



## Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México

### *A view of Patient Safety Culture at Hospitals in Mexico*

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez,<sup>1</sup> Erika Daniela Rodríguez Tanguma,<sup>2</sup> Fernando Isaac Recio España<sup>1</sup>



**RESUMEN. INTRODUCCIÓN:** Se realizó un estudio comparativo sobre Cultura de Seguridad del Paciente utilizando la encuesta HSOPSC en cinco momentos y poblaciones de Trabajadores de la Salud.

**METODOLOGÍA:** Se efectuó una búsqueda en bases de datos especializadas en medicina, libros de Instituciones y presentaciones relacionadas con la seguridad del paciente. Se encontraron cinco trabajos realizados en México, que utilizaron la encuesta HSOPSC, se analizaron las encuestas en 12 dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente. Se obtuvo la fiabilidad de cada dimensión en los cinco trabajos utilizando el Alfa de Cronbach, motivo por el cual los trabajos realizados pudieron ser comparados y así obtener información homogénea.

**RESULTADOS:** Las dimensiones con menor fiabilidad para todos los trabajos fueron la “Suficiencia de Personal” (0.29) y la “Percepción de Seguridad” (0.41); la de mayor fiabilidad fue la “Frecuencia de Reporte de Eventos” (0.88) y el “Trabajo en Equipo Dentro de la Unidad/Servicio” (0.71). La fortaleza presentada en 4 de los 5 trabajos fue el “Trabajo en Equipo” y el “Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua”; la debilidad presentada en 4 de los 5 trabajos fue “Dotación de Personal”.

**CONCLUSIÓN:** La comparación de los diferentes estudios con la encuesta HSOPSC, permite ofrecer opciones de solución generales e individualizadas a los problemas detectados con la misma.

**PALABRAS CLAVE:** Cultura de Seguridad del Paciente, México, Encuesta HSOPSC, Seguridad del Paciente

**ABSTRACT. INTRODUCTION:** The Medical Arbitration National Commission (CONAMED) undertook a comparative study about patient safety culture in Mexico on five different types of health personnel in five different moments applying the HSOPSC survey.

**METHODOLOGY:** A research was done in medicine specialized databases, books and presentations linked to patient safety. Five different studies that applied the HSOPSC survey was divided in Mexico the survey in 12 dimension that assess Patient Safety Culture altogether. Each dimension's reliability was measured applying Cronbach's Alpha in every one of the studies found, for which reason homogenous information was gathered and compared. Each variable was divided into 1) Demographics and 2) Survey's elements.

**RESULTS:** The less reliable dimensions for the different research were “Personnel sufficiency” (0.29) and “Safety perception” (0.41); the most reliable was “Adverse reporting frequency” (0.88) and “Team work within each unit/service” (0.71). The strength in 4 of 5 studies was “Teamwork within units” and “Organizational Learning—Continuous Improvement”, the weakness in 4 of 5 studies was “Staffing”.

**CONCLUSION:** The comparison of different studies with HSOPS survey, can provide general and individualized solutions to the problems identified with it.

**KEY WORDS:** Patient safety culture, Mexico, HSOPSC survey, patient safety

<sup>1</sup> Subcomisión Médica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ciudad de México. México.

Correspondencia: Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla No.250, Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, Ciudad de México CP. 03020. Correo electrónico: japerez@conamed.gob.mx.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria.<sup>1</sup> Uno de los requisitos esenciales para evitar la posible aparición de esos daños y poder aprender positivamente de los errores, es tener una cultura positiva sobre seguridad del paciente. Así, la cultura de seguridad del paciente se define como “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente”.<sup>1</sup> Ambas definiciones nos permiten comprender a la seguridad del paciente como un concepto y a la cultura de seguridad del paciente como una situación dinámica y propia de cada servidor de la salud y de cada Institución; la cual para que sea positiva, requiere contar con una amplia gama de conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista.

Durante los últimos años se ha visto un progreso real en el ámbito de la cultura de seguridad del paciente, generado por una mejor y mayor comprensión de lo que dicha cultura significa, y existir herramientas precisas, verificables y sólidas para medirla.<sup>2</sup> Una de esas herramientas son las encuestas y de ellas aquellas que por su diseño han demostrado mayor confiabilidad y calidad comprobada a través de su uso y resultados, que permiten demostrar la veracidad de las respuestas de los encuestados,<sup>2-5</sup> conocer el grado de conciencia, detectar la necesidad de capacitación del personal (incluyendo aquellos en formación), formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, evaluar acciones o programas específicos y los cambios a través del tiempo.<sup>2-3</sup>

Aunque no hay un instrumento perfecto se han comparado múltiples encuestas y la más utilizada es la “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC), elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la cual ha sido probada en países como: Estados Unidos, Japón, Nueva Zelanda, España y América Latina<sup>2-4</sup> incluyendo a México donde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) la ha utilizado en diversas oportunidades.

Los trabajos realizados en México para medir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente se han efectuado en poblaciones diversas como: médicos pasantes del servicio social, médicos residentes y trabajadores de la salud (realizados por la CONAMED); y otros en personal de enfermería (Universidad de Tamaulipas y del Instituto Mexicano del Seguro Social). La suma, comparación y análisis de estos trabajos nos permitió contar con una aproximación general sobre la Percepción de Cultura de Seguridad del Paciente en los hospitales manifestadas por distintas poblaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud en México.

El objetivo de la realización de este estudio es que mediante la comparación de percepciones de los diferentes trabajadores de la salud se detectaran áreas de oportunidad bajo ópticas diferentes. Como objetivos específicos se plantearon detectar la percepción que tienen diferentes actores en la prestación de servicio de salud en nuestro país respecto a la Cultura de la Seguridad del Paciente, difundir el uso de la encuesta (HSOPSC) como un método útil sensible a la detección de oportunidades de mejora, incidir en la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales que participan en la formación de recursos humanos y proponer estrategias de mejora continua aplicables a los resultados de la Encuesta comunes en esta revisión.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda en bases de datos especializadas en medicina como Pubmed, Cochrane Library, National Center for Biotechnology Information (NCBI) de la National Library of Medicine, Medline, MEDES, y Promedicum, donde las palabras clave de búsqueda en inglés y en español fueron: “Cultura de seguridad del paciente en México, HSOPSC, Seguridad del Paciente, Patient safety culture, Patient Safety”; a lo que se sumaron consultas en libros y presentaciones de instituciones y personas interesadas en el tema en los últimos quince años, los artículos seleccionados fueron cuatro trabajos publicados en revistas electrónicas y uno más en un libro editado por la Academia Mexicana de Cirugía con motivo del LXXX aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía, que se enlistan:

- “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud” (Fajardo-Dolci, 2010).
- “Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social” (Pérez Castro y Vázquez, 2012).
- “Percepción de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes por Personal de Enfermería” (Castañeda-Hidalgo, 2013).
- “Medición de la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente” (Cote-Estrada, 2013).
- “Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México” (Hamui-Sutton, 2015).

El requisito de inclusión de los artículos es que se hubiesen realizado en México, que hubiesen usado la HSOPSC y que se contara con el alfa de Cronbach, (método de comparación), para este fin se contactó con

los autores quienes proporcionaron las bases de datos (estudios 3 y 4) vía correo electrónico los datos complementarios a fin de lograr homogeneizar la información y efectuar análisis de grupo y comparativo de los resultados.

Se excluyeron aquellos que no utilizaron la encuesta HSOPSC, aquellos que no contaran con el alfa de Cronbach y que no atendieron a nuestra invitación para homogeneizar los datos.

Una vez terminada la compilación de la información se analizaron las siguientes variables que dividimos en dos grupos: las demográficas y las de la encuesta propiamente dicha; de las demográficas se incluyó: tamaño de la muestra, tipo de personal que participó, instituciones participantes, horas de trabajo y forma de aplicación de la encuesta. De las variables de la encuesta se tomaron: las doce dimensiones, el alfa de Cronbach, las fortalezas y debilidades, la percepción del grado de seguridad del paciente, porcentaje de conocimiento previo del concepto de seguridad del paciente, frecuencia de reporte de eventos adversos y comparaciones entre las conclusiones y recomendaciones.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, determinación de puntuaciones y porcentajes para los diferentes reactivos como para las sub-escalas, donde los valores más altos reflejan mayor positividad para la cultura. En los reactivos inversos se realizó la conversión necesaria.

Se realizaron las alfas de Cronbach, mediante el programa SPSS versión 18, para las diferentes dimensiones con el fin de comparar los valores con los obtenidos por la AHRQ, así como con otros estudios que han utilizado el mismo instrumento.<sup>13</sup>

Los cinco trabajos realizados en México siguieron la recomendación de la AHRQ que propuso lineamientos para analizar el cuestionario reorganizando las preguntas en doce dimensiones, que se enuncian, definen y describen sus alcances:

**1. Trabajo en Equipo dentro de la Unidad/ Servicio:** Nos habla del apoyo que existe entre el personal y si colaboran entre sí cuando aumenta la carga de trabajo.

**2. Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad:** Se incluyen en esta dimensión cuatro preguntas que representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores.

**3. Aprendizaje organizacional y mejora continua:** Esta dimensión incluye tres preguntas sobre la actitud proactiva del personal en relación a la seguridad

del paciente; qué medidas toman para evitar que un fallo ocurra de nuevo, cómo se evalúan los cambios implementados y qué tan eficaces fueron.

**4. Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente:** Se refiere a qué tanto participa la gerencia en la preservación de la seguridad del paciente, cuán prioritario es para ellos y si están interesados en todo momento o únicamente cuando ha ocurrido un evento adverso.

**5. Percepción de seguridad:** Se encarga de medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la Seguridad del Paciente; incluye ritmo de trabajo, medios para evitar errores y se establece si existe o no algún problema con la Seguridad del Paciente en dicha unidad.

**6. Realimentación y comunicación sobre los errores:** Describe si los errores ocurridos son informados, retroalimentados y discutidos para evitar que vuelvan a ocurrir.

**7. Franqueza en la comunicación:** Se refiere a la relación que existe entre el personal, si se habla con libertad de cuestiones que podrían afectar al paciente y qué tan posible es cuestionar sobre acciones incorrectas.

**8. Frecuencia de reporte de eventos:** Esta dimensión incluye tres preguntas que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos

**9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios:** Describe la relación entre diferentes unidades; la cooperación, coordinación y comodidad al tener que trabajar con personal de otro servicio.

**10. Suficiencia de personal:** Se refiere a la carga de trabajo, cómo se afecta la calidad de atención por la falta de personal y qué tan presionados trabajan para cumplir las tareas.

**11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:** Se incluye pérdida de información y problemas en la atención a los pacientes.

**12. Respuesta no punitiva a los errores:** Esta dimensión se refiere a las consecuencias que existen al reportar un error, se cuestiona sobre si el error es utilizado en contra de quien lo cometió y si es más importante encontrar al culpable o enfocarse en por qué se dio el fallo. En particular esta dimensión será de gran interés a lo largo de nuestro trabajo.

Una vez determinadas las dimensiones de cada estudio utilizando el alfa de Cronbach, se identificaron las fortalezas y las áreas de oportunidad, para cada trabajo y para los cinco analizados, en el conocimiento de que dicha variable permite determinar el nivel de congruencia interna en las respuestas proporcionadas en de cada uno de los estudios motivo del análisis que a su vez da forma al análisis en las dimensiones señaladas.

Los valores obtenidos por debajo de 7.0, merecen especial atención al ser este el valor recomendado como mínimo para ser considerada confiable la dimensión en su conjunto.

Es importante destacar que la fiabilidad o confiabilidad de la encuesta, la cual es definida como la probabilidad de que un sistema cumpla su función bajo ciertas condiciones en un tiempo determinado<sup>8</sup>, el Alfa de Cronbach es un coeficiente que nos ayuda a medir dicha fiabilidad, por esta razón la comparación se hace en base a este instrumento estadístico (alfa de Cronbach) que obtuvieron los cinco estudios en las doce dimensiones para así comprobar que sus resultados son confiables y validados.

## RESULTADOS

**1. Demográficos:** El primer estudio utilizando la encuesta HSOPSC realizada en México fue aplicado

en el Simposio CONAMED 2009 de manera presencial a los 300 asistentes de los cuales fueron 174 útiles (58% de efectividad de respuesta), Figura 1, por tener contacto directo con los pacientes. Se diferenció la muestra según especialidad: medicina interna 31 (18%), cirugía 13 (8%), rehabilitación 10 (6%); las horas de trabajo reportadas por semana en 84 encuestados (49%) fue de 40 a 59 horas y 56 (32%) de 20 a 39 horas. No se tomó en cuenta la Institución donde laboran, pero sí los años de antigüedad, 22 de ellos (13%) han trabajado 21 años o más, 34 (20%) de 6 a 10 años, 66 (38%) un período de 1 a 5 años y 14 encuestados (8%) han trabajado menos de un año, en este estudio no se incluyeron médicos en formación.

En 2013 la CONAMED aplicó por segunda ocasión la encuesta a Médicos Pasantes en Servicio Social (Trabajo 2), evocando su experiencia sobre Cultura de Seguridad del Paciente durante el Internado de Pregrado (exploración de vivencias pasadas), en esta ocasión la encuesta fue enviada por correo electrónico, permaneció en la red durante 30 días. El total de médicos pasantes encuestados fue de 832 contestaron 327 (39% de efectividad de respuesta). Figura 1. El rango de edad encontrado fue de 24 a 27 años, el género femenino predominó con un 60%. De los encuestados, el 37% realizaron su Internado Médico en el IMSS, 36% en hospitales de la Secretaría de Salud (SS), 17% en

hospitales privados y el 5% restantes en hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las instituciones de procedencia fueron la UNAM con 64%, Universidad Anáhuac con 21% y Universidad La Salle (ULSA) con 13%. En relación a las horas de trabajo el 97% laboró más de 100 h a la semana. La modalidad de Servicio Social en la que se encontraron los médicos pasantes fueron rural 34%, urbano 23%, programas universitarios 20%, vinculación 18% y 5% en investigación.

El tercero se aplicó a personal de enfermería en 2013 en el Hospital General de Salud "Dr. Carlos Canseco" de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en la ciudad de Tampico, Tamaulipas; donde se encuestaron de manera presencial a 472 enfermeras obteniendo 195 cuestionarios útiles. (41% de efectividad de respuesta) Figura 1. De acuerdo al turno, los resultados fueron: matutino 41 (21%), vespertino 35 (18%), nocturno 61 (31%) y jornada acumulada 58 (30%). Según su grado de estudio la muestra estudiada comprendió: Licenciadas en enfermería 68 (35%), enfermeras generales 55 (28%), enfermeras especialistas 53 (27%) y auxiliares de enfermería 19 (10%). En cuanto a la antigüedad, 67 enfermeras (34%) tenían más de 30 años y 57 (29%) menos de 30 años, del resto (37%) no se identificó. El 100% trabaja más de 40 h a la semana. Los servicios donde laboran son: Pediatría 42 (22%), Medicina Interna 34 (17%), Urgencias 29 (15%), Ginecología y Obstetricia 24 (12%), Cirugía General 20 (10%), UCI 15 (8%), Hemodiálisis 6 (3%), Oncología 4 (2%), Servicios Restantes (11%).

El cuarto trabajo analizado fue realizado en el IMSS en el 2013, se aplicó la encuesta HSOPSC en una plataforma de Intranet institucional con respuestas de carácter voluntario dirigida al Equipo de Salud responsable de atención directa a pacientes la cual respondieron 3,207 trabajadores correspondiendo 2,377 a personal de enfermería y que fue el enfoque del estudio, 2,282 (96%) labora en hospitales de segundo nivel de atención y 95 (4%) en hospitales de tercer nivel de atención, los turnos laborales de la población encuestada corresponden a: turno matutino 38%, turno vespertino 29%, turno nocturno 32% y el resto en la jornada acumulada (fines de semana), los servicios asignados a los encuestados son: Medicina Interna 19%, Cirugía 17%, Urgencias 16%, Ginecología y Obstetricia 14%, Resto de Servicios el 34%. Los estados con mayor participación fueron: Jalisco 24%, Coahuila 17%, Puebla 13% y Querétaro 11% y el resto de la República 35% de la población sujeta al análisis respectivamente.

El quinto estudio fue realizado por la CONAMED en 2014 en colaboración con la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM,

dirigido a Médicos Residentes de especialidades en diversas Instituciones del país (IMSS, ISSSTE, SS, Privados y Petróleos Mexicanos (PEMEX)), la encuesta se aplicó en línea a través de un hipervínculo personalizado a 8,354 médicos residentes, obteniendo una muestra de 2,500 respuestas útiles (efectividad de la respuesta 30%) Figura 1; la edad de los encuestados fue: menores de 27 años 402 (16%), entre 27 y 30 años 1,590 (63%), de 31 a 34 años 440 (18%), mayores de 35 años 68 (3%). Según el año de residencia: corresponde a primer año 639 (26%), segundo año: 566 (23%), tercer año: 626 (25%), cuarto año: 379 (15%) y cinco o más: 290 (12%). También se realizó una división por bloques según especialidad, el Bloque I para Especialidades Quirúrgicas con 674 encuestados (27%), el Bloque II Especialidades Médicas con 1,213 encuestados (49%), Bloque III Salud Pública y Estadística con 302 encuestados (12%), Bloque IV Auxiliares diagnósticos con 311 encuestados (13%). Según la institución donde laboran: SS: 2,056 (42%), IMSS: 725 (29%), Privada: 246 (10%),

ISSSTE: 233 (9%), SS-DF: 109 (5%), PEMEX: 106 (4%), Otros: 25 (1%). El 5% labora menos de 39 horas a la semana, 45% labora de 40 a 79 horas a la semana y la población restante (el 50%) labora más de 80 horas a la semana. Cuadro 1.

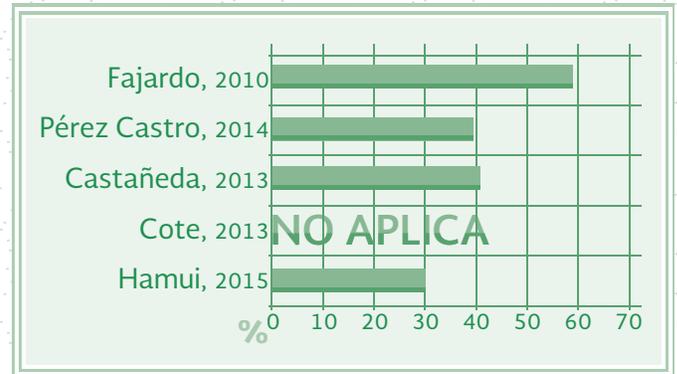


Figura 1. Comparación de Efectividad de Respuesta a la aplicación de la encuesta.

	(Fajardo Dolci & Rodríguez Suárez, 2010)	(Pérez-Castro y Vázquez & Jaramillo Esparza, 2014)	(Castañeda Hidalgo & Garza Hernández, 2013)	(Cote Estrada & Gutiérrez Dorantes, 2013)	(Hamui Sutton & Pérez-Castro y Vázquez, 2015)
Lugar	México, Simposio CONAMED	México, (IMSS, ISSSTE, SS, Privados, PEMEX)	Hospital General de Salud "Dr. Carlos Canseco" Tampico, Tamaulipas, México	México, IMSS	México (IMSS, ISSSTE, SS, Privados, PEMEX)
Población	Personal de Salud en General	Pasantes de Medicina	Enfermeras	Enfermeras	Residentes de Especialidades Médicas
Sistema de aplicación de la encuesta	Entrevista directa	En línea	Entrevista Directa	Plataforma Intranet	En línea
Características generales de la población encuestada	Especialidad: - Medicina interna 31 (18%) - Cirugía 13 (8%) - Rehabilitación 10 (6%)	Edad: 24-27 años Institución donde realizó el Internado de pregrado: - IMSS 37% - SSA 36% - Privado 17% - ISSSTE 5%	Edad: 48-58 años Turno laboral: - Matutino 41 (21%) - Vespertino 35 (18%) - Nocturno 61 (31.3%) - Jornada acumulada 58 (29.7%)	Trabajadores: - Enfermería 96% - Otros profesionales 4% Turno laboral: - Matutino 38% - Vespertino 29% - Nocturno 32% - Jornada Acumulada 1%	Edad 23-53 años 27-30 años (64%) Especialidad por Bloque: - I: 674 (27%) - II: 1213 (49%) - III: 302 (12%) - IV: 311 (13%) Institución: - SS: 2056 (42%) - IMSS: 725 (29%) - Privada: 246 (10%) - ISSSTE: 233 (9%) - SS-DF: 109 (5%) - PEMEX: 106 (4%) - Otros: 25 (1%)
Horas de trabajo a la semana	- Menos de 40h 32% - Más de 40h 49%	- Menos de 40h 3% - Más de 40h 97%	- Más de 40h 100%	No se obtuvo el dato	- Menos de 40h 5% - Más de 40h 95%

Cuadro 1. Comparación de los datos demográficos de los trabajos analizados.

**2. Del contenido de la encuesta:** Los trabajos analizados obtuvieron un alfa de Cronbach mayor a 0.7 que se traduce como una fiabilidad aceptable en la mayoría de las dimensiones, destacando con índices de menor confiabilidad en todos los trabajos la dimensión 10 que se refiere a la suficiencia de personal (0.29) y la dimensión 5 referida a percepción de seguridad (0.41).

Por otro lado las dimensiones (8 y 10) reporte de eventos adversos y trabajo en equipo se calificaron con el mayor índice de fiabilidad con 0.88 y 0.71 respectivamente. Cuadro 2.

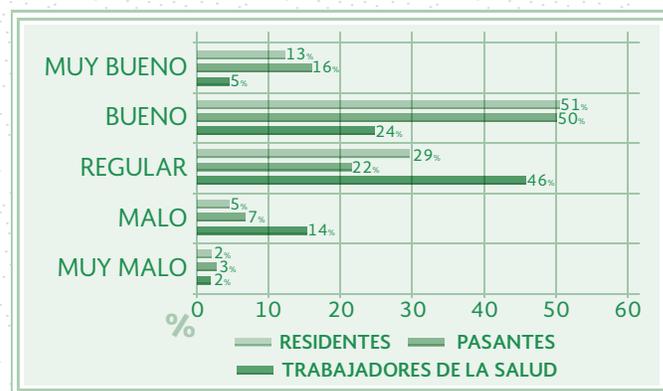
Dimensión	T1	T2	T3	T4	T5	Promedio
1. Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	0.78	0.80	0.75	0.81	0.78	0.78
2. Expectativas y acciones de la dirección /supervisión de la unidad/servicio que promueven la seguridad	0.84	0.78	0.67	0.73	0.77	0.76
3. Aprendizaje organizacional y mejora continua	0.79	0.70	0.64	0.79	0.53	0.69
4. Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente	0.62	0.73	0.63	0.71	0.62	0.66
5. Percepción de seguridad	0.35	0.51	0.34	0.46	0.43	0.41
6. Realimentación y comunicación sobre los errores	0.81	0.84	0.70	0.76	0.81	0.78
7. Franqueza en la comunicación	0.71	0.73	0.70	0.46	0.75	0.67
8. Frecuencia de reporte de eventos	0.90	0.88	0.82	0.88	0.90	0.88
9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	0.65	0.78	0.76	0.64	0.74	0.71
10. Suficiencia de personal	0.12	0.33	0.33	0.32	0.33	0.29
11. Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.71	0.85	0.67	0.80	0.82	0.77
12. Respuesta no punitiva a los errores	0.55	0.63	0.65	0.73	0.63	0.64

T1: (Fajardo Dolci & Rodríguez Suárez, 2010). T2: (Pérez-Castro y Vázquez & Jaramillo Esparza, 2014). T3: (Castañeda Hidalgo & Garza Hernández, 2013). T4: (Cote Estrada & Gutiérrez Dorantes, 2013). T5: (Hamui Sutton & Pérez-Castro y Vázquez, 2015)

**Cuadro 2. Comparación de alfa de Cronbach por dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en los cinco trabajos sujetos de estudio.**

Con fines de comparación, se analizaron aspectos que a juicio de los autores se consideran destacados en los diversos contenidos explorados por la encuesta a saber: percepción global de seguridad del paciente, fortalezas, debilidades y frecuencia de reporte de eventos.

También se analizó y comparó la pregunta: “Asigne un Grado a la Seguridad del Paciente”, que fue solicitado sólo en tres de los trabajos analizados: Trabajadores de la Salud, Médicos Pasantes y Médicos Residentes. Las calificaciones significativas obtenidas en estos trabajos fueron “buenas” para los residentes e internos (51 y 50 %), lo que contrasta con la visión de los trabajadores de la salud quienes lo califican como “regular” (46%) como se aprecia en la Figura 2, con el objeto de hacer más objetivos los datos obtenidos y significativos, las calificaciones fueron agrupadas en 5 grados de seguridad del paciente a saber: muy bueno, bueno, regular, malo y muy mal (dos puntos para cada uno de las acepciones).



**Figura 2. Comparación del Grado de Seguridad del Paciente en Trabajadores de la Salud, Médicos Pasantes del Servicio Social y Médicos Residentes.**

Por otro lado en lo que se refiere a la Percepción Global de Seguridad del Paciente los resultados de la encuesta en Trabajadores de la Salud fue de 5.1 (en una escala de 1 al 10). Las fortalezas en este trabajo fueron “Aprendizaje Organizacional y Mejora continua” y la debilidad principal fue “Respuesta no punitiva a Errores”. El otro parámetro revisado referente a “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 47% para 0 eventos, 26% de 1-2 eventos, 10% de 3-5 eventos, 4% de 6-10 eventos, 5% de 11-20 eventos y el 8% no contestó.<sup>14</sup>

En el artículo de los Médicos Pasantes del Servicio Social (Pérez-Castro y Vázquez & Jaramillo Esparza, 2014), la Percepción Global de la Seguridad del Paciente fue de 6.8. El 87% de la población encuestada conocía el concepto de seguridad del paciente. La principal fortaleza es “Trabajo en equipo” y la principal debilidad es la “Dotación de Personal”. La “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 46% para 0 eventos, 36% de 1 a 2 eventos, 14% de 3 a 5 eventos y 4% para 6 o más eventos.<sup>15</sup>

En el trabajo realizado enfermeras en la ciudad de Tampico, Tamaulipas (Castañeda Hidalgo & Garza Hernández, 2013), la Percepción Global de Seguridad del Paciente fue de 7.4. Las fortalezas detectadas fueron: “Trabajo en equipo” y “Aprendizaje Organizacional y Mejora continua”. Las debilidades fueron: “Dotación de personal” y “Respuesta no Punitiva a Errores”. La “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 81% para 0 eventos, 9% para 1 evento, 7% para 2 eventos, 1% para 3 eventos, 2% para 5 eventos.<sup>16</sup>

En cuanto a los resultados de Enfermería del IMSS, (Cote Estrada & Gutiérrez Dorantes, 2013), la Percepción Global de la Seguridad del Paciente fue de 4.7. Las fortalezas principales fueron: “Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua” y “Trabajo en equipo”, las debilidades fueron: “Dotación de Personal” y “Apertura a la Comunicación”. La “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 67% para 0 eventos, 20%

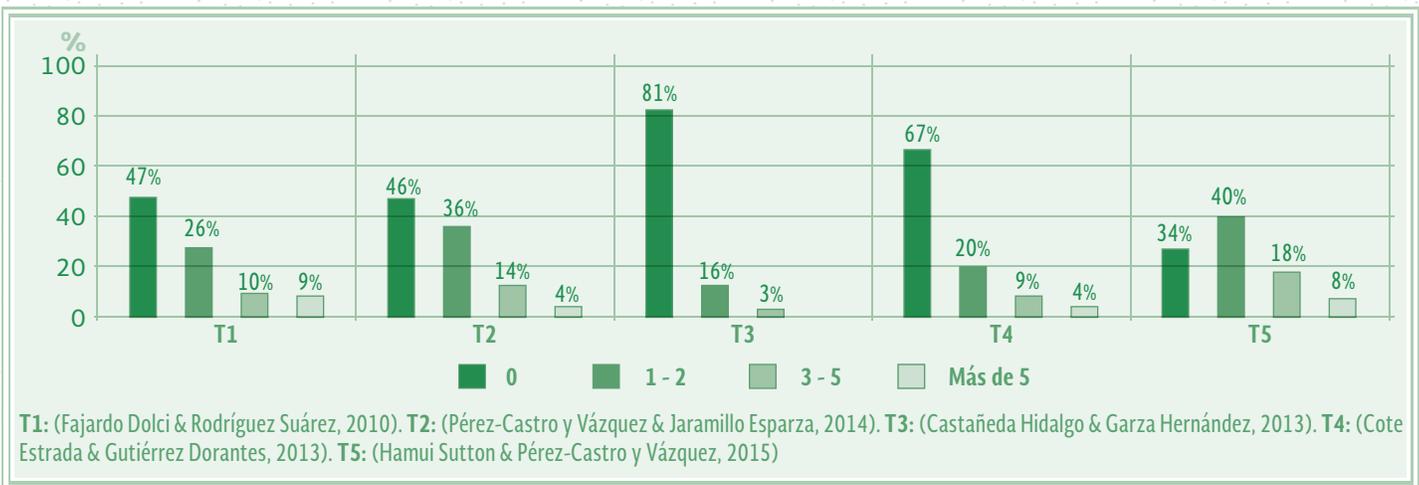
de 1 a 2 eventos, 9% de 3 a 5 eventos, 2% de 6 a 10 eventos, 1% de 11 o más eventos y de 1% para 22 o más eventos.<sup>17</sup>

En el artículo de Médicos Residentes, (Hamui Sutton & Pérez-Castro y Vázquez, 2015), la Percepción Global de Seguridad del Paciente fue de 6.9. El 93% conocía previamente el concepto de Seguridad del Paciente. Las fortalezas de este estudio fueron: “Trabajo en equipo” y “Aprendizaje Organizacional y Mejora continua”, las debilidades fueron: “Franqueza en la comunicación”, “Dotación de Personal” y “Respuesta No Punitiva a Errores”. La “Frecuencia de Reporte de Eventos Adversos” fue de 0 en 34%, de 1 a 2 en el 40%, 3 a 5 en 18%, 6 a 10 eventos 6%, más de 11 el 1% y más de 21 eventos el 1%.<sup>18</sup> Los resultados se muestran en la CUADRO 3 para el grado de seguridad del paciente y las fortalezas y debilidades; en la Figura 3 la comparación de la frecuencia de reporte de eventos adversos.

Categorías	Percepción del grado de seguridad del paciente	Fortalezas y Debilidades
T1	4.9	<b>Fortalezas:</b> Aprendizaje Organizacional y Mejora continua. <b>Debilidades:</b> Respuesta no punitiva a errores.
T2	6.8	<b>Fortalezas:</b> Trabajo en equipo. <b>Debilidades:</b> Dotación de personal.
T3	7.4	<b>Fortalezas:</b> Trabajo en equipo. Aprendizaje Organizacional y Mejora continua. <b>Debilidades:</b> Dotación de personal. Respuesta no punitiva a errores.
T4	4.7	<b>Fortalezas:</b> Aprendizaje Organizacional y Mejora continua. Trabajo en equipo. <b>Debilidades:</b> Dotación de Personal. Apertura a la Comunicación.
T5	6.9	<b>Fortalezas:</b> Trabajo en equipo. Aprendizaje Organizacional y Mejora continua. <b>Debilidades:</b> Franqueza en la comunicación. Dotación de Personal. Respuesta no punitiva a errores.

T1: (Fajardo Dolci & Rodríguez Suárez, 2010). T2: (Pérez-Castro y Vázquez & Jaramillo Esparza, 2014). T3: (Castañeda Hidalgo & Garza Hernández, 2013). T4: (Cote Estrada & Gutiérrez Dorantes, 2013). T5: (Hamui Sutton & Pérez-Castro y Vázquez, 2015)

Cuadro 3. Comparación de percepción de grado de seguridad del paciente, fortalezas y debilidades.



T1: (Fajardo Dolci & Rodríguez Suárez, 2010). T2: (Pérez-Castro y Vázquez & Jaramillo Esparza, 2014). T3: (Castañeda Hidalgo & Garza Hernández, 2013). T4: (Cote Estrada & Gutiérrez Dorantes, 2013). T5: (Hamui Sutton & Pérez-Castro y Vázquez, 2015)

Figura 3. Comparación de Frecuencia (%) de Reporte de Eventos Adversos.

## DISCUSIÓN

Es sin duda significativo el hecho de que diversas instituciones utilicen esta encuesta como método diagnóstico para conocer el grado de seguridad del paciente que los trabajadores de la salud dan a la institución donde trabajan. De la misma manera el elevado índice de respuesta entre el 30 y el 58% a las encuestas aplicadas con carácter de voluntario, permite apreciar el interés y la vigencia que se tiene en este tan importante tema.

Dentro de los datos seleccionados como de mayor peso se determinó en forma arbitraria comparar las horas laborales como factor relacionado con la seguridad del paciente sobre todo por los médicos que están en formación y que permanecen durante largas jornadas dentro de los hospitales recayendo, en muchas ocasiones la responsabilidad en ellos y que en esta exploración se confirma estancias mayores a 100 horas a la semana situación que no deja de ser preocupante por los riesgos a los que se sujeta al paciente y al profesional en formación en un sistema que tiene en muchas ocasiones al residente como fuerza de trabajo en áreas además de gran demanda.

Otra de las dimensiones revisadas fue la relativa al reporte de los eventos adversos que no deja de ser contradictoria como ya se comentó en los resultados, donde aun conociendo la importancia que esto tiene, y el involucramiento de las autoridades del hospital en la soluciones a las causas raíz aún persiste un número importante de encuestados que omite efectuar los reportes por temor a represalias o simplemente no lo consideran como una opción y por el otro lado no deja de ser alarmante el grupo, aunque pequeño, que reportó más de 20 eventos adversos durante el año, es sin duda un tema que amerita una aproximación mayor no solo en la identificación de los eventos adversos sino a la sensibilidad del trabajador de la salud para que se efectuó el reporte de los mismos, es decir es aún un tema inacabado y por algunos hasta cuestionado en su utilidad.

En los cinco trabajos revisados se comparten las fortalezas “Trabajo en Equipo” en 4 ocasiones al igual que “Aprendizaje Organizacional y Mejora Continua”; lo que permite suponer que los encuestados comparten políticas y actitudes institucionales claras y precisas relacionadas con la seguridad del paciente y a la forma de afrontar un error, de acuerdo a los patrones señalados por Jesús Saturno<sup>1</sup>, de donde se deduce que el personal de salud representado en las encuestas (médicos adscritos, residentes, pasantes y enfermeras), tienen una actitud proactiva al estar interesados en evitar que un error vuelva a ocurrir, además de que toman

acciones para evitarlo e incluso evalúan si las medidas impuestas están funcionando; paradójicamente llama la atención que siendo una fortaleza en 4 de los 5 trabajos al cruzar la información y relacionarla con el grado de seguridad percibido en promedio de los cinco estudios es de 6, y más aún cuando la calificación más baja se presentó en los grupos de trabajadores de la salud y del personal de enfermería del IMSS al considerar a su sitio laboral con calificaciones por debajo de 5.

También el “Trabajo en Equipo en la Unidad/Servicio” fue considerada una fortaleza en 4 de los 5 estudios, aunque cabe aclarar que es dentro del servicio donde están el mayor tiempo ya que al preguntar la relación con otros Servicios se obtuvieron menos respuestas positivas, lo que traduce que cuando un paciente se involucra en dos o más servicios su seguridad está en mayor riesgo que si sólo estuviera ubicado dentro de un solo servicio.

La debilidad presentada en 4 de 5 estudios fue la “Suficiencia de Personal”, automáticamente nos llevaría a pensar que hacen falta más trabajadores, aunque al revisar esta dimensión, además de que es la que menor fiabilidad tiene de las 12 dimensiones coincidentemente en los 5 estudios, al desglosarla en cada una de las preguntas que integran dicha dimensión permite contar con más elementos para emitir un juicio, lo que se hace como ejemplo con dos de los estudios realizados por la CONAMED como un ejercicio para mejor comprensión de los alcances de la encuesta, según recomiendan Saturno (Jesús Saturno, 2009) y Sorra (Sorra & Nieva, 2003) en sus trabajos.

En este análisis notamos que las respuestas entre pasantes y residentes están alineadas y coinciden a excepción de la pregunta A12 (siglas que corresponde a la sección de ubicación de la pregunta en la encuesta aplicada), ¿Tenemos más personal eventual (08) del que es conveniente para el cuidado del paciente?; en el trabajo de residentes AAT\_p7 ¿Utilizamos más personal temporal o eventual, para atender mejor al paciente? El 51% de los médicos pasantes respondieron que están de acuerdo con que cuentan con más personal eventual del que es conveniente para el paciente; por otra parte el 41% de médicos residentes está en desacuerdo en utilizar más personal eventual para atender mejor al paciente. Por lo que concluimos que ambas poblaciones coinciden con que se tiene más personal temporal del conveniente y que no se atiende mejor al paciente, por ende se arriesga la Seguridad del Paciente. Ambas poblaciones coinciden en que no tienen suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo; están de acuerdo en que las extensas jornadas afectan la atención a los pacientes y ambos grupos opinan que trabajan bajo presión debiendo intentar hacer muchas labores rápidamente.

<sup>1</sup> (Jesús Saturno, 2009)

Pregunta	⊗		ⓘ		⊖		⊕	
	P	R	P	R	P	R	P	R
Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo <b>A2</b>	27		41		23		9	
Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo <b>AAT_p2</b>		19	38		28		15	
El personal en esta unidad trabaja más tiempo por turno de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente <b>A11</b>	9		37		44		10	
El personal de esta área trabaja jornadas extensas, que se reflejan en la atención al paciente <b>AAT_p5</b>	6		20		40		34	
Tenemos más personal eventual (08) del que es conveniente para el cuidado del paciente <b>A12</b>	6		25		51		18	
Utilizamos más personal temporal o eventual, para atender mejor al paciente <b>AAT_p7</b>		24	41		25		10	
Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente <b>A16</b>	5		18		51		26	
Habitualmente trabajamos bajo presión, tratando de hacer todo bien y rápido <b>AAT_p14</b>	6		20		39		35	

⊗ Total Desacuerdo ⓘ Desacuerdo ⊖ Acuerdo ⊕ Totalmente de Acuerdo P Pasantes R Residentes

**Cuadro 4.- Análisis pregunta a pregunta de la dimensión: Dotación de Personal.**

En este análisis notamos que las respuestas entre pasantes y residentes están alineadas y coinciden a excepción de la pregunta **A12** (siglas que corresponde a la sección de ubicación de la pregunta en la encuesta aplicada), ¿Tenemos más personal eventual (08) del que es conveniente para el cuidado del paciente?; en el trabajo de residentes **AAT\_p7** ¿Utilizamos más personal temporal o eventual, para atender mejor al paciente? El 51% de los médicos pasantes respondieron que están de acuerdo con que cuentan con más personal eventual del que es conveniente para el paciente; por otra parte el 41% de médicos residentes está en desacuerdo en utilizar más personal eventual para atender mejor al pa-

ciente. Por lo que concluimos que ambas poblaciones coinciden con que se tiene más personal temporal del conveniente y que no se atiende mejor al paciente, por ende se arriesga la Seguridad del Paciente. Ambas poblaciones coinciden en que no tienen suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo; están de acuerdo en que las extensas jornadas afectan la atención a los pacientes y ambos grupos opinan que trabajan bajo presión debiendo intentar hacer muchas labores rápidamente.

Otra de las debilidades presentada en 3 de los 5 estudios fue la dimensión “Respuesta no Punitiva a Errores” la cual presenta una baja fiabilidad, en promedio de 0.64, por lo que decidimos analizarla pregunta a pregunta.

Pregunta	⊗		ⓘ		⊖		⊕	
	P	R	P	R	P	R	P	R
El personal siente que sus errores son utilizados en su contra <b>A13</b>	11		30		50		9	
El personal siente que sus errores son utilizados en su contra <b>AAT_p8</b>		14	35		33		18	
Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema <b>A15</b>	17		38		34		11	
Cuando se informa de un incidente, pareciera que se está reportando a la persona y no el problema <b>AAT_p12</b>		10	27		38		25	
Los compañeros temen que los errores que cometen, queden en sus expedientes <b>A17</b>	13		41		38		8	
Al personal de esta área le preocupa que los errores cometidos se archiven en su expediente laboral <b>AAT_p16</b>	6		21		44		29	

⊗ Total Desacuerdo ⓘ Desacuerdo ⊖ Acuerdo ⊕ Totalmente de Acuerdo P Pasantes R Residentes

**CUADRO 5.- Análisis pregunta a pregunta de la dimensión: Respuesta No Punitiva a Errores.**

En la revisión de esta dimensión por preguntas se encontraron discrepancias en las respuestas de médicos pasantes y médicos residentes. En la pregunta **A13** y **AAT\_p8**, se cuestiona si el personal siente que sus errores son utilizados en su contra. La mitad de los pasantes encuestados consideran que sí, respecto a los residentes el 35% opina que los errores no se utilizan en su contra, pero el 33% manifiesta que sí. La pregunta **A15** y **AAT\_p12**, ¿Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema?, en esta pregunta encontramos otra diferencia de opinión; los médicos residentes opinan que sí se juzga a la persona y los médicos pasantes manifiestan que se juzga el problema. La pregunta **A17** y **AAT\_p16** se refiere a la preocupación de que los errores se archiven en sus expedientes, los médicos residentes manifiestan preocupación mientras que los médicos pasantes manifiestan que sus errores no son archivados en su expediente.

Esta variabilidad en las respuestas entre un grupo de estudio y otro puede deberse a la experiencia que ambos tengan, los médicos pasantes se muestran más positivos con respecto a los médicos residentes, quienes ya se encuentran más inmersos en la situación que se vive en los hospitales día con día, curiosamente a pesar de las coincidencias en el resto de las dimensiones, los residentes se muestran preocupados porque sus errores sean archivados y por ser juzgados, situación que puede afectar el número de eventos adversos notificados, quizás por ello prefieran no reportar eventos adversos y evitar ser castigados o juzgados por sus errores o los de sus compañeros. Visto de esta manera y en teoría la Cultura de Seguridad del Paciente puede ser difícil de conseguir y de mantener, al no contar con el conocimiento de qué y cuántos eventos se reportan, lo cual impide detectar las áreas de oportunidad para aumentarla y mejorarla, el caso es grave porque es en estos hospitales donde se forman los recursos humanos y donde potencialmente se siembran las buenas prácticas y por ende la seguridad del paciente; por esta razón resulta, desde nuestro punto de vista, considerar los resultados reportados e intervenir de inmediato.

Siendo ésta una encuesta de tipo mundial también las soluciones aplicadas y recomendadas por sus resultados por expertos donde destacan los multicitados Saturno y Sorra el primero en hospitales de España y el segundo en los Estados Unidos, tomando las fortalezas y debilidades identificadas, se sugieren las siguientes estrategias para mejorar el clima de seguridad en los hospitales incluidos en las encuestas:

1. Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.

2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. La buena percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser asimismo aprovechada.

3. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Ya que en este ámbito, es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.

4. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre unidades y servicios, debería por tanto desarrollarse una estrategia tendente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.

5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.<sup>4,19</sup>

En el caso en particular además de las estrategias propuestas debemos tener en cuenta el seguimiento de los encuestados, sobre todo los médicos residentes, quienes son sujetos de cambio y enseñanza de la Cultura de Seguridad del Paciente, por lo que sería conveniente aplicar nuevamente la encuesta con periodicidad de dos años y con ello evaluar el progreso o detectar los puntos débiles de los hospitales sedes de residencia de especialidad en México.

## Conclusiones

El uso de la encuesta HSOPSC, en diversos ámbitos permitió demostrar la posibilidad de aplicación de la misma con diversos alcances y con la posibilidad de dar opciones de solución a los problemas detectados con la misma.

Los índices de respuesta obtenidos son un indicador digno de tomarse en cuenta relacionado con el interés latente en la seguridad del paciente por diversos grupos de trabajadores de la salud.

Queda en las autoridades institucionales y hospitalarias darle seguimiento a los hallazgos obtenidos y en un futuro mediano informarlo para conocer de las herramientas utilizadas para la mejora y de las dificultades y resultados obtenidos con las mismas.

La posibilidad de comparar diversas instituciones, poblaciones y momentos dentro de un mismo estudio permite tener una aproximación, aunque general de la percepción de la seguridad del paciente que actualmente se tiene en el universo que comprende el estudio.

Sirva este intento como un estímulo para darle continuidad a la investigación y al fomento de la seguridad del paciente en México.

Los reportes de horas laboradas por los grupos de residentes y de internos son un dato esperado y en muchos casos señalado como factor de riesgo para la seguridad de la atención, situación que se repite en múltiples encuestas específicas para el tema elaboradas dentro y fuera del país, sin embargo destacó el reporte de enfermería con jornadas de más de 40 horas, situación que es un foco de atención digno de tomarse en cuenta como debilidad del sistema de salud.

Otra dimensión que ha sido señalada como un bastión de importancia para la seguridad del paciente es la relativa al reporte de eventos adversos, donde se encontró gran variabilidad en los resultados, siendo lo más importante y que no está incluida dentro de los alcances de la encuesta (considerada como el gran pendiente), es conocer del impacto del reporte, es decir qué pasó con ellos y cuáles fueron las decisiones tomadas con la información vertida y sus resultados.

Es la seguridad del paciente un tema de investigación con múltiples aristas al cual se siguen sumando posibilidades y circunstancias que la hacen más apasionante y compleja en su interpretación y alcances, de ahí que investigaciones como las incluidas en esta compilación acerca de la cultura de la seguridad del paciente en hospitales de México son una oportunidad para abrir nuevas vertientes dentro de este campo.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Archivos para la Seguridad del Paciente: OMS [Internet]. OMS: 2010-02-23 [acceso 2015-11-26]. Disponible en: <http://6dgas.wordpress.com/tag/seguridad-del-paciente/1252>
2. Health and Safety Executive. About HSE: Health and Safety Executive.[Internet]; 2006 [acceso 2015-11-26] Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/aboutus/meetings/iacs/nusac/031006/p16.pdf>
3. Watcher RM. Understanding Patient Safety. 2a ed. New York: McGraw-Hill; 2012. 477p
4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003 Dec; 12 suppl2:ii 17-23.
5. Blegen M, Gearhart S. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. J Patient Safety 2009 Sep; 5(3): 139-144.

6. Jackson J, Sarac C. Hospital safety climate surveys: measurement issues. Curr Opin Crit Care. 2010 Dec; 16(6): 632-8.
7. Dyert N, Sorra J. Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. BMC Health Services Research, 2010 Jul; 10:(199).
8. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente. [Internet]; 2008 [acceso 2015-11-26] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
9. Kuby P, Johnson R. Estadística elemental, lo esencial. México: Thompson; 2012.
10. Meterko M, Singer S. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. Health Serv Res. 2007 Oct; 42(5): 1999-2021.
11. Itoh K. Organizational culture for patient safety in Japanese Hospitals. En: Luczak H, Zink KJ. Human factors in organizational design and management. Santa Monica: IEA Press; 2003. p.35.
12. Helmreich R, Sexton J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BioMedCentral Health Service Research [Internet]; 2006. [acceso 2015-11-26]. 6: 44. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-644.pdf>
13. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir. 2010; 78:527-532.
14. Jaramillo-Esparza C, Pérez Castro y Vázquez JA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED 2014 Abr-Jun; 19(2): 52-8.
15. Castañeda-Hidalgo H, Garza-Hernández R. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Cienc. Enferm 2013; 3: 77-88.
16. Cote-Estrada L, Gutiérrez-Dorantes S. Medición de la percepción de la cultura de seguridad del Paciente. En: Cote-Estrada L, Tena-Tamayo C. Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente. México: Rústica; 2013.
17. Hamui-Sutton A, PérezCastro y Vázquez JA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. RevCONAMED. 2015 Abr-Jun; 20 (2): 54-63.
18. Jesús Saturno, P. Plan de Calidad: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved from Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]; 2009. [acceso 2015-11-26]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_S\\_P\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_S_P_ambito_hospitalario.pdf)

