificados	33
Dotación de recursos humanos	28
Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente	24

veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora"), 14 ("trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa") y 2 ("hay suficiente personal para afrontar las cargas de trabajo") con un 69%, 64% y 61% respectivamente. Por dimensiones, las que obtuvieron un mayor porcentaje de respuestas negativas fueron "dotación de recursos humanos" con un 57% y "apoyo de la gerencia/dirección del hospital" con un 47%. La primera ("dotación de recursos humanos") ocupó esta posición en 10 de las 13 CCAA (en las 3 restantes esta posición la ocupó "apoyo de la gerencia/dirección del hospital" en 2 casos y "percepción de seguridad" en uno). La segunda ("apoyo de la gerencia/dirección del hospital"), ocupó esta posición en 9 CCAA (de las 4 restantes, en 3 ocupó el segundo lugar en peor valorados "Dotación de recursos humanos" y en 1 "percepción de seguridad"). En este caso también coinciden con las de mayor porcentaje de respuestas positivas, pero en orden inverso. Las que obtuvieron menos respuestas negativas fueron "trabajo en equipo en la unidad" y "expectativas/acciones de los responsables de la unidad en SP" con un 16% y un 18% respectivamente, dimensiones que fueron también las de mayor tasa de respuestas positivas en el mismo orden. Las respuestas negativas por dimensiones se recogen en la Tabla 4.

A la hora de priorizar las acciones a realizar para mejorar la CS nos puede ser de ayuda preparar una gráfica de Pareto que contemple la participación de cada dimensión en el número de respuestas negativas. Este método nos muestra que 4 dimensiones (del total de 12) son responsables de casi el 50% de respuestas negativas del total (Figura 1): dotación de recursos humanos, apoyo de la gerencia, percepción de seguridad y trabajo en equipo entre unidades.

En el cuestionario se pedía también que se

Tabla 4. Ordenación de las dimensiones según el porcentaje de respuestas negativas

Variables	%
Dotación de recursos humanos	57
Apoyo de la gerencia del hospital en seguridad del paciente	47
Percepción de seguridad	43
Trabajo en equipo entre unidades	34
Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales	34
Respuesta no punitiva a los errores	30
Feed-back y comunicación sobre errores	30
Aprendizaje organizacional/mejora continua	29
Frecuencia de eventos notificados	26
Facilidad/franqueza en la comunicación	21
Expectativas/acciones de los responsables del servicio/unidad	18
Trabajo en equipo en la unidad	16

otorgara una nota del 0 al 10 al clima de seguridad en el servicio. De un total de 1.029 respuestas que contestaban esta pregunta, la calificación media otorgada fue de 6,1 con un rango de entre 0 y 10. La moda fue de 6 (21,2% de respuestas) y la mediana 6.

Finalmente, la Figura 2 recoge la comparación de los porcentajes de respuestas positivas por dimensión entre el estudio de SEMES y el del MSPSI y la Figura 3 muestra la misma comparación en caso de respuestas negativas por dimensión.

Discusión

La medición de la CS en los SUH españoles es una práctica que se ha ido extendiendo en los últimos años tanto bajo iniciativa propia como fomentada por SEMES u otras instituciones sanitarias autonómicas. Los resultados se han utilizado para los fines propios de cada institución, pero sólo

algunos se han publicado o se han dado a conocer en comunicaciones o ponencias a congresos^{13,14}. Por todo ello y con la oportunidad de disponer de los resultados de los trabajos de los instructores de seguridad de los cursos de SEMES hemos considerado la conveniencia de exponerlos en esta publicación tanto para tener una fotografía de la CS en los SUH españoles como para disponer de una base de comparación que sea útil a los profesionales de urgencias y fomentar la utilización de esta encuesta como herramienta habitual en estos SUH.

A efectos de comparación con otros estudios para poder valorar si los resultados en el colectivo de urgencias difieren del resto, hemos escogido como referencia el del MSPSI¹². Ello permite ver de entrada que el número de respuestas positivas es inferior y el de negativas superior al estudio mencionado. Conjuntamente con la menor puntuación global sobre percepción de seguridad en urgencias (6,1 sobre 10 en nuestra encuesta *versus* 7 sobre 10 en la encuesta del MSPSI), permite identificar una importante oportunidad de mejora.

Las dimensiones mejor valoradas han sido las de "trabajo en equipo en la unidad" y "expectativas/acciones de los responsables de la unidad que favorecen la seguridad". Ello concuerda con los resultados del estudio del MSPSI¹², aunque los porcentajes de respuestas positivas son más bajos. Por CCAA, las dimensiones donde ha habido una menor dispersión de resultados alrededor de la media han sido la "trabajo en equipo entre unidades", "trabajo en equipo en la unidad", "percepción de seguridad" y "aprendizaje organizacional-mejora continua" y donde ha habido más han sido la "frecuencia de eventos noti-

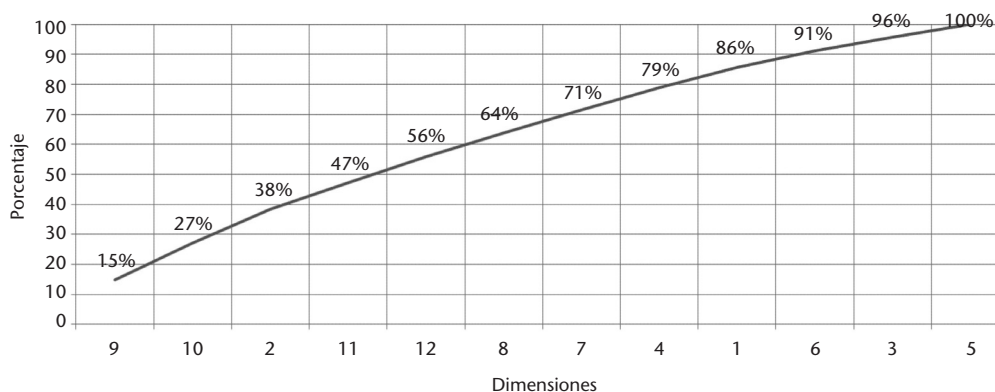


Figura 1. Diagrama de Pareto sobre dimensiones según la tasa de respuestas negativas. Dimensiones: 1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas-acciones de la dirección-supervisión de la unidad que favorecen la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua. 5. Trabajo en equipo en la unidad. 6. Facilidad – franqueza en la comunicación. 7. Feed-back y comunicación sobre errores. 8. Respuesta no punitiva a los errores. 9. Dotación de recursos humanos. 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. 11. Trabajo en equipo entre unidades. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

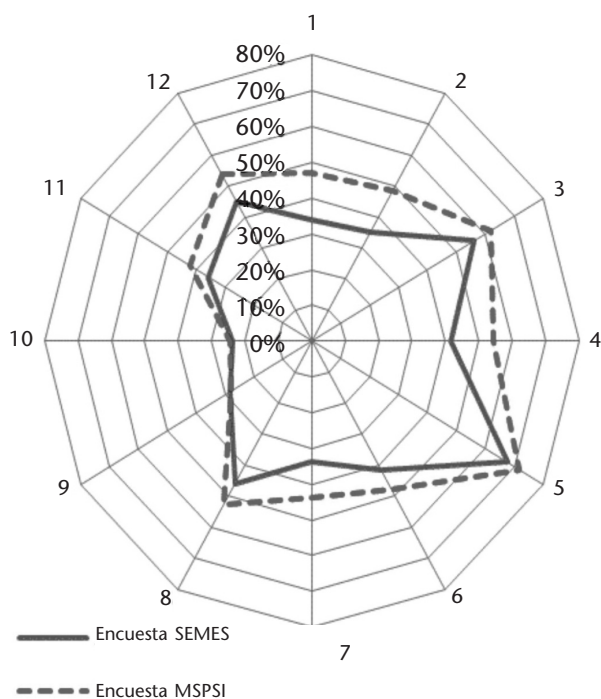


Figura 2. Gráfico comparativo de las respuestas positivas por dimensiones entre los resultados de la encuesta SEMES y los de la encuesta MSPSI. Dimensiones: 1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas-acciones de la dirección-supervisión de la unidad que favorecen la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua. 5. Trabajo en equipo en la unidad. 6. Facilidad – franqueza en la comunicación. 7. *Feed-back* y comunicación sobre errores. 8. Respuesta no punitiva a los errores. 9. Dotación de recursos humanos. 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. 11. Trabajo en equipo entre unidades. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

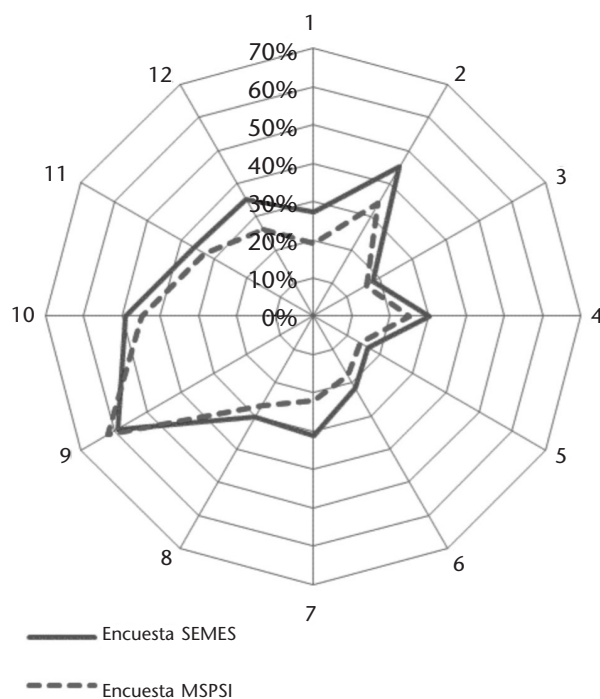


Figura 3. Gráfico comparativo de las respuestas negativas por dimensiones entre los resultados de la encuesta SEMES y los de la encuesta MSPSI. Dimensiones: 1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas-acciones de la dirección-supervisión de la unidad que favorecen la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua. 5. Trabajo en equipo en la unidad. 6. Facilidad – franqueza en la comunicación. 7. *Feed-back* y comunicación sobre errores. 8. Respuesta no punitiva a los errores. 9. Dotación de recursos humanos. 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. 11. Trabajo en equipo entre unidades. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

ficados”, “dotación de recursos humanos” y “apoyo de la gerencia-dirección en seguridad del paciente”. A pesar de que para ser considerados como puntos fuertes las tasas de respuestas positivas deberían estar por encima del 75% según las recomendaciones al uso, sí que podemos considerar estas dimensiones como tales en base a nuestras tasas de positividad alcanzadas. Por todo ello y a pesar de priorizar las acciones tendentes a mejorar aquellas dimensiones peor valoradas, no debe olvidarse el mantener estos puntos fuertes incluso mejorando sus puntuaciones, cosa factible según los datos de otros estudios. De hecho, el impulso de mejoras en las áreas débiles explicitando e informando de las acciones y sus resultados permite incrementar la valoración positiva sobre la implicación de los responsables del servicio y de la dirección del hospital.

Las dimensiones peor valoradas son “dotación de personal”, con un 57%, y “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, con un 47%. Este orden concuerda también con el obteni-

do en el trabajo del MSPSI¹², aunque los porcentajes de respuestas negativas son más altas en nuestro estudio (excepto en la dimensión “dotación de personal”) como se muestra en la Figura 3.

Ya que la finalidad última de las encuestas sobre cultura o clima de seguridad es detectar todos aquellos aspectos susceptibles de mejora y aplicar estrategias para alcanzarla, es importante priorizar estas áreas donde se debe actuar. En función del diagrama de Pareto sobre el peso de las respuestas negativas de las diferentes dimensiones observamos que 4 dimensiones (del total de 12) son responsables de casi el 50% de respuestas negativas. Estas dimensiones son “dotación de personal”, “apoyo de la gerencia”, “percepción de seguridad” y “trabajo en equipo entre unidades”. De este modo, obtenemos ya un conjunto de dimensiones por donde podremos empezar a actuar esforzándonos por diseñar estrategias específicas encaminadas a estudiar y valorar las acciones de mejora más oportunas en estas áreas.

En cuanto a la adecuación de la "dotación de recursos humanos del servicio" y cargas de trabajo soportadas, no sólo debemos observar las recomendaciones sobre el número de profesionales y los ritmos de trabajo a que son sometidos¹⁵. También tenemos que valorar otros aspectos como sus competencias y las tareas que realizan estos profesionales, así como horas trabajadas¹⁶. En ocasiones puede haber un número estructural de profesionales adecuado, pero el personal médico y de enfermería realiza acciones que o bien no le corresponden o bien pueden ser simplificadas de manera considerable o incluso eliminadas, con ayuda de la tecnología. Asimismo, la reducción de las interrupciones no deseadas por temas ajenos a la asistencia permite disponer de un mayor tiempo útil, reducir la sensación de agobio y lograr también mayor seguridad en la asistencia al paciente^{17,18}. La organización del servicio en situaciones habituales y situaciones de sobredemanda debe ser también objeto de análisis. Las acciones a nivel de hospital dirigidas a reducir la saturación del servicio, como la mejora del drenaje de pacientes y la implantación de alternativas a la hospitalización convencional, también inciden en reducir cargas de trabajo y estrés de los profesionales, con la consiguiente mejora de las condiciones latentes que pueden propiciar la comisión de errores y la aparición de eventos adversos^{19,20,21,22,23}.

El "apoyo de la gerencia" es la segunda dimensión peor valorada y muestra un gran camino de mejora. El convencimiento de que la SP es una condición indispensable de la atención sanitaria y su integración en todas las acciones de la institución, así como la adopción de actitudes proactivas, la facilitación institucional de la notificación, el abordaje y la resolución de las condiciones latentes de los eventos adversos detectados y la comunicación a todos los profesionales de las actuaciones y resultados son herramientas fundamentales para mejorar este aspecto. Una de las estrategias de mejora recomendadas en este apartado es la adopción de sistemas de "walkrounds"TM^{24,25} o rondas de seguridad, ya que cumple los objetivos de detección proactiva y retrospectiva de incidentes y de oportunidades de mejora, interacción con los profesionales de primera línea y visualización de la implicación de los directivos de la institución.

Para incrementar la "percepción de seguridad" en los SUH es estratégico fomentar la notificación de errores y su discusión franca y honesta con la clara intención de aprender para mejorar². Una herramienta valiosa para facilitar la identificación y recogida de información acerca de incidentes relacionados con la SP, así como su comentario en grupo

es la de las sesiones informativas (*briefings*) de seguridad²⁶, en los cambios de turno. Su fin último es el de integrar los temas relacionados con la SP en las tareas cotidianas de los profesionales. En este punto la seguridad debe abordarse de forma sistemática y en equipo huyendo de las culpabilizaciones individuales y del fatalismo. La medición del daño y de sus repercusiones, el análisis de las condiciones latentes, la identificación de soluciones, la evaluación de su impacto y la aplicación de la evidencia en la mejora de la seguridad, todo ello realizado con participación de los profesionales y con transparencia en la información y en condiciones de comunicación constante son claves en la mejora de esta dimensión².

La "coordinación entre servicios/unidades" es el cuarto factor peor valorado. Como acciones de mejora se contempla el fomentar la responsabilidad compartida, la interrelación entre los diferentes servicios, así como la estructuración de los traspasos de pacientes y de información. Se debe inculcar que la buena evolución del paciente y de la organización no es una tarea fragmentada, sino de integración del trabajo de todas las unidades. Ello quizá requiere de mayor esfuerzo en hospitales de gran tamaño u organizaciones más complejas y en todo caso merece de un análisis estructurado y específico de cada institución.

Como limitaciones de este estudio conviene destacar que se ha realizado en base a los datos aportados por los diferentes servicios en un formato preestablecido que pretende resumirlos para una valoración global del mismo, pero no para realizar un análisis detallado (tarea que debe llevar a cabo cada servicio). Por ello, hay datos que no se pueden recoger o que no han sido declarados. Asimismo la precisión de la introducción de los mismos no se ha podido supervisar por parte de los tutores, por lo que pudiera existir tal vez algún sesgo. Ello no nos permite realizar una valoración por posición laboral o años en el servicio por lo que no es posible individualizar resultados o acciones por colectivo (médico, enfermera, etc.), sin duda más precisos. Por otra parte, hay CCAA representadas por un solo hospital y otras por 6 lo que nos tiene que aportar cautela a la hora de interpretar resultados por CCAA, cosa que por otra parte no pretendemos en este estudio aunque algunos datos se aporten en este formato. A pesar de ello, la información obtenida sobre el colectivo total de urgencias, el número de respuestas y servicios participantes, así como la diversidad de CCAA representadas permiten una aproximación muy útil para ver cuál es el estado actual del tema en España.

Es recomendable que este ejercicio sobre el conocimiento de la CS sea realizado en cada servicio de urgencias. Teniendo en cuenta que, según el estudio EVADUR²³, la tasa de sucesos adversos en los SUH se sitúa alrededor del 12%, la repetición de la encuesta en base anual nos permite valorar la eficacia de las acciones emprendidas y reorientar las estrategias en función del resultado. Un aspecto capital en este proceso es la información periódica a los profesionales de los resultados alcanzados y acciones de mejora para lograr su implicación máxima en un tema tan importante como es la de mejorar la CS del servicio, beneficioso no tan sólo para el paciente sino también para el profesional^{2,27}.

Hospitales participantes

Hospital Comarcal de Mora d'Ebre, Hospital Comarcal de Amposta, Hospital de Ronda, Hospital de Manacor, Complejo Hospitalario de Cáceres, Hospital de la Princesa de Madrid, Hospital de Navarra, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Hospital de la Ribera, Hospital de Salamanca, Hospital de la Marina Baixa, Hospital General de Albacete, Mutua de Álava, Mutua de Guipúzcoa, Mutua de Vizcaya, Fundació Althaia de Manresa, Hospital Municipal de Badalona- Badalona Serveis Assistencials (BSA), Clínica Universitaria de Navarra, Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Hospital Universitario de Canarias, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Hospital Virgen del Camino, Hospital Negrín de Gran Canaria, Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell, Hospital General de Ciudad Real, Hospital Lozano Blesa de Zaragoza, Hospital Valle del Nalón, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Bibliografía

- National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2006 Update. National Quality Forum. Washington, DC: National Quality Forum; 2007. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare-2006_Update.aspx
- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en 7 pasos. Madrid: Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
- Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Roqueta F, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad. ¿Cómo la podemos medir?. Monografías de Emergencias. 2009;3:1-5.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care 2003;12 Suppl 2:ii17-23.
- Construcción y Validación de Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14:364-6.
- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 user comparative database report (AHRQ Publication No. 11-0030). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <https://www.patientsafetygroup.org/program/media/hospssurv111.pdf>
- Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ Publication No. 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2004. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
- Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.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. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Jiménez S, Ramos, E, Gómez E, Galicia M, Miró O, Sánchez M. Diferencias en relación a la cultura sobre seguridad del paciente entre dos grupos de profesionales, médicos y enfermeras, en el área de urgencias. Emergencias. 2010;22(Extr):374.
- Guiu E, Tomás S, Moreno E, Pérez J, Gómez-García A, Gómez-Gómez MA. Si nos involucramos, mejoramos: evolución anual de la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias. Emergencias. 2010;22(Extr):373.
- Aljama M, López-Andujar L, Fernández-Valderrama J, Jiménez-Murillo L, Tejedor M, Torres R. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2ª edición. Madrid: Edicomplet S.A, 2008.
- Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. J Safety Res. 2010;41:153-62.
- Westbrook JL, Coiera E, Dunsmuir WT, Brown BM, Kelk N, Paoloni R, et al. The impact of interruptions on clinical task completion. Qual Saf Health Care. 2010;19:284-9.
- Westbrook JL, Woods A, Rob MI, Dunsmuir WT, Day RO. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. Arch Intern Med. 2010;170:683-90.
- Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. Emergencias. 2010;22:244-6.
- Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias. 2011;23:59-64.
- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J. 2003;20:402-5.
- Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. Am J Emerg Med. 2010;28:304-9.
- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28.
- Frankel A, Graydon-Baker E, Neppel C, Simmonds T, Gustafson M, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds. Jt Comm J Qual Saf. 2003;29:16-26.
- Frankel A. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2004. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/1DB817A0-A3FA-4C09-96BF-5F9C92A606C7/640/WalkRounds1.pdf>
- Safety Briefings (IHI tool), Institute for Healthcare Improvement, Boston, Massachusetts. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: [www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/Safety+Briefings+\(IHI+Tool\).htm](http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/Safety+Briefings+(IHI+Tool).htm)
- Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership Guide to Patient Safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/69FB6E98-B3C8-470D-80C3-E8038560AB4/0/IHILeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper2006.pdf>

Patient safety culture in 30 Spanish hospital emergency departments: results of the Agency for Healthcare Research and Quality's Hospital Survey on Patient Safety Culture

Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás MR

Objectives: 1) To ascertain the level of patient safety culture in hospital emergency departments. 2) To determine whether the levels in these departments differ from the levels found for the whole hospital. 3) To identify the dimensions with negative assessments and propose measures for improvement.

Methods: Descriptive study of hospital emergency department results of the Hospital Survey on Patient Safety Culture, a questionnaire developed by the Agency for Healthcare Research and Quality and adapted for use in Castilian. Respondents to the survey belonged to the staffs of hospital emergency departments. The questionnaire was administered by students enrolled in training courses on patient safety offered by the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) in 2009 and 2010. The instrument records positive and negative responses to 42 questions in 12 dimensions of patient safety culture in addition to a global assessment of patient safety in the emergency department expressed on a scale of 0 to 10.

Results: Thirty departments in 13 Spanish autonomous communities responded, returning a total of 1388 valid questionnaires. The average score for patient safety was 6.1 points. The dimensions with the highest percentages of positive scores were teamwork within units (68%) and supervisor/manager expectations and actions promoting safety (56%). The dimensions with the lowest percentages of positive scores were staffing (57%) and hospital management support for patient safety (47%). Four dimensions accounted for nearly 50% of all the negative assessments, indicating which areas should be prioritized when planning improvements.

Conclusions: The results for these hospital emergency departments are similar to those obtained for other areas in Spanish National Health Service hospitals, although the percentages for positive assessments were lower and the percentages for negative assessments were higher. The average evaluation score was also lower. Measures to improve the overall level of patient safety culture within emergency departments are suggested. [Emergencias 2011;23:356-364]

Key words: Patient safety culture. Patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): survey. Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES).