

Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil

Safety culture in operating room professionals
from a mother and child care institution

Moisés Alfonso Bravo Gómez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6798-8696>

Ligia Betty Arboleda de Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8032-7887>

Diana Karina Arguello² <https://orcid.org/0000-0002-6692-1270>

Xiomara Becerra Moreno³ <https://orcid.org/0000-0002-0774-6767>

Milton Peñaranda Vega³ <https://orcid.org/0000-0002-2665-1456>

Dora Janette Oyola Naranjo³ <https://orcid.org/0000-0001-9023-1651>

Raquel Rivera Carvajal¹ <https://orcid.org/0000-0003-0666-9285>

¹Universidad de Santander, Facultad de Salud, Grupo de investigación EVEREST. Bucaramanga, Colombia.

²Universidad de Santander, Facultad Ciencias Sociales, Políticas y Humanidades, Grupo de investigación Violencia, Salud y Sociedad. Bucaramanga, Colombia.

³Clínica Materno Infantil San Luis. Bucaramanga-Colombia.

* Autor para la correspondencia: mo.bravo@mail.udes.edu.co

RESUMEN

Introducción: En los profesionales de la salud existe la necesidad de liderar la seguridad del paciente como política pública, la cual es un criterio de calidad al evaluar la cultura de seguridad en las instituciones de salud y de cada servicio que ofrece.

Objetivo: Valorar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Métodos: Estudio de tipo analítico y transversal en área de quirófanos de la clínica Materno Infantil San Luis, desde abril a julio del 2018. Se captaron las respuestas de la cultura de seguridad en 45 profesionales de salud a través del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety, versión en español. El análisis estadístico presenta proporciones, medidas de tendencia central, dispersión y rango intercuartílico. Para identificar las diferencias entre los grupos se utilizaron las pruebas: Exacta de Fisher, Anova y Kruskal Wallis. Los análisis se realizaron en el programa STATA 12 (StataCorp College Station, TX, EE. UU.).

Resultados: Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de profesionales en cuanto al sexo ($p = 0,002$), formación académica ($p = 0,042$) y trabajar en otra institución ($p = 0,022$). El 50 % de los profesionales encuestados calificaron la seguridad del paciente en su servicio con una nota entre 8 y 9.

Conclusiones: En la valoración de la cultura de seguridad se logró identificar como fortaleza las dimensiones de aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente; quirófanos; rol profesional.

ABSTRACT

Introduction: There is a need for health professionals to lead patient safety as a public policy, which is a quality criterion to evaluate the safety culture in health institutions and in each service they offer.

Objective: To assess the dimensions of culture about patient safety.

Methods: Analytical and cross-sectional study carried in the operating room area of San Luis Maternal and Child Clinic, from April to July 2018. The responses about safety culture were taken from 45 health professionals through the Hospital Survey on Patient Safety questionnaire, Spanish version. The statistical analysis presents proportions, measures of central tendency, dispersion and interquartile range. To identify the differences between the groups, the following tests were used: exact Fisher's test, Anova test, and Kruskal Wallis test. The analyzes were performed in the STATA 12 program (StataCorp College Station, TX, USA).

Results: There are statistically significant differences between the groups of professionals regarding sex ($p= 0.002$), academic training ($p= 0.042$) and work in another institution ($p= 0.022$). 50% of the respondents rated patient safety in their service with a score between 8 and 9.

Conclusions: In assessing safety culture, some dimensions were identified as strengths, such as organizational learning/continuous improvement, teamwork within the unit/service, and support of the hospital management to patient safety.

Keywords: patient safety; operating room; professional role.

Recibido: 26/04/2019

Aceptado: 24/09/2019

Introducción

A nivel mundial se viene planteando la necesidad de que los profesionales de la salud sean líderes, críticos y reflexivos, que puedan comprender los significados de la realidad presente para poder vislumbrar un futuro mejor al proponer soluciones a los problemas cotidianos de cada una de las disciplinas. Esta comprensión de la realidad es cada vez más compleja en una sociedad globalizada y mercantilista, donde múltiples factores pueden afectar una atención segura en salud. En referencia a esta atención, la propia Organización Mundial de la Salud dice que en los países desarrollados, puede que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufra un daño resultado de la prestación del servicio, y en países como Colombia, subdesarrollado, tal vez sea mayor.⁽¹⁾

Adicionalmente, el informe de Instituto de Medicina de Estados Unidos al publicar *To err is human*, concluyó que existen muchos más errores en el ámbito clínico de los que pensaban y muchos de ellos en el proceso quirúrgico, igualmente el Ministerio de Salud y Protección

Social de Colombia logró identificar como unos de los principales errores que se cometen en las instituciones de salud, la cirugía en lugar equivocado y fallas en la administración de medicamentos.^(2,3)

De otra parte, los costos de la no calidad en procedimientos quirúrgicos seguros son altos, ante lo cual afirma *Collazos* al citar a la OMS:

Asumiendo una tasa de evento adverso peri-operatorio de 3 % y una tasa de muerte de 0,5 %, cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos pueden sufrir complicaciones importantes cada año, un millón de los cuales pueden morir durante o inmediatamente después de la cirugía. La seguridad en cirugía surge entonces como un asunto importante para la salud pública global.⁽⁴⁾

En consecuencia, a estos antecedentes y muchos más, la seguridad del paciente se concibe como un reto mundial. Por ello se creó una Alianza Mundial para la seguridad del paciente en octubre del 2004, y en el 2008 lanza su programa Cirugía Segura Salva Vidas, apoyado por la OMS, la cual busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y disminuir la morbimortalidad de los pacientes desde una visión interdisciplinar y de trabajo en equipo afirmando: “Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación”.⁽⁵⁾

Con base en lo anterior, la cultura de seguridad está inmersa dentro de los servicios de salud como actividad compleja, afectando a las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS y constituyéndose como un concepto integrador y dinamizador de la política de seguridad, su visión, su filosofía y estrategias. Estos elementos son los que permiten el monitoreo y manejo de los riesgos, así como el seguimiento continuo del aprendizaje organizacional sobre el evento adverso.

Por tal razón, al referirse al concepto de cultura de seguridad, se entiende como parte y fusión de la cultura organizacional, la cual debe ser generadora de políticas de seguridad, donde el nivel directivo es responsable de los modelos de atención segura de nuestras organizaciones y es en estos modelos donde se deben ver reflejadas todas las acciones de seguridad y de excelencia que garantizan la verificación sistemática de coherencia entre las

políticas, la cultura organizacional y los hábitos en la atención.⁽⁶⁾ Como lo afirma *Portocarrero*,⁽⁷⁾ al referir la urgencia de establecer la seguridad del paciente como estrategia prioritaria, y dentro de ella lo primero es construir entre todos los colaboradores (personal gerencial, administrativos, empleados, proveedores, etc.) una cultura de seguridad donde el liderazgo de los profesionales de la salud es imprescindible para alcanzar la calidad en la prestación del servicio.

Para contribuir con esta calidad en la prestación de los servicios es importante valorar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente identificando fortalezas y oportunidades de mejora, pretendiendo acercarse a la percepción de la problemática en la aplicación de la política de seguridad de las instituciones de salud y en especial a las dedicadas al grupo materno infantil. Esta meta trae consigo el conocimiento de las características sociodemográficas, factores laborales y discusión de la cultura de seguridad con otros estudios a nivel internacional, nacional y local.

Métodos

El presente estudio es cuantitativo, no experimental, de tipo analítico y corte transversal; realizado en el área de quirófanos de la clínica Materno Infantil San Luis. Se recolectaron los datos entre abril y julio del año 2018. La población estuvo conformada por 45 profesionales del área de la salud, incluidos medicina, instrumentación quirúrgica y enfermería, de los cuales se excluyeron: 1 enfermera y 1 médico por ser coinvestigadores. Para el cálculo de la muestra se aplicó el software EPIDATE 3.1 con parámetros de una población conocida anteriormente de 43 profesionales, un intervalo de confianza del 95 % y un margen de error de más o menos el 5 %, calculando una muestra total de 39 profesionales. Teniendo en cuenta el número de la muestra por recomendaciones del equipo de investigadores se decidió utilizar un muestreo tipo censo.

Los criterios de exclusión establecidos fueron: Personal auxiliar y profesionales que no fueran del área de la salud, profesionales de la salud de otras disciplinas diferentes a medicina, enfermería e instrumentación quirúrgica, profesionales de salud sin vínculo contractual con la IPS o con vínculo contractual con la IPS menor a 3 meses.

Para la medición de las variables se utilizaron los siguientes instrumentos: una encuesta sociodemográfica y el cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno Español, el cual está agrupado en un total de doce dimensiones (42 preguntas) y una pregunta sobre percepción de seguridad global, todas con escala likert, como puede observarse en el cuadro 1.⁽⁸⁾ En el análisis de frecuencias inicial por ítems, se mantienen las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis.

El estudio toma la definición de cultura de seguridad propuesta por la *Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR* y que dice:

La cultura de seguridad es el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.⁽⁹⁾

Cuadro 1-Dimensiones y variables de la cultura de seguridad

	Dimensiones/Variables	Ítems	Escala Likert
Cultura de seguridad	Resultados de la cultura de seguridad	40, 41, 42	1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
	Frecuencia de eventos notificados		
	Percepción de Seguridad	10, 15, 17, 18	1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Indiferente 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo
	Trabajo en equipo		
	Trabajo en equipo dentro del área o servicio	1, 3, 4, 11	
	Trabajo en equipo entre las áreas o servicios	24, 26, 28, 32	
	Comunicación		1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
	Grado de apertura de la comunicación	35, 37, 39	
	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad	34, 36, 38	

Gestión/dirección		1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Indiferente 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad	6, 9, 13	
Personal: suficiencia disponibilidad y gestión	2, 5, 7, 14	
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente	23, 30, 31	
Supervisión		
Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal	8, 12, 16	
Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno	25, 27, 29, 33	
Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes	19, 20, 21, 22	

Tomado de: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Una vez estandarizadas las respuestas, fueron calculadas las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada ítem, como para el indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones, se calcularon aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

$$\frac{\text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

(1)

Para clasificar una dimensión como fortaleza se empleó el criterio: $\geq 75\%$ de respuestas con atributo positivo y para clasificar una dimensión como oportunidad de mejora se utilizó el criterio: $\geq 50\%$ de respuestas con atributo negativo.

En el análisis estadístico, las variables cualitativas se presentaron a través de proporciones, las cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central (media o mediana) y dispersión (desviación estándar (\pm) y rango intercuartílico (RI)). Para identificar las diferencias entre los grupos se utilizaron las pruebas: Exacta de Fisher, Anova y Kruskal Wallis, Los análisis se realizaron en el programa STATA 12 (StataCorp College Station, TX, EE. UU.).

Resultados

Los resultados presentados se basaron en la tabulación de 36 cuestionarios validos teniendo en cuenta que 1 profesional se encontraba en periodo de vacaciones, 5 decidieron no participar y 1 estaba en licencia de maternidad. Las dificultades referidas principalmente para no participar fue la disposición de tiempo por parte de la población objetivo.

En relación a la profesión, las tres profesiones principales en el contexto quirúrgico como medicina (44,40 %), instrumentación quirúrgica (30,60 %) y enfermería (25 %) están bien representadas en la muestra, reflejando la importancia cuantitativa que tienen estos profesionales en el servicio. El 100 % de los que respondieron el cuestionario tiene contacto directo con los pacientes en su lugar de trabajo.

Dentro del análisis de las variables sociodemográficas, académicas y laborales (Tabla 1) se identifica que existe una mayor frecuencia de participantes de sexo femenino con edades entre los 30 y 55 años, lo que dio como resultado una población adulta, que viven en mayor proporción (69,44 %) en los estratos 3 y 4. En cuanto a la formación posgradual, está liderada por medicina, con 8 profesionales (80 % de especialistas y doctores).

Frente a las variables laborales la mayoría trabajaba 48 horas a la semana (75 %) en turnos de 12 horas (69,44 %), un 33,33 % laborando en otra institución. También se identificó predominio de profesionales que dormían entre 6 a 8 horas al día (91,67 %), dedicando entre 1 a 3 horas al día para descansar (41,66 %). En relación al tipo de vinculación laboral se puede observar la contratación a término indefinido como la de mayor frecuencia (16 participantes).

El tiempo de experiencia del personal en la profesión fue variado, la instrumentación quirúrgica la de mayor tiempo ($18,36 \pm 8,48$), seguido de medicina ($17,30 \pm 13,80$) y enfermería ($9,30 \pm 6,70$). Un análisis en detalle permitió identificar que la IPS promueve la estabilidad laboral para sus trabajadores, aunque como parte de su desarrollo y dinámica propia, el ingreso de personal nuevo se mantiene con predominio, por seleccionar profesionales con experiencia previa en el servicio de quirófanos.

Tabla 1- Características sociodemográficas y académicas

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	16	44,44
Femenino	20	55,56
Estado civil		
Soltero	12	33,33
Unión libre	4	11,11
Casado	19	52,78
Otro	1	2,78
Estrato Social		
2	2	5,56
3	16	44,44
4	9	25,00
5	4	11,11
6	5	13,89
Formación académica		
Especialista	9	25,00
Doctorado	1	2,78
Edad en años cumplidos (Media ± DE)	42,69 ± 12,54	

Existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de profesionales en cuanto al sexo ($p = 0,002$), resalta instrumentación quirúrgica, con una proporción mayor de participantes de sexo femenino; la formación académica ($p = 0,042$), con una proporción mayor de especialistas/doctores en medicina; y el trabajar en otra institución ($p = 0,022$), enfermería presentó exclusividad para la IPS, mientras que medicina e instrumentación quirúrgica compartían tiempos laborales en otras instituciones (Tabla 2).

Acorde a la calificación global del grado de seguridad percibido por los participantes en la escala de cero a diez, la calificación media fue de 8,30. El 50 % de los profesionales encuestados calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 8 y 9, una percepción que podríamos calificar de poco dispersa y alta. El clima de seguridad también comprende los incidentes notificados. Estos incidentes notificados por escrito en el último año evidencian un reporte mayor por enfermería al notificar el 95,70 % de los eventos; de otra

parte, el 86,20 % de los profesionales no habían notificado incidentes durante el último año, constatando que instrumentación quirúrgica no presentó reporte alguno.

Los resultados de la cultura de seguridad son presentados en la tabla 3, pero a continuación se presentan los datos relevantes de cada dimensión.

Tabla 2- Características de los profesionales del servicio de quirófano

Características	Medicina (n = 16)		Enfermería (n = 9)		Instrumentación n quirúrgica (n = 11)		Valor p	Total (n = 36)	
	n	%	n	%	n	%		n	%
Sexo femenino	4	25	6	66,66	10	90,90	0,002	20	55,55
Estado civil							0,120		
Soltero	5	31,25(5)	1	11,11	6	54,54		12	33,33
Unión libre/casado	11	68,75	8	88,88	5	45,45	24	66,66	
Formación académica % (n)							0,042		
Pregrado	8	50,00	8	88,88	10	90,90		26	72,22
Especialista/Doctorado	8	50,00	1	11,11	1	9,09	10	27,77	
Trabaja en otra institución	6	37,50	0	0,00	6	54,54	0,022	12	33,33
Edad media ± DE	45,53 ± 15,20		36,22 ± 8,15		44,00 ± 9,90		0,120	42,69 ± 12,54	

Valor p = prueba Exacta de Fisher, Anova y Kruskal Wallis.

Tabla 3- Porcentaje de indicadores de respuesta por cada dimensión

Dimensión	Preguntas	Respuestas con atributo positivas		Respuestas con atributo neutras		Respuestas con atributo negativas		Total respuesta
		%	n	%	n	%	n	
Frecuencia de eventos notificados	40,41 y 42	62,03	67	32,41	35	5,56	6	108
Percepción de seguridad	10,15,17 y 18	65,27	94	11,11	16	23,61	34	144
Expectativas y acciones de la dirección/ /supervisión que favorecen la seguridad	19, 20, 21 y 22	71,53	103	18,05	26	10,41	15	144
Aprendizaje organizacional/mejora continua	6, 9 y 13	75,90	82	7,40	8	16,70	18	108
Trabajo en equipo dentro de la unidad/ /servicio	1, 3, 4 y 11	90,28	130	6,25	9	3,47	5	144
Franqueza en la comunicación	35, 37, y 39	34,26	37	44,44	48	21,29	23	108

Feed-back y comunicación sobre errores	34, 36 y 38	65,74	71	25,00	27	9,26	10	108
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12 y 16	40,74	44	13,89	15	45,36	49	108
Dotación de personal	2, 5, 7 y 14	65,97	95	8,33	12	25,69	37	144
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	23, 30 y 31	75,00	81	15,74	17	9,26	10	108
Trabajo en equipo entre Unidades/ /Servicios	26, 32, 24 y 28	73,61	106	15,27	22	11,10	16	144
Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	25, 27, 29 y 33	74,30	107	13,19	19	12,50	18	144

Resultados de la cultura de seguridad

Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados

Las valoraciones de los profesionales de la salud en el servicio de quirófanos a los ítems no alcanzan el criterio de fortaleza u oportunidades de mejora, pero se destaca el bajo porcentaje de respuestas negativas.

Dimensión 2: Percepción global de seguridad

La dimensión 2 no se identifica una fortaleza u oportunidad de mejora en general. Pero al observar en detalle los resultados de los ítems se identifica como fortaleza: “Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores de asistencia” (91,67 % de respuestas positivas), el cual se relaciona con la efectividad de los procesos establecidos en el área quirúrgica para prevenir errores en la asistencia.

Resultados del trabajo en equipo

Dimensión 5: Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio

Esta dimensión del trabajo como equipo es considerada por los participantes como una fortaleza, es de todas la que cuenta con el mayor porcentaje de respuestas positivas con el 90,28 %. Sobresale el respeto en el trato del equipo de salud, el apoyo mutuo y el trabajo colaborativo.

Dimensión 11: Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios

Es interesante lo evidenciado en esta dimensión al llegar a presentar como fortaleza los ítems “Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible” con un 77,78 % de respuestas positivas e igualmente, “Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades”, con un 75 % de respuestas con atributo positivo.

Resultados de comunicación

Dimensión 6: Franqueza en la comunicación

La dimensión 6 demuestra dificultades para los participantes llamando la atención el ítem: “El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores” (41,67 % de respuestas negativas).

Dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores

En la dimensión 7 se destaca como fortaleza el ítem: “Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad”, con un 77,78 % de respuestas positivas. Las respuestas neutras ocupan la cuarta parte de esta dimensión.

Resultados de gestión/dirección

Dimensión 4: Aprendizaje organizacional/Mejora continua

La dimensión 4 es considerada como fortaleza por equipo de profesionales del área de quirófanos que participaron del estudio. Sobresalen los ítems: “Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo”, con un 88,88 % de respuestas positiva y “Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente”, con un 75 % de respuestas positivas.

Dimensión 9: Dotación de personal

En esta dimensión resalta como fortaleza el ítem: “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal”, con un 83,33 % de respuestas con atributo positivo.

Dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.

Esta dimensión se presenta como fortaleza evidenciando el compromiso de la gerencia con la seguridad del paciente y percibida por los profesionales en el servicio de quirófanos de la IPS.

Resultados de supervisión

Dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores

La dimensión 8 tiene como relevante que sus tres ítems que la conforman son preguntas en negativo y acorde a lo identificado representa la dimensión más cercana al criterio de oportunidad de mejora (45,36 % de respuestas con atributo negativo). Sobresalen el ítem que cumple el criterio de oportunidad de mejora: “Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente”, 58,33 % respuestas con atributo negativo.

Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transición entre servicios.

A la dimensión 12 le faltó muy poco para ser considerada fortaleza (74,30 % de respuestas con atributo positivo). Pero en ella sobresalen los ítems que sí alcanzaron este criterio como son: “Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno, el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático y en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente”, todos con un indicador igual o superior al 75 % de respuestas con atributo negativo.

Dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad.

Es interesante observar como los participantes del servicio consideran que sus coordinadores se preocupan por la seguridad del paciente en el área de quirófanos; donde sobresalen como fortaleza los ítems: “Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” y “Mi superior/jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente”. Esta dimensión en general está muy cerca de cumplir con el criterio de fortaleza si se trabaja en el reconocimiento del equipo de salud por parte del coordinador.

En letra negrita las preguntas del cuestionario que se invirtieron dado que estaban redactadas en forma negativa.

El “n” depende de la cantidad de preguntas involucradas en cada dimensión, 36 fueron los encuestados. Para el caso de las dimensiones de 3 preguntas, el total de respuestas posibles es 108 y para las de 4 preguntas será de 144. Además, la categorización de un atributo negativo y positivo corresponde a la suma de dos categorías de las posibles respuestas a cada pregunta, las respuestas de atributos negativos implican la suman de las categorías “muy en desacuerdo” y “en desacuerdo”, para las respuestas de atributos positivas las categorías “de acuerdo” y “muy de acuerdo”, y para las respuestas de atributo neutro son el resultado de la categoría “ni de acuerdo ni en desacuerdo”.⁽⁸⁾

Con base en lo anterior, se puede deducir que las dimensiones y los ítems que alcanzaron el criterio de fortaleza tienen carácter interno y externo, demostrando un trabajo en equipo y de mejora continua, con el apoyo de la gerencia y/o dirección de la clínica.

Con respecto a las debilidades u oportunidades de mejora identificadas, ninguna dimensión cumplía con este indicador. Pero en cuanto a los ítems detectados como debilidades, se logró identificar uno que cumple con este criterio:

Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (58,33 %).

Entonces, queda claro que los profesionales aún consideran tener temor por las consecuencias punitivas dentro del marco de la cultura de seguridad y que pueden estar afectando la comunicación en el servicio, lo que podría mejorarse con la implementación y socialización de una cultura justa.⁽¹⁰⁾ También es importante no trivializar las dificultades que puede generar una comunicación no asertiva y su impacto en la generación de un ambiente de confianza entre los profesionales dentro del servicio de quirófanos.

Resultados y análisis de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por profesión

Los porcentajes positivos están liderados por los profesionales de la medicina y enfermería, cada uno con seis dimensiones catalogadas como fortalezas con un indicador compuesto mayor o igual al 70 % de respuestas con atributo positivo (Frecuencia de eventos notificados, Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad, Aprendizaje organizacional/Mejora continua, Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio, Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios, Problemas en cambios de turno y transición entre servicios); mientras que instrumentación quirúrgica solo considera dos dimensiones como fortaleza que son: Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. Es interesante que enfermería no considere como fortaleza el Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, esta posición también fue observada en un estudio realizado en Brasil donde todos los profesionales de enfermería coinciden en dar menor valor positivo a la respuesta no punitiva de los errores.⁽¹¹⁾

De otra parte, refiriéndose a las oportunidades de mejora, cumplen con el criterio los participantes de instrumentación quirúrgica en la dimensión respuesta no punitiva a los errores, con un 69,70 % de respuestas con atributo negativo. En tanto, enfermería y medicina no alcanzaron este criterio negativo en ninguna dimensión, pero presentaron los mayores porcentajes en respuestas con atributo negativo en las dimensiones de Percepción de seguridad (30,55 %) y Respuesta no punitiva a los errores respectivamente (39,58 %)

Discusión

Respecto del clima de seguridad, es importante señalar que el grado de cultura percibido por los profesionales como se afirmó anteriormente es alto en comparación con lo reportado por *Gama*⁽¹²⁾ y *Bolaños*.⁽¹³⁾

Un elemento de gran valor desde el punto del clima de seguridad es el informe de incidentes durante la atención hospitalaria; como se afirma en algunos estudios, aún existen actitudes

de los líderes en las organizaciones que pueden afectar la cultura de seguridad en relación a la confianza y la culpabilidad.⁽¹⁴⁾ De tal manera, los reportes evidencian que 86,20 % de los participantes no ha notificado incidentes, y en especial instrumentación quirúrgica, donde el 100 % de las encuestadas no informaron; asociado a un mayor porcentaje de respuestas negativas de la dimensión respuesta no punitiva a los errores y con el menor porcentaje de respuestas positivas a la dimensión franqueza en la comunicación, diferente al compararse con otros estudios.^(15,16,17,18,19)

Respecto al porcentaje de respuestas positivas obtenidas en la cultura de seguridad, es posible identificar algunas diferencias y similitudes con estudios tanto a nivel internacional, nacional o local para cada dimensión. De acuerdo a lo anterior, en la dimensión frecuencias de eventos notificados, la puntuación obtenida del 62 % es similar al estudio de la Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ,⁽¹⁷⁾ realizado en Estados Unidos a más de 200 hospitales; y a nivel local es similar al estudio de *Estévez*,⁽¹⁶⁾ realizado en el servicio de urgencias de la misma institución de salud. Existen diferencias en esta dimensión con el estudio de *Bolaños*,⁽¹³⁾ realizado en un servicio de quirófanos con un puntaje mayor del 25 % respuestas positivas. Es importante anotar que el estudio de *Bolaños*⁽¹³⁾ demostró mayores fortalezas, con un porcentaje de respuestas positivas superiores en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión “Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio”, en que fue menor, con una diferencia de 8 puntos porcentuales.

Continuando a nivel internacional, encontramos varias similitudes en los puntajes de respuestas positivas con el estudio de *Famolaro*⁽¹⁷⁾ en las dimensiones percepción de seguridad, Aprendizaje organizacional/Mejora continua, *Feed-back* y comunicación sobre errores y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente que no superan los 5 puntos porcentuales. Entre tanto, con los estudios realizados por Fajardo Dolci⁽¹⁵⁾ y Gama ZA⁽¹²⁾ en hospitales españoles y profesionales de salud asistentes al evento de CONAMED se encuentran diferencias siendo menores el porcentaje de respuestas positivas encontradas por estas investigaciones, a excepción de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores con 47 % y 53 % respectivamente.

Cabe destacar que en la dimensión Respuesta no punitiva a los errores los estudios internacionales, nacionales y locales presentan un mayor porcentaje de respuestas positivas a las obtenidas en la presente investigación.^(12,13,15,16,17,18,20)

Las dimensiones identificadas como fortalezas u oportunidades de mejora comparten este criterio al igual que otros estudios tanto a nivel nacional como internacional.^(13,16,17,18,20) Pero los esfuerzos de la clínica “Materno Infantil San Luis” por reconocer la seguridad como pilar fundamental de su gestión en la prestación de los servicios a la comunidad materna y perinatal se pone de manifiesto por la valoración de la dimensión 10 como fortaleza, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, muy similar a otras investigaciones.^(13,16)

Ahora bien, las dimensiones con menor porcentaje de respuestas positivas reportadas en la presente investigación explican un bucle entre las dificultades en la comunicación dentro del quirófano con el temor a notificar un error, algo parecido a lo que ocurre con otras investigaciones.^(15,17)

De igual manera, la dimensión 8, Respuesta no punitiva a los errores, sobresale por obtener el mayor porcentaje de respuestas negativas, muy similar a los estudios de *Estévez*,⁽¹⁶⁾ *Arrieta*,⁽¹⁸⁾ y *Ramos*,⁽¹⁹⁾ sin llegar a ser considerada una debilidad en ninguna de estas investigaciones, sino, más bien, un problema en común donde es importantes el aplanamiento de las jerarquías, la socialización de errores y el establecimiento de una cultura justa -entre otras estrategias- encaminadas a transformar el contexto laboral en ambientes de confianza que faciliten la comunicación y el aprendizaje organizacional, entendiendo el error como parte del proceso en la mejora de la seguridad del paciente, tanto para el grupo de profesionales como para la institución.

En este sentido, aunque la dimensión 1, Frecuencia de eventos notificados, tiene uno de menores porcentajes de respuestas negativas (5,56 %), no guarda relación con la baja notificación de incidentes por parte de los participantes del estudio (13,8 %), lo que no favorece la implementación de la cultura del reporte; a diferencia de otros estudios que reportan una notificación de incidentes más alta.^(13,18,20)

En conclusión, podemos afirmar que el clima de seguridad en el servicio de quirófanos percibido por los profesionales de salud es alto, destacando la notificación de eventos por el personal de enfermería. La valoración de la cultura de seguridad permitió identificar como fortaleza las dimensiones: Aprendizaje organizacional/Mejora continua, Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio, y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente. Aunque no se encontraron dimensiones que cumplieran el criterio de

debilidad u oportunidad de mejora se destaca que debe continuarse trabajando en la dimensión 8: Respuesta no punitiva a los errores. En este contexto punitivo, es imprescindible que, desde las instancias directivas, la organización promueva una cultura de seguridad justa, que involucre la concepción del error como parte ser humano.

Referencias bibliográficas

1. Ponce Gómez G, Cruz RL, Mejía BC. Competencias profesionales de enfermería en la ministracion de medicamentos de alto riesgo en pediatría. Conamed. 2016 [acceso: 15/02/2019];21(3):116-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79580>
2. García Solís E. Error en medicina, una reflexión bioética. Revista Conamed. 2018 [acceso: 04/03/2019];23:40-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83579>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Minsalud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2010 [acceso: 22/09/2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
4. Collazos C. El compromiso de la SCARE con la calidad de la atención: apoyo a la campaña “Cirugía segura salva vidas”. Revista Médico Legal. 2009 [acceso: 22/11/2018];XV(2):8-14. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2009/PDFRML2009/oct-dic/elcompromiso de la scare.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. 1a ed. La cirugía segura salva vidas. Francia: OMS; 2009 [acceso: 28/05/2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf?sequence=1
6. Buitron Eraso G, Vidarte Meneses M, Zuluaga D, Alzate Fernandez J. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional Occidente vigencia 2018. Universidad Católica de Manizales; 2018 [acceso: 24/03/2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/2403>

7. Portocarrero J. Seguridad Del Paciente: primero, cultura justa. Vía Salud gestión, calidad y logros. 2007 [acceso: 15/02/2019];39:2-5. Disponible en: <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no39-2007/#1485448737529-740d1049-0965>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo la Universidad de Murcia; 2005 [acceso: 26/03/2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
9. Camacho Rodríguez, DE Jaimes Carvajal N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev Cubana Enferm. 2018 [acceso: 25/03/2019];34(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
10. Mercado Yupanqui L. Cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de los servicios del Hospital II Ramón Castilla EsSalud-2017. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2018 [acceso: 24/02/2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22259>
11. Barbosa M, Melo Neto J, Faria Oliveira K, Gonçalves Nascimento K, Felix M, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. Revista Cubana de Enfermería. 2018 [acceso: 24/03/2019];34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561>
12. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saude Pública. 2013 [acceso: 22/03/2019];29(2):283-93. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Saturno2/publication/235787095_Patient_safety_culture_and_related_factors_in_a_network_of_Spanish_public_hospitals/links/0c96052de88f5ac996000000/Patient-safety-culture-and-related-factors-in-a-network-of-Spanish
13. Bolaños LP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. Revista Cubana de Enfermería. 2017 [acceso: 22/02/2019];33(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209>
14. Ruiz López P, Carrasco González I. Liderazgo en la seguridad del paciente. Revista de Calidad Asistencial. 2010 [acceso: 22/02/2019];25(2):55-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X09000694>

15. Fajardo Dolci G, Rodríguez Suárez J, Arboleya Casanova H, Rojano Fernández C, Hernández Torres F, Santacruz Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2006 [acceso: 22/02/2019];74(1):41-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27550>
16. Estévez J, Jiménez L, Silva M. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicio de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017. Universidad de Santander; 2017 [acceso: 22/02/2019]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/683>
17. Famolaro T, Yount N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L, *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report. U.S.; 2018 [acceso: 24/03/2019]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf>
18. Arrieta Y, Sarmiento J, Turizo E, Vitali V. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de una Institución prestadora de salud de tercer nivel de atención de Barranquilla 2018. Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2018 [acceso: 22/02/2019]. Disponible en: <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/123456789/2404>
19. Ramos F, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*. 2017 [acceso: 23/02/2019];14(1):47-53. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/53>
20. Romero A, Ignacio C, Mora A, Marañón R. Evaluación de la cultura de seguridad tras alcanzar la certificación en gestión de riesgos para la seguridad del paciente (UNE 179003). *Revista chilena de pediatría*. 2017 [acceso: 22/02/2019];88(5):693-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000500020&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Moisés Alfonso Bravo Gómez: hizo sus aportes al proceso de concepción y diseño, análisis de los datos y redacción del manuscrito hasta su aprobación final, además es quien responde y sustenta cada uno de los aspectos científicos del artículo y de la investigación.

Xiomara Becerra Moreno: concepción y diseño, recolección y obtención de resultados.

Milton Peñaranda Vega: concepción y diseño, recolección y obtención de resultados.

Dora Janette Oyola Naranjo: concepción y diseño, recolección y obtención de resultados.

Diana Karina Arguello: concepción y diseño, recolección y obtención de resultados más el análisis de los datos.

Ligia Betty Arboleda: contribuyó con lo anterior más el análisis de los datos.

Raquel Rivera Carvajal: contribuyó con el análisis estadístico.

Todos los autores aprobamos la versión final del manuscrito.