REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2011; 16(2):65-73
Artículo Original

Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Analysis of patient safety culture in Oaxaca's High Specialty Regional Hospital

María Eugenia Ibarra-Cerón[1], Verónica Olvera-Sumano[2], Javier Santacruz-Varela[3]

RESUMEN

Introducción. Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes. Su origen involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también gerenciales, directivos y académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud. El objetivo fue medir actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente, en personal del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO).

Material y Métodos. Se trata de un estudio de corte transversal y descriptivo, desarrollado en el HRAEO en los meses de septiembre y octubre de 2010. La encuesta aplicada fue diseñada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos y adaptada por la Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (DGDI-CONAMED), se aplicó a una muestra de 110 profesionales.

Resultados. El 58.1% del personal encuestado refiere nunca haber notificado o reportado incidentes, y el 41% percibe que son bajas las condiciones de seguridad en el hospital. El 60.5% considera que es nulo el aprendizaje organizacional, lo cual estaría indicando que no existe retroalimentación para mejorar la seguridad del paciente; el 66.9% se encuentra de acuerdo en la existencia del trabajo en equipo dentro del servicio o unidad; 45.2% refiere nunca encontrarse en libertad para expresar, cuestionar o preguntar sobre los aspectos relacionados que lleven a la seguridad del paciente; 53.3% de los encuestados refieren que nunca se les ha retroalimentado o comunicado los errores que ocurren en su área de trabajo; sólo 24.3% manifiesta que los incidentes que son notificados no son tratados de manera punitiva y confidencial; 42.3% refieren que la gerencia del hospital no propicia el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente; 52.6% de los encuestados está totalmente de acuerdo en que la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios es la actitud predominante y 56.7% de los encuestados, poco más de la mitad, opina que no existen problemas con la información ni con la atención de pacientes durante los cambio de guardia o traslados.

[1] Coordinadora de Calidad e Investigación en Enfermería. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México (HRAEO).
[2] Médico Especialista "A" Esp. en Genética Médica HRAEO.
[3] Director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio: 140/11 Artículo recibido: 24 de abril de 2011 Artículo aceptado: 8 de junio de 2011

Correspondencia: LEGSP. María Eugenia Ibarra Cerón Hospital Regional de Alta Especialidad Oaxaca. Coordinadora de Calidad e Investigación en Enfermería. Aldama S/N, Paraje El Tule, San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, Oax. C. P. 71256. México. Correo electrónico: mibarra@hraeoxaca.gob.mx.

Conclusiones. La encuesta aplicada permite conocer aspectos fundamentales de la cultura de seguridad de los pacientes, que ayudan a definir acciones para mejorar la calidad de la atención. El objetivo de la retroalimentación es aprender de los errores y garantizar que se mejoren los sistemas para perfeccionar la seguridad de los usuarios en el futuro a través de implementar la notificación interna, discusión, investigación y capacitación.

Palabras clave: Cultura, seguridad del paciente, notificación, retroalimentación.

ABSTRACT

Introduction. Clinical errors in the delivery of health services can have serious consequences, including among them and the death of patients. Their origin involves not only institutional factors and people, but also management, executives and academics. The creation of an institutional culture in patient safety, leading to the implementation of safe practices and a continuous and constant improvement of clinical events safer to stay away from mistakes that occur every day in health-care organizations. The objective was to measure attitudes and behaviors related to patient safety in Oaxaca's High Specialty Regional Hospital (HRAEO) staff.

Material and methods. This is a cross-sectional study, descriptive developed in HRAEO in September and October 2010. The survey conducted was designed by the AHRQ and adapted by the Directorate General for Dissemination and Research of the National Medical Arbitration Commission (DGDI-CONAMED) was applied to a sample of 110 professionals.

Results. 58.1% of staff surveyed reported never having referred or reported incidents related to this is that 41% feel they are low security conditions in the hospital. 60.5% consider it no organizational learning which would indicate that we do not observe actions to improve patient safety, 66.9% is based on the existence of teamwork within the service or unit, 45.2% reported never be free to express, question, or ask about issues that lead to patient safety, 53.3% of respondents report that they have never been retrofitted or communication errors that occur in their area of work, 75.7% stated that incidents that are reported are treated non-punitive and confidential in most cases, 42.3% reported that hospital management is not conducive work environment and supports needed for patient safety, 52.6% of respondents are fully agree that cooperation, coordination and teamwork between the services is the prevailing attitude and 56.7% of respondents, just over half believed that there are no problems with either the information or the care of patients during the change duty or transfer.

Conclusions. The aim of feedback is to learn from mistakes and ensure that systems are improved to enhance the security of users in the future by implementing internal notification, discussion, research and training.

Key words: Culture, patient safety, reporting, feedback.

INTRODUCCIÓN

Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves, incluyendo entre éstas, la muerte de los pacientes.[1] Su origen involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gerenciales, directivos y académicos. [2, 3] La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, lleva a la implementación de prácticas seguras y un trabajo continuo y constante para el mejoramiento de la calidad y la prevención de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud; por lo tanto, la seguridad de los pacientes es un compromiso de todos para un cuidado de calidad y se constituye en una prioridad en la gestión. De ahí la importancia de reflexionar sobre el impacto que tienen los eventos adversos, en relación a la seguridad del paciente.[4]

La OMS define como incidente relacionado con la seguridad del paciente, a cualquier evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario al paciente. De acuerdo con la misma Organización, "Seguridad del paciente" consiste en la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.[5]

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de eventos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, a través de planes de mejora que se realicen con un seguimiento adecuado, para mejorar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada por la OMS como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.

El informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, indica la importancia de la medición de la cultura de seguridad y las intervenciones consecuentes al análisis, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo las recomendaciones propuestas.[6]

Actualmente se dispone de una herramienta válida y

fiable, que fue adaptada primero por España y posteriormente por otros países. Esta herramienta es la encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, la cual se utilizó para medir la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO), identificar los aspectos en que se habría de incidir para mejorarla y poder monitorizar su evolución. Aunque hay otros instrumentos para la medición del clima de seguridad en los hospitales se eligió la AHRQ por reunir características para ser aplicada en los hospitales mexicanos.[7, 8]

Esta encuesta ha sido utilizada, no sólo en estudios realizados en Estados Unidos, sino también en hospitales de España, así como en países del sudeste asiático y de América.[9, 10, 11, 12] En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de esta importante característica de actitud en las instituciones y cuáles serían las iniciativas a tomar para mejorarla.

Se realiza el presente análisis, en colaboración entre la CONAMED y SICALIDAD, cuyo propósito es conocer el nivel basal de la cultura de seguridad del paciente en el HRAEO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal sobre cultura de seguridad del paciente en personal del Hospital Regional de Alta Especialidad del Estado de Oaxaca (HRAEO), entre los meses de septiembre y octubre de 2010. El estudio consistió en la aplicación de una encuesta diseñada por la AHRQ y adaptada por la Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (DGDI-CONAMED), a una muestra no aleatoria de profesionales que voluntariamente decidieron participar en el estudio. Se procuró que el tamaño de la muestra fuera representativa en relación a la plantilla de personal del hospital. También se buscó que fuera de tipo multidisciplinario y que incluyera a personal de diversas profesiones y que desempeña diversas funciones en el hospital.

El objetivo general consistió en medir la cultura de seguridad del paciente en personal del HRAEO y los objetivos específicos fueron identificar actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el personal profesional de salud del HRAEO, así como implementar la utilización del cuestionario para seguimiento, evaluación y mejora del clima de seguridad en el HRAEO.

Los cuestionarios se remitieron a la DGDI-CONAMED, quien desarrolló una base de datos en EXCEL y los datos se procesaron para obtener resultados. Los promedios de estos resultados se presentan en gráficas independientes, para cada una de las doce dimensiones de que consta el cuestionario.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados y para facilitar su comprensión, se realiza simultáneamente un breve análisis y discusión. Se encuestaron 110 profesionales del HRAEO que corresponde al 16% de un universo de 668 trabajadores del mismo hospital. El número de personal médico y de enfermería prácticamente fue el mismo y entre ambos representaron casi el 70% del total del personal encuestado. Los profesionales encuestados se distribuyeron en cinco categorías: Enfermería 37, Medicina 38, Laboratorio 17, Administrativos 14 y otros 4.

A continuación se presentan los resultados de cada una de las dimensiones que investiga el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente de la AHRQ.

Reporte de eventos adversos. Incluye tres preguntas que se muestran en el Cuadro 1 y los resultados se muestran en la Figura 1.

Cuadro 1. Reporte de eventos adversos por el personal del HRAEO.

Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente

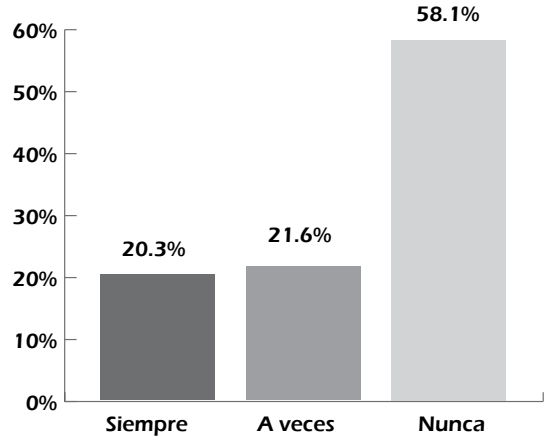

Figura 1. Reporte de eventos adversos por el pesonal del hospital.

El 58.1% del personal encuestado (64 personas) refieren que nunca han notificado o reportado inciden-

tes, el 21.6% (24 personas) los reportan a veces y 20.3% (22 personas) siempre los notifican. Estos resultados pueden tener diversas interpretaciones, entre ellas, que pueden reflejar la escasa cultura de notificación que actualmente tiene la institución, así como la falta de comprensión del personal del hospital sobre aquello que debe ser reportado.

Percepción de Seguridad del Paciente en el Hospital. Incluye cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 2 y sus resultados en la Figura 2.

Cuadro 2. Percepciòn de seguridad del paciente por el personal del HRAEO.

Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.
No se producen más fallos por casualidad.
En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente".

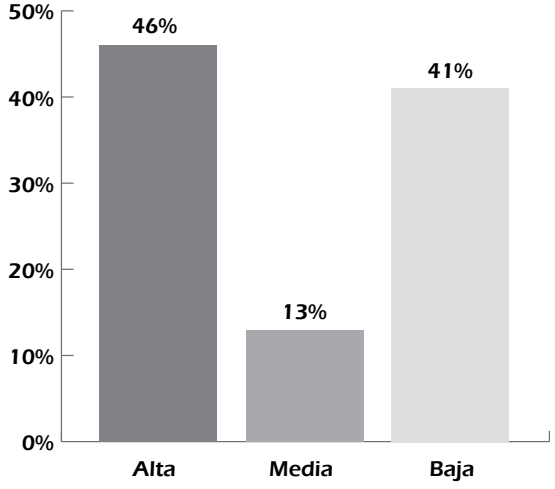

Figura 2. Percepción de seguridad del paciente del HRAEO.

El 46.1% de los encuestados (51 personas) están de acuerdo en que hay una buena percepción de seguridad del paciente y por el contrario, 41% (45 personas) perciben que son bajas las condiciones de seguridad en el hospital. Esta dimensión incluye cuatro ítems, dirigidos a medir la percepción de trabajar en un ambiente de seguridad para los pacientes. Los dos primeros, se refieren a causas concretas como el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes. Las siguientes dos preguntas requieren de una opinión basada mucho más en la percepción y requieren un nivel de abstracción mayor.

Acciones del jefe para promover la seguridad. Incluye cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 3 y sus resultados en la Figura 3.

Cuadro 3. Acción del Jefe para promover la seguridad.

Mi superior/jefe, expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.
Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.
Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

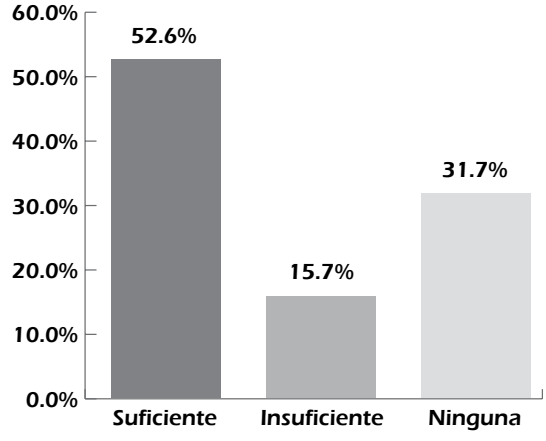

Figura 3. Acción del jefe para promover la seguridad de los pacientes en el HRAEO.

Esta dimensión explora la importancia que los jefes de servicio y supervisores le dan a la seguridad del paciente. Los resultados obtenidos son mejores que los obtenidos en las dos dimensiones previas, pero aún no se puede calificar como una fortaleza para el hospital, ya que no llega al valor convencional de 75% para calificarse como tal, debido a que sólo el 52.6% calificó de suficientes las acciones de los jefes de servicio.

Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

Aprendizaje Organizacional. Esta dimensión se explora a través de tres preguntas que se muestran en el Cuadro 4 y los resultados se presentan en la Figura 4.

Cuadro 4. Aprendizaje organizacional.

Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad

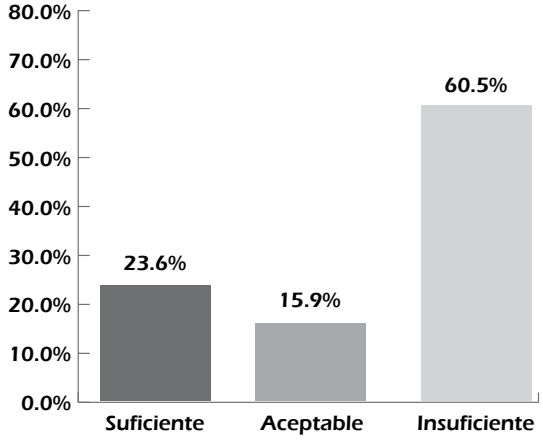

Figura 4. Aprendizaje organizacional.

Apenas 23.6 % (26 personas) contestaron favorablemente las preguntas y el 60.5% (67 personas) consideran que es nulo el aprendizaje organizacional, lo cual nos revela una gran oportunidad de mejorar la identificación y gestión de fallas, para mejorar la seguridad del paciente. Esta dimensión se comporta como una de las debilidades del hospital que es urgente resolver.

Trabajo en equipo dentro de la unidad (área, servicio o departamento). Esta dimensión se explora a través de cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 5 y los resultados en la Figura 5.

El 66.9% (71 personas) de los encuestados está de acuerdo en que existe un trabajo en equipo dentro del servicio o unidad y esta dimensión obtuvo uno de los mayores porcentajes en la encuesta aplicada. Los resultados muestran que está muy cerca del porcentaje para ser considerada una fortaleza y si se analiza sólo en el contexto del hospital, puede ser considerada como tal.

Cuadro 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad/área/departamento.

El personal se apoya mutuamente.
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros

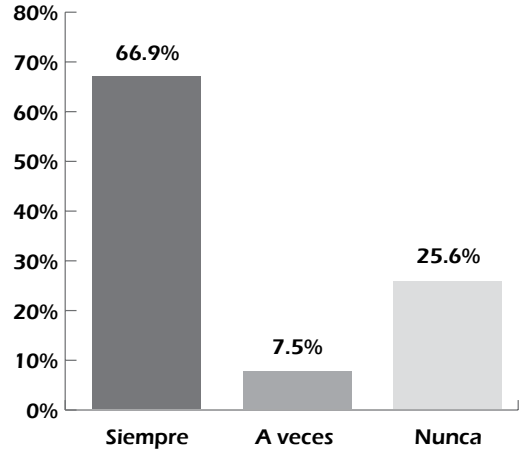

Figura 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad/área/departamento.

Apertura de la comunicación. Esta dimensión se explora a través de tres preguntas que se muestran en el Cuadro 6 y los resultados se muestran en la Figura 6.

Cuadro 6. Apertura de la comunicación.

Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente, habla de ello en total libertad
El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

Esta dimensión está muy relacionada con la franqueza de la comunicación dentro del HRAEO y casi la mitad del personal (45.2%), que corresponde a 50 personas, refiere que nunca se encuentra en libertad

para expresar, cuestionar o preguntar sobre los aspectos que lleven a la seguridad del paciente, por lo que con base en los resultados, esta dimensión se considera como una debilidad.

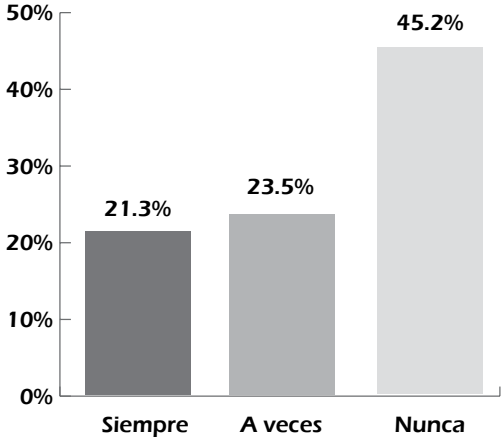

Figura 6. Apertura de la comunicación.

Retroalimentación y comunicación acerca del error. Esta dimensión se explora a través de tres preguntas que se muestran en la Cuadro7 y los resultados se muestran en la Figura 7.

Cuadro 7. Retroalimentación y comunicación acerca del error.

Cuando notificamos algún accidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.
El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

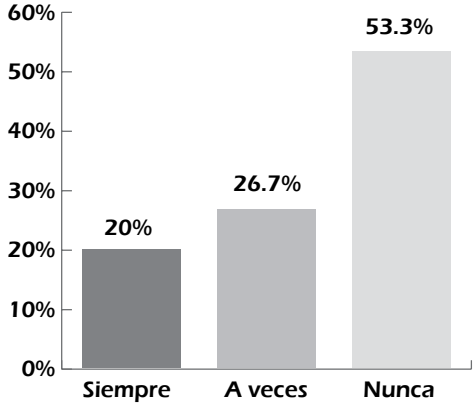

Figura 7. Retroalimentación y comunicación acerca del error.

Esta dimensión es significativamente problemática, ya que el 53.3% (59 personas) de los encuestados refieren que nunca se les ha retroalimentado o comunicado los errores que ocurren en su área de trabajo, resultado que es congruente y ratifica los hallazgos encontrados en la dimensión anterior de apertura de la comunicación.

Asignación de personal. Esta dimensión se explora a través de cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 8 y los resultados en la Figura 8.

Cuadro 8. Asignación de personal.

No hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada es agotadora.
Es ocasiones no se puede prestar la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas, demasiado a prisa.

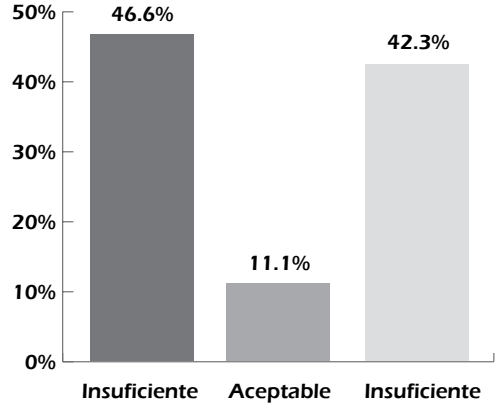

Figura 8. Asignación de personal.

El 46.6% (52 personas) de los encuestados consideran que hay problemas con la gestión de personal en la unidad de atención y el 42.3% (47 personas) refieren que la gestión es adecuada. Los resultados sugieren que existen debilidades y oportunidades para una mejor gestión del personal.

Respuesta de no castigo al error. Esta dimensión se explora a través de tres preguntas que se muestran en el Cuadro 9 y sus resultados en la Figura 9.

Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

Cuadro 9. Respuesta de no castigo al error.

Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable.
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

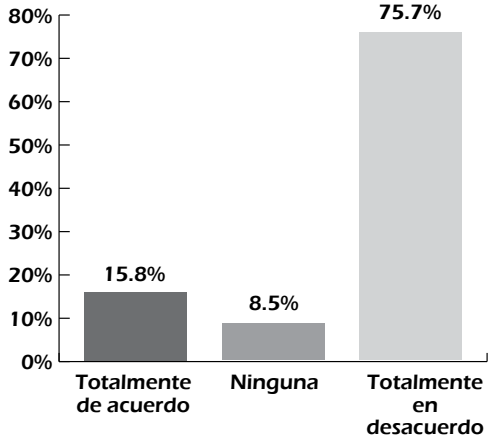

Figura 9. Respuesta de no castigo al error.

Sólo el 15.8% de los encuestados perciben que no existe una actitud punitiva al error en su hospital. El resultado muestra una situación muy crítica que es necesario atender lo antes posible.

Apoyo del hospital en la seguridad del paciente. Esta dimensión se explora a través de tres preguntas que se muestran en el Cuadro 10 y sus resultados en la Figura 10.

Cuadro 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.

La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.
La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.
La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso.

Esta dimensión contempla tres ítems relacionados con el apoyo que proporciona el nivel directivo o gerencial del hospital a la seguridad del paciente. El 42.3% (47 personas) refieren que la gerencia del hospital no propicia ni el clima laboral ni los apoyos necesarios para la seguridad del paciente, de lo que se deduce que para ese nivel no es una prioridad.

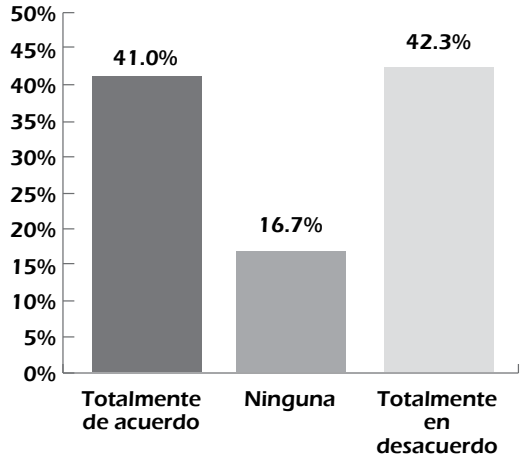

Figura 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.

Trabajo en equipo entre las unidades, áreas o servicios. Esta dimensión se explora a través de cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 11 y sus resultados en la Figura 11.

Esta dimensión explora la cooperación, coordinación y trabajo en equipo entre los servicios y el 52.6% (58 personas) de los encuestados está totalmente de acuerdo en que esa es la actitud predominante en el hospital. El trabajo en equipo es fundamental para brindar atención de calidad y ello conduce a generar mejores ideas y decisiones y produce resultados de mayor calidad.

Cuadro 11. Trabajo en equipo entre unidades, áreas o servicios.

Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.
Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.
Las diferentes unidades del hospital se coordinan bien entre ellas.
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.

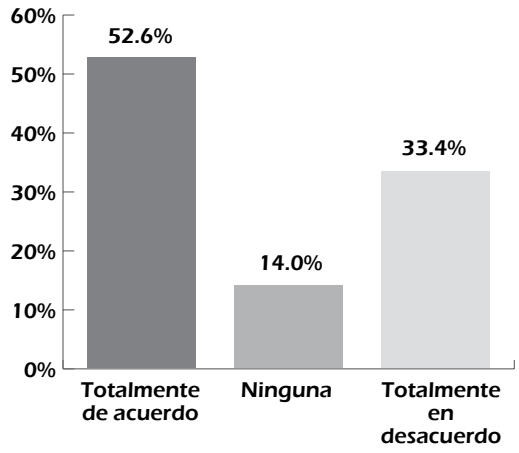

Figura 11. Trabajo en equipo entre unidades, áreas o servicios.

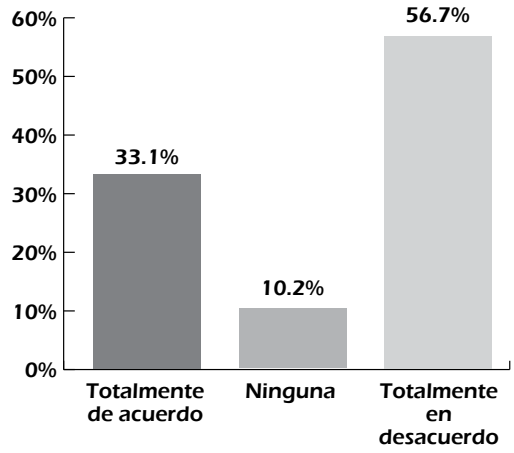

Figura 12. Cambios de turno y transiciones en el hospital..

Cambios de turno y transiciones en el hospital. Esta dimensión se explora mediante cuatro preguntas que se muestran en el Cuadro 12 y sus resultados en la Figura 12.

El 56.7% (63 personas) de los encuestados, poco más de la mitad, opina que no existen problemas ni con la información ni la atención de los pacientes durante los cambio de guardia o traslados. Aunque los resultados obtenidos son buenos, en su conjunto la dimensión no llega a distinguirse como una fortaleza ya que para ello se necesita un valor por encima del 75% de respuestas positivas.

Cuadro 12. Cambios de turno y transiciones en el hospital..

La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencias de los cambios de turno

Conclusiones y recomendaciones

- La retroalimentación es una de las estrategias importantes para que el incidente no se vuelva a presentar y es utilizada por diferentes instituciones de salud a nivel mundial.
- Todas las áreas deben participar en los procesos de capacitación e investigación que conlleven a mejorar la cultura de seguridad del paciente.
- Los temas de seguridad del paciente se deben abordar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria y no de manera individual.
- Se debe prestar atención a la organización del personal, ritmos de trabajo y jornadas laborales, ya que en ese ámbito existen debilidades y oportunidades de mejora.
- Retroalimentar al personal es fundamental para aprender de los errores y garantizar que se mejoren los sistemas para la seguridad de los usuarios en el futuro.
- Estandarizar una metodología para analizar los incidentes a través de la elaboración de un protocolo que incluya el proceso de notificación (activa y pasiva), elaboración de un registro para incidente estandarizado, análisis causa-raíz y/o matrices para analizar de manera integral el incidente, planes de mejora y seguimiento a los mismos.
- Fortalecer el proceso de la cultura de notificación, implementando estrategias dirigidas al personal médico y paramédico.
- Conformar un grupo de trabajo multidisciplinario de seguridad del paciente para analizar incidentes, realizar planes de mejora continua y seguimiento a los mismos. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) es una opción viable a nivel de hospital.

Revista CONAMED, vol.16, núm. 2, abril-junio, 2011
ISSN 1405-6704

- Difundir los incidentes a través de publicaciones, medios electrónicos, boletines, conferencias y procesos de capacitación (retroalimentación).
- Evaluar las estrategias que se implementen para identificar el impacto en la institución.
- Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre áreas y servicios para hacer extensivo el trabajo en equipo entre todas las áreas y servicios.
- Fomentar una actitud proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las áreas directivas.

REFERENCIAS

1. Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994;272:1851-1857.
2. Cooper JB, Newbower R, Long Ch, Bucknam MC. Preventable anestesia mishap: a study of human factors. Qual Saf Health Care 2002; 11:277-82.
3. Smith AF. Patient safety: people, systems and techniques. Acta Anaesthesiol Scand 2007;51 Suppl 118:51-3.
4. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013), AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001.
5. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero 2009. [acceso 29-06-11] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
6. The National Quality Forum (NQF). Safe Practices 6. for 6. Better Healthcare: a consensus report. Was¬hington: The National Quality Forum; 2003.
7. AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety. [acceso 16-08-10]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf.
8. Fajardo-Dolci G, Lamy P, Rodríguez-Suárez J, Fuentes-Domínguez MA, Lucero-Morales JJ, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Rev CONAMED. 2010; 15(1): 29-36.
9. Chen ICh, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Pa¬tient Safety Culture. BMC Health Services Research. 2010. 10:152
10. Adams PI, Walker ZA, Robinson J, Kelly S, Toth M. Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvements Collaboratives. [acceso 23-08-2010] Disponible en: http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Adams-Pizarro_109.pdf.
11. Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la Cultura de la Seguridad del Paciente en el ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, Estudios e Investigación 2009. [acceso 13-08-2010] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
12. Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Health¬care Organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12 Suppl II:ii17–ii2.

AGRADECIMIENTOS A: Dr. Carlos Agustín Arnaud Carreño, Director General HRAEO; Dr. Ulises Pérez Sánchez, Director Médico y M.S.P. Maricruz Aguilar Márquez, Subdirectora de Enfermería.