

Cultura de seguridad del paciente en tres hospitales de una subred de Bogotá

Patient's safety culture in three hospitals of a sub-network in Bogotá

Gloria Lucía Arango^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2294-0880>

Blanca Flormarien Forero Niño² <https://orcid.org/0000-0002-0781-8185>

¹Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

²Subred integrada de servicios de salud Norte. Bogotá, Colombia.

*Autor para la correspondencia: garangob@unbosque.edu.co

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente es un asunto preocupante para la salud pública global y, a su vez, resulta relevante por sus efectos en el propio paciente.

Objetivo: Determinar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales de una subred de Bogotá, Colombia.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Previo consentimiento informado se aplicó el cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality en español a 385 miembros del equipo de salud de la subred que tuvieran contacto directo con el paciente. Se excluyeron aquellos con menos de 3 meses de trabajo en la institución. Se analizaron datos según guía de la Agency for Healthcare Research and Quality.

Resultados: El “aprendizaje organizacional-mejora continua” fue la dimensión de la cultura con mayor porcentaje de respuestas positivas (69 %), seguida del “trabajo dentro de las unidades” (65 %). El menor número de respuestas positivas se obtuvo en las dimensiones de “disponibilidad de personal” y “respuesta no punitiva al error”, ambas con 31 % de respuestas positivas. Los porcentajes de eventos reportados por los respondientes en el último año fueron: ninguno el 52 %, de 1 a 2 el 29 %, de 3 a 5 el 13 %, 6 o más el 7 %. Un 52 % consideró el grado de seguridad como excelente o muy bueno, el 40 % como aceptable y el 8 % como pobre o malo.

Conclusiones: Hay una cultura de “mejora continua” que tiende a constituirse en una fortaleza de cultura de seguridad del paciente, así como el trabajo dentro de las unidades. Además, los asuntos de personal y cultura punitiva frente al error requieren de una atención especial.

Palabras clave: seguridad del paciente; cultura; United States Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ.

ABSTRACT

Introduction: Patient’s safety is an important concern for global public health, and at the same time it is relevant due to its effects in the patient.

Objective: Determine the patient’s safety culture in hospitals of a sub-network in Bogotá, Colombia.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional study. With previous informed consent, it was applied a questionnaire of the Agency for Healthcare Research and Quality, in Spanish, to 385 members of the health staff of the sub-network whom have direct contact with the patients. Those with less than 3 months of work in the institution were excluded. Data was analyzed according to the guide of the Agency for Healthcare Research and Quality.

Results: ‘ ‘Organizational learning - continuous improvement’ ’ was the dimension with a higher percentage of positive answers (69%), followed by ‘ ‘work within the units’ ’ (65%). The smallest number of positive answers was obtained in the dimensions called ‘ ‘personal availability’ ’ and ‘ ‘no punitive answer to errors’ ’, both with 31% of positive answers. The percentage of events informed by the respondents in the last year were: none (52%), 1 to 2 (29%), 3 to 5 (13%), 6 or more (7%). 52% considered the degree of safety as excellent or very well, 40% as acceptable and 8% as poor or bad.

Conclusions: There is a culture of ‘ ‘continuous improvement’ ’ that tends to represent strength of the patient’s safety culture, as well as the work within the units. In addition, the subjects related to personnel and punitive culture facing errors require a special attention.

Keywords: Patient’s safety; culture; United States Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ.

Recibido: 11/03/2019

Aceptado: 08/05/2020

Introducción

La seguridad del paciente ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública mundial, por el alto número de muertes y lesiones que ocurren a los pacientes dentro de los hospitales.⁽¹⁾ Quizás

la característica o atributo de la calidad de la atención en salud que resulta de mayor relevancia para las instituciones hospitalarias hoy, es la seguridad del paciente, y una condición *sine qua non* para mejorar a este respecto es conocer la cultura de seguridad del paciente (CSP). Así lo considera el Ministerio de Protección Social de Colombia, que incluye en sus estándares su medición como expresión de la política de seguridad del paciente.⁽²⁾

Según la Agencia para la Investigación en la Calidad de la Atención en Salud, la cultura de seguridad en una organización es “el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y tendencias en el comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de gerencia de la salud y de la seguridad de una organización”.⁽³⁾ Una cultura de seguridad positiva se fundamenta no solamente en unas percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, la confianza la eficacia de las medidas de prevención, la confianza mutua,⁽³⁾ sino también en un apoyo mutuo entre los miembros de la organización y una comunicación abierta.⁽⁴⁾

La medición de la cultura de seguridad del paciente arroja resultados tan disímiles como lo son las culturas de los diferentes países y, por supuesto, de las propias organizaciones. Sin embargo, estudios recientes en torno a la cultura de seguridad del paciente realizados en diferentes latitudes han mostrado las dificultades que enfrentan las instituciones en términos de la dotación y suficiencia de personal,^(5,6) y la cultura frente al error, que sigue punitiva,^(7,8) datos que coinciden con estudios realizados en instituciones colombianas⁽⁹⁾ y que mantienen la atención de los diseñadores de políticas del país, por su importante efecto en la seguridad de los pacientes.

En el año 2016 se hizo una reestructuración de la red hospitalaria de Bogotá y se constituyeron 4 subredes. Después de dos años de conformada la subred se hace necesario conocer las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que deben afianzarse o fortalecerse y aquellas sobre las cuales es necesario trabajar con mayor énfasis, de modo que, a partir de los hallazgos y en el largo plazo, sea posible configurar una cultura de seguridad del paciente más positiva en el ámbito hospitalario de la subred.

Por lo que el objetivo de la presente investigación es determinar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales de una subred de Bogotá, Colombia.

Métodos

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal realizado en hospitales de una subred de Bogotá entre abril y julio de 2018. La población estuvo constituida por todos los miembros del equipo de salud de los tres hospitales de la subred que

tuvieran contacto directo con el paciente, que sumaban 2931. Se excluyeron quienes tenían tiempo de trabajo en la institución inferior a tres meses. Para calcular el tamaño de la muestra se definió como parámetro proporción (p) a estimar, la proporción de respondientes del cuestionario sobre la seguridad del paciente en hospitales. Se utilizó la fórmula para la estimación de p deseada en unidades absolutas⁽¹⁰⁾ ($\alpha = 0,05$, una distancia $d = 5\%$ a la proporción poblacional, asumiendo una hipótesis a dos colas (el escenario para un n más grande). La muestra estuvo constituida por 385 miembros del equipo de salud distribuidos proporcionalmente en los tres hospitales que conforman la subred.

El instrumento aplicado es el cuestionario de “Cultura de Seguridad del Paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)”⁽³⁾ versión en español, validado por Westat para población hispanohablante y recomendado por el Ministerio de Protección Social de Colombia para la medición de la CSP (disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>). Este cuestionario mide 12 dimensiones de la cultura:

1. trabajo dentro de las unidades,
2. expectativas del supervisor/gerente y acciones que promueven la seguridad del paciente,
3. aprendizaje organizacional-mejora continua,
4. apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente,
5. percepción global de la seguridad del paciente,
6. retroalimentación y comunicación del error,
7. apertura de la comunicación,
8. frecuencia de eventos reportados,
9. trabajo en equipo entre las unidades,
10. disponibilidad de personal,
11. transferencias y transiciones,
12. respuesta no punitiva al error

Las frases se redactan en positivo y en negativo, usando para algunas escalas de respuesta tipo Likert de grado de acuerdo y para otras Likert de frecuencia.⁽³⁾ Incluye variables laborales y preguntas sobre el grado de seguridad del paciente percibido por el participante y el número de eventos reportados por el encuestado en el último año.

Previa aprobación por los comités de ética e investigación de la subred y de la Universidad, se sensibilizó al personal de los hospitales, para que participaran, mediante afiches y mensajes de WhatsApp. Luego, con la ayuda de estudiantes de pregrado previamente capacitados, se hizo el proceso de consentimiento informado a posibles participantes en los turnos mañana, tarde y noche. El cuestionario, anónimo, se aplicó personalmente o se les dejó para diligenciarlo en sitio privado y recogerlo horas después. Consentimientos y cuestionarios fueron depositados en sobres distintos para garantizar confidencialidad.

Se examinaron los cuestionarios uno a uno para descartar aquellos incompletos o no válidos (formularios en los que una sección específica se dejó en blanco; con menos de la mitad de las preguntas respondidas, o en donde se eligió siempre la misma respuesta). Cada cuestionario fue tabulado independientemente por dos personas para luego hacer cruce de las bases, corrigiendo inconsistencias.

El procesamiento de datos se hizo utilizando el software proporcionado por la AHRQ, en el cual los resultados se calculan después de haber excluido las respuestas vacías, anuladas o incorrectas; la suma puede no dar 100 % por efectos de redondeo de datos. Los resultados se presentan en porcentajes usando gráficas de barra apiladas.

Las respuestas se clasificaron según se observan en el cuadro. Se consideró como fortaleza el ítem o dimensión que tuviera un porcentaje de respuestas positivas igual o superior al 75 % y como oportunidad de mejora el ítem que tuviera el 50 % o más de respuestas negativas.

Cuadro - Clasificación de las respuestas del cuestionario AHRQ

Clasificación de las respuestas	Afirmaciones para responder con grado de acuerdo	Afirmaciones para responder en términos de frecuencia
Negativas	Muy en desacuerdo	Nunca
	En desacuerdo	Rara vez
Neutrales	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algunas veces
Positivas	De acuerdo	La mayoría del tiempo
	Muy de acuerdo	Siempre

Nota: Para los ítems redactados en negativo se reconocen como respuestas positivas “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “nunca”, “rara vez” y como negativas “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “la mayoría del tiempo” y “siempre”.

Fuente: Elaborado a partir de las indicaciones de la AHRQ.

Resultados

El 43 % de los encuestados fueron auxiliares de enfermería, seguidos por médicos (27 %) y enfermeros (14 %), el resto de los profesionales y técnicos representaron el 16 % (Tabla 1).

Tabla 1 - Profesión y oficio de los encuestados

Profesión y oficio de los encuestados	N	%
Enfermero(a)	52	14
Auxiliar de Enfermería	167	43
Médico	104	27
Terapeuta respiratorio	18	5
Terapeuta físico, ocupacional o del lenguaje	5	1
Técnico de laboratorio, radiología y otros	9	2
Otros miembros del equipo (incluye profesionales, técnicos y auxiliares de salud)	30	8
Total	385	100

De los 385 respondientes, 368 indicaron el área o unidad de trabajo, que se concentraron en el servicio de urgencias (20 %), varias unidades/ninguna específica (18 %), y unidades de cuidados intensivos (15 %), para un total del 53 %. La menor participación se obtuvo en los servicios de apoyo, en coherencia con los requerimientos de la muestra (Tabla 2).

Tabla 2 - Área y unidad de trabajo de los encuestados

Área y unidad de trabajo de los encuestados	N	%
Varias unidades, ninguna específica	18	5
Medicina interna	48	13
Cirugía	33	9
Obstetricia	40	11
Pediatría	36	10
Servicio de urgencias	75	20
Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)	55	15
Salud mental/psiquiatría	7	2
Rehabilitación	2	1
Laboratorio	18	5
Radiología	4	1
Otro	32	9
Total	368	100

La antigüedad en el hospital fue indicada por 382 participantes. De ellos el 55 % tenía una antigüedad en la institución de 5 años o menos y el 9 % una superior a los 20 años (Tabla 3).

Tabla 3 - Tiempo de trabajo antigüedad en el hospital, en años, de los encuestados

Tiempo de trabajo (en años)	N	%
> 1	89	23
1 a 5	124	32
6 a 10	66	17
11 a 15	43	11
16 a 20	26	7
≥ 21	34	9
Total	382	100

De los participantes, 384 respondieron el tiempo de trabajo en la unidad/servicio actual. El 71 % de ellos tenía 5 años o menos de antigüedad en el servicio actual (Tabla 4).

Tabla 4 - Tiempo de trabajo de los encuestados en la unidad/servicio actual (en años)

Tiempo de trabajo (en años)	N	%
> 1	122	32
1 a 5	148	39
6 a 10	57	15
11 a 15	24	6
16 a 20	14	4
≥ 21	19	5
Total	384	100

De los 380 que respondieron a la pregunta sobre las horas de trabajo a la semana, la mayoría trabajaba un tiempo inferior a 59 horas semanales (83 %). El 14 % del personal trabajaba 60 horas o más a la semana, un riesgo para la seguridad del paciente, asociado especialmente a la fatiga (Tabla 5).

Tabla 5 - Horas de trabajo a la semana de los encuestados

Horas de trabajo a la semana	N	%
> 20	12	3
20 a 39	74	19
40 a 59	243	64
60 a 79	38	10
80 a 99	6	2
≥ 100 horas	7	2
Total	380	100

Sobre la antigüedad en el oficio o profesión, un alto porcentaje de los encuestados tenía 5 años o menos de ejercicio (38 %). Los porcentajes iban en descenso a medida que aumentaba la categoría de antigüedad. Sin embargo, debe destacarse que el porcentaje de respondientes con 21 años o más de experiencia fue mayor que el de quienes tenían entre 11 y 15 años o entre 16 y 20 años de experiencia (Tabla 6).

Tabla 6 - Tiempo de trabajo en su especialidad, profesión u oficio actual (en años) de los encuestados

Tiempo de trabajo en su especialidad, profesión u oficio actual (en años)	N	%
> 1	49	13
1 a 5	96	25
6 a 10	87	23
11 a 15	50	13
16 a 20	42	11
≥ 21	61	16
Total	385	100

Resultados por dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

En la tabla 7 se puede observar la percepción que tienen los miembros del equipo de salud participante respecto a la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 7 - Percepción de la cultura de seguridad del paciente de miembros del equipo de salud de una subred hospitalaria de Bogotá, 2018

Dimensión	Ítem	Positivo (%)	Neutro (%)	Negativo (%)
Trabajo dentro de las unidades	La gente se apoya una a la otra en esta unidad. (A1)	74	16	10
	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo. (A3)	70	16	14
	En esta unidad, el personal se trata con respeto. (A4)	83	10	6
	Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	32	19	49
Expectativas del supervisor y sus acciones para promover la seguridad del paciente	Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes (B1)	53	22	25
	Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. (B2)	61	19	20
	Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo (B3R)	34	32	34
	Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (B4R)	59	23	18
Aprendizaje organizacional - mejora continua	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente (A6)	80	9	11
	Los errores han llevado a cambios positivos aquí. (A9)	65	20	15
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. (A13)	62	20	18
Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente	La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. (F1)	50	28	23

	Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F8)	62	22	16
	La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso. (F9R)	36	21	43
Percepción global de la seguridad del paciente	Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí. (A10R)	43	31	26
	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo (A15)	50	21	29
	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (A17R)	39	26	35
	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. (A18)	65	20	15
Retroalimentación y comunicación sobre el error	La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes. (C1)	34	33	34
	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. (C3)	58	25	17
	En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer. (C5)	64	23	13
Apertura en la comunicación	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. (C2)	52	28	20
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (C4)	27	33	40
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (C6R)	44	33	22
Frecuencia de los eventos reportados	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado? (D1)	51	31	18
	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan	49	30	21

	frecuentemente es reportado? (D2)			
	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado? (D3)	55	27	18
Trabajo en equipo entre las unidades	Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. (F2R)	30	34	35
	Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas. (F4)	42	33	25
	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. (F6R)	54	33	13
	Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes. (F10)	51	30	19
Disponibilidad del personal	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. (A2)	24	17	58
	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (A5R)	30	30	40
	Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente. (A7R)	43	29	28
	Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. (A14R)	25	24	51
Transferencias y transiciones	La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra. (F3R)	38	26	36
	Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno. (F5R)	43	24	33
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital. (F7R)	34	36	30
	Los cambios de turnos son problemáticos para los	50	25	25

	pacientes en este hospital. (F11R)			
Respuesta no punitiva al error	El personal siente que sus errores son considerados en su contra. (A8R)	31	31	38
	Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (A12R)	32	31	37
	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes. (A16R)	29	32	39

Nota: Las letras y números al final de cada ítem corresponden al código asignado al ítem en el formulario de la AHRQ).

Trabajo en equipo dentro de las unidades: en esta dimensión, el ítem “en esta unidad el personal se trata con respeto” representó una fortaleza para la CSP con un 83 % de respuestas positivas. El apoyo entre compañeros (74 %) y el trabajo en equipo ante la sobrecarga de trabajo (70 %) obtuvieron altos porcentajes de respuestas positivas. Lo contrario se percibió con el apoyo de otras unidades cuando había sobrecarga, según el 49 % de los respondientes, lo que hace que este asunto sea, casi, una oportunidad de mejora. En este grupo de ítems el porcentaje de respuestas neutras en ningún caso superó el 19 %, lo que sugiere que la dinámica de trabajo dentro de las unidades es un asunto que preocupa.

Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad del paciente: no hay fortalezas en este componente de la CSP. El 61 % de los encuestados coincidió en que el jefe consideraba las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes, mientras que el 59 % pensaba que el jefe hacía caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurrían una y otra vez; el 53 % consideró que su supervisor hacía comentarios favorables cuando el trabajo se hacía atendiendo a los procedimientos de seguridad de los pacientes. Con respecto a la solicitud de trabajar más rápido ante el incremento de la presión, con porcentajes similares que equivalen a 1/3 cada uno, manifestaron acuerdo, indiferencia o desacuerdo en torno a este asunto.

En este grupo de ítems las respuestas de indiferencia más altas (32 %) se obtuvieron en la acción que toma el supervisor cuando aumenta la presión, buscando trabajar más rápido. Los demás ítems no superaron el 23 % de respuestas de indiferencia.

Aprendizaje organizacional-mejora continua: el 80 % de los respondientes consideró que se estaban haciendo cosas para mejorar la seguridad del paciente, lo que representaba una fortaleza. El 65 % afirmó que los errores habían conducido a cambios, y un 62 % que después de hacerlos se evaluaron su efectividad. Se observaron respuestas de indiferencia que no superan el 20 %.

Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente: mientras que la mitad de los encuestados consideraba que la dirección proporcionaba un ambiente laboral que promovía la seguridad del paciente, el 23 % consideró que no era así, y el 28 % restante expresó indiferencia. El 62 % consideró que las acciones de la dirección reflejaban la prioridad que tiene la seguridad del paciente. Sin embargo, el 43 % reportó que esto ocurría solo después de un incidente adverso.

Percepciones globales de la seguridad del paciente: el 31 % de los respondientes manifestó indiferencia frente a la ocurrencia de errores. Ningún ítem representó una fortaleza; el más alto porcentaje de respuestas positivas lo tuvo el ítem “nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir” con un 65 %. El 39 % de los encuestados consideró que en su unidad hay problemas con la seguridad de los pacientes. Se obtuvo un 31 % de respuestas neutras en el ítem “es por casualidad que errores más serios no ocurren aquí”.

Retroalimentación y comunicación de los errores: a pesar de que según el 34 % de los encuestados la dirección de la institución no informaba acerca de los cambios que se efectuaban a partir de los informes de incidentes, el 58 % consideró que se les informaba sobre los errores y el 64 % que se hablaba en la unidad sobre la manera de prevenirlos para que no se repitieran.

Un tercio de los encuestados fue indiferente frente a que la dirección de la institución informaba sobre los cambios realizados. El 25 % y el 23 %, respectivamente, expresó indiferencia frente al recibo de información sobre errores que se cometían y en relación con la retroalimentación frente a los errores.

Apertura en la comunicación: el 40 % de los respondientes manifestó desacuerdo con lo referido a que el personal se sentía libre para cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, y un 22 % reconoció que el personal tenía miedo de hacer preguntas cuando algo no andaba bien. Aun así, el 52 % estuvo de acuerdo con lo relacionado a si había algo que afectara negativamente la seguridad del paciente. Alrededor de un tercio de los respondientes manifestó indiferencia frente a los ítems que componen la dimensión.

Frecuencia de los eventos reportados: el 55 % de los respondientes reconoció que si un error pudiese dañar al paciente sería reportado “siempre” o “la mayoría del tiempo”, el 51 % lo reportaría a pesar de haber sido detectado y corregido y el 49 % lo haría también con la misma frecuencia, aunque no tuviera el potencial de causar daño. Quiere decir que es ligeramente mayor la percepción de reporte cuando el error hace daño, que cuando es corregido o cuando no tiene potencial de dañar. En este grupo de ítems se encuentra un alto porcentaje de respuestas

neutras, entre el 27 % y el 31 % en los tres ítems, lo que sugiere indiferencia frente al asunto.

Trabajo en equipo entre unidades: alrededor de un tercio de los respondientes fueron indiferentes frente a los ítems que componen esta dimensión, la respuesta más destacada tuvo que ver con la coordinación entre las unidades del hospital que, a juicio del 35 % de los encuestados, no era la adecuada, pero para un 30 % de ellos sí lo era. Esto contrasta con la percepción con relación a la cooperación entre unidades, que el 42 % consideró buena. En términos de relaciones con otras unidades, el 54 % expresó desacuerdo con que eran desagradables, mientras que el 51 % reconoció que las unidades trabajaban bien unidas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.

Disponibilidad del personal: el 58 % de los respondientes consideró que en la institución no se contaba con suficiente personal, lo que es en una oportunidad de mejora institucional. Este es el ítem de la categoría en el que menos respuestas de indiferencia se encontraron (15 %). El 51 % señaló que con frecuencia se trabajaba en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente. Casi un tercio de los encuestados (28 %) sugirió que se usaba más personal temporal del que se necesitaba y resultaba mejor para los pacientes y el 40 % consideró que el personal trabajaba más horas de lo que resultaba mejor para ellos. En este grupo de ítems, los porcentajes de indiferencia oscilaron entre el 24 % y el 30 %, a excepción del relativo a la suficiencia de personal.

Transferencias y transiciones: El 36 % de los respondientes manifestó acuerdo con que la información de los pacientes se perdía cuando estos se transferían de una unidad a otra y un porcentaje ligeramente menor (33 %) consideró que esto ocurría durante los cambios de turno. El 30 % sugirió que a menudo existían problemas en el intercambio de información a través de unidades del hospital y, con el más bajo porcentaje de acuerdo, el 25 % sugirió que los cambios de turno eran problemáticos para los pacientes en la institución. El más alto porcentaje de indiferencia (36 %) se apreció frente al asunto relacionado con el intercambio de información entre unidades

Respuesta no punitiva al error: el 38 % de los encuestados apreciaba que el personal sentía que los errores podrían ser considerados en su contra, el 37 % que cuando se informaba de un incidente se reportaba a la persona y no el problema, y el 39 % pensaba que el personal se preocupaba de que los errores que cometían se conservaban en sus expedientes. En estos tres ítems un tercio de los encuestados se mostró indiferente.

Grado de seguridad del paciente

Según el 46 % de los encuestados, el grado de seguridad del paciente era muy bueno, mientras que para un porcentaje ligeramente menor (40 %) era aceptable. Paradójicamente se encontraron porcentajes prácticamente iguales que calificaban el grado de seguridad como excelente (6 %) o como pobre (7 %). Solo el 1 % consideró mala la seguridad del paciente.

Número de incidentes reportados en el último año (por el respondiente)

Los porcentajes de eventos reportados descendieron a medida que aumentaba el número de eventos reportados en el año: el 52 % de los encuestados no reportó ninguno, mientras que el 29 % reportó del 1 al 2 y el 13 % del 1 al 5.

Resultados globales

A nivel global ninguna de las 12 dimensiones estudiadas constituyó una fortaleza, puesto que no alcanzaron el 75 % de respuestas positivas. Cinco de ellas superaron el 50 % de respuestas positivas. El mayor porcentaje de respuestas positivas lo obtuvo la dimensión de “aprendizaje organizacional y mejora continua” con un 69 %, seguida por “el trabajo dentro de las unidades” con 65 %, “frecuencia de eventos reportados” y la “retroalimentación y comunicación frente al error”, ambos con 52 %. La respuesta no punitiva al error y los asuntos de personal tuvieron los porcentajes más bajos de respuestas positivas (31 % para ambas dimensiones) (Fig.).



Fig. - Porcentaje de respuestas positivas en las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

Discusión

En este estudio se muestra que ninguno de los componentes de la cultura de seguridad del paciente se percibe como una fortaleza por parte de los encuestados y solo el ítem, “estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente”, visto separadamente, es el que se puede considerar como una fortaleza. Siete de las dimensiones tienen menos del 50 % de respuestas positivas.

Los asuntos relacionados con el personal se consideran como los más negativos. Esto no es novedoso, pues los elementos relativos al personal son reconocidos entre los más débiles por algunos estudios.^(5,11,12,13)

Al igual que en otros estudios,^(11,13) en el presente trabajo se encontró que la respuesta no punitiva al error es un factor importante de la cultura sobre el cual se hace necesario trabajar, puesto que persiste la percepción de la cultura del castigo frente al error. Estos dos factores también se encontraron como los más débiles en una investigación realizada en el Hospital General de Medellín, Colombia, aunque se encontró mayor debilidad en la respuesta no punitiva al error que en la dimensión relativa al personal.⁽¹⁴⁾ Otro estudio, efectuado en un hospital de Villeta, Colombia, sitúa con los porcentajes más bajos las dimensiones relacionadas con personal, transferencias y transiciones y respuesta no punitiva al error,⁽¹⁵⁾ este es un componente de la seguridad del paciente que es reportado como el más problemático en otras investigaciones.⁽¹⁶⁾

En otros estudios, el aprendizaje organizacional y el trabajo dentro de las unidades, los dos componentes que mayores porcentajes de respuestas positivas se obtuvieron en esta investigación, alcanzaron también porcentajes altos de respuestas positivas que en algunos casos les permite ubicarse como fortalezas.^(12,15,16) Llama la atención también que en numerosos ítems hay porcentajes de indiferencia que representan el 35 % de las respuestas.

A pesar de que ninguno de los componentes de la cultura de seguridad del paciente alcanza a ser una fortaleza y de que más de la mitad obtuvieron un porcentaje de respuestas positivas inferior al 50 %, alrededor del 50 % de los respondientes consideran el grado de seguridad del paciente como excelente o muy bueno. Esto podría sugerir que la percepción de la seguridad del paciente no se compone, desde la perspectiva de los encuestados, de los aspectos contemplados en la encuesta, o bien que los puntuados como altos resultan definitivos, más que otros, para lograr altos grados de seguridad del paciente.

El bajo número de reporte de eventos podría explicarse en el alto número de respondientes del servicio de urgencias y la unidad de cuidados intensivos. Algunos estudios han mostrado que el reporte es más frecuente en servicios de

hospitalización que en los de urgencias, cuidado crítico y servicios quirúrgicos y obstétricos.⁽¹²⁾

A modo de consideraciones finales se puede plantear que los hallazgos con respecto a los ítems revelan como lo más positivo el respeto, el apoyo y el trabajo en equipo dentro de las unidades, siendo lo más negativo la falta de personal, la necesidad de hacer mucho trabajo muy rápidamente, la falta de apoyo de otras unidades y el temor a cuestionar la autoridad.

Respecto a las dimensiones, el aprendizaje organizacional-mejora continua, el trabajo al interior de las unidades, fueron las dimensiones más destacadas. Las dimensiones más problemáticas fueron la cultura de seguridad del paciente las relativas al personal y la respuesta no punitiva al error.

Se puede concluir que hay una cultura de “mejora continua” que tiende a constituirse en una fortaleza de cultura de seguridad del paciente, así como el trabajo dentro de las unidades. Además, los asuntos de personal y cultura punitiva frente al error requieren de una atención especial.

Recomendaciones

Se sugiere a la institución objeto de estudio rescatar el aspecto de la cultura que plantea que en las unidades o servicios se hacen cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente, y apoyar desde la gerencia estas iniciativas. Se requiere también explorar en profundidad la carga laboral y los sistemas de asignación de pacientes, el aspecto más negativo reportado. Es necesario trabajar en comunicación e información y cambiar el manejo punitivo del error por uno más orientado al acompañamiento y a la búsqueda de la mejora, así como trabajar desde la gerencia en una cultura orientada a la gestión del riesgo.

En términos de salud pública preocupa que los asuntos de personal se reportan como problemáticos en varios estudios. Corresponde no solo a las instituciones sino a los países proteger a los miembros del equipo de salud y retenerlos, si se quiere garantizar un cuidado seguro y de calidad. Estos resultados sugieren que está pendiente atender este desafío.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Patient safety. 10 facts on patient safety. Geneva: WHO; 2019 [acceso 12/10/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>.

2. Ministerio de la Protección Social. Manual de Acreditación en Salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Bogotá. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2018. [acceso 12/10/2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User´s guide. version 2.0. [acceso 17/01/2019]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
4. Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, Pfaff H. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). BMC Health Serv Res. 2011 [acceso 17/01/2019];11(165):1-10. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-165>
5. Ramos F, Coca SM, Abeldano RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enferm Universit. 2017 [acceso 17/01/2019];14(1):47-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>
6. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Nursing professionals and health care assistants' perception of patient safety culture in the operating room (English). Enferm Clín. 2015 [acceso 17/01/2019];25(2):64-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5073920>
7. Minuzzi AP, Chiodelli N, Melissa Locks OH. Avaliacao da cultura de segurança do paciente em Terapia Intensiva na perspectiva da equipe de saúde. Texto contexto - enferm. 2016 [acceso 17/01/2019];25(2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Mnp97dqdZnwT7MFffCPqNbN/?lang=pt#>
8. Rezaean M, Aqaie Borz Abad P, Yazdanpanah A, Zinat Motlagh S, Armaghane d. Patient safety culture status from the perspective medical staff of Yasuj hospitals in 2015. Armaghane Danesh Bimonthly Journal. 2016 [acceso 17/01/2019];0(10):935-46. Disponible en: <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-979-en.pdf>
9. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de Seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc Enferm. 2011 [acceso 17/01/2019];17(3):97-111. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009

10. Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, Lwanga S. Adequacy of Sample Size in Health Studies New York: World Health Organization; 1990.
11. Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enferm Univers*. 2017;14(2):111-17. DOI: [10.1016/j.reu.2017.02.006](https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006)
12. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*. 2017 [acceso 17/01/2019];31(2):145-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777>
13. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad asistencial*. 2013 [acceso 17/01/2019];28(6):329-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-evaluacion-cultura-seguridad-del-paciente-S1134282X13000511>
14. Castañeda Jaramillo SC, Henao Mazo Y. Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín. Trabajo de grado. Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia. Medellín; 2015.
15. Lopez Pinzón V, Puentes Vega MA, Ramirez AL. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Tesis. Maestría en Administración en Salud. Universidad del Rosario. Bogotá; 2016. Disponible en: <https://n9.cl/h27dq>
16. Batoca Silva EM, Lopes Pedroza DL, Correia de Leca AP, Marques Silva D. Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Rev. Enf. Ref*. 2016 [acceso 17/01/2019];IV(9):89-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833011.pdf>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Gloria Lucía Arango: conceptualización; investigación; metodología; administración del proyecto; redacción y revisión del borrador original.

Blanca Flor Marlen Forero Niño: conceptualización; investigación; metodología; administración del proyecto; redacción y revisión del borrador original.