

Medición y análisis de la cultura de seguridad del paciente en una institución de 3 nivel de la ciudad de Ibagué

Measurement and analysis of patient safety culture in an institution 3 level in Ibagué city

LUIS FERNANDO GONZÁLEZ ACOSTA¹

DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA²

MARIA YINET MORALES BARRETO³

RESUMEN

La Clínica Asotrauma S.A.S. ha realizado cambios significativos en el modelo de atención de su recurso humano capacitándolo durante los últimos años, con el fin de formar una cultura de seguridad del paciente, que genere calidad del servicio y mitigación de prácticas inseguras.

Sin embargo, no se cuenta con una medición que permita conocer la efectividad de las diferentes estrategias aplicadas en los distintos servicios y por ello surge la necesidad de cuantificar la adherencia del personal a las prácticas de seguridad del paciente, instauradas por medio de un instrumento avalado y probado en otras instituciones como el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la AHRQ, versión en español.

Se pretende describir y realizar análisis bivariado de las diferentes preguntas resultantes para tratar de entender, cuáles son las áreas con mayor y menor grado de adherencia a la cultura de seguridad del paciente, y de esta manera priorizar las actividades.

Palabras clave: Seguridad, paciente, cultura organizacional (tomados de tesoro de la UNESCO).

Recibido: 31/10/2018 Devuelto para revisión: 13/11/2018 Aceptado: 22/11/2018.

ABSTRACT

The Asotrauma Clinic SAS has made significant changes in the model of care, human resources and training in recent years in order to establish a culture of patient safety that affects the quality of care and the reduction of unsafe practices in the process of patient care.

However, there is no measurement that allows knowing the effectiveness of the different strategies applied in the different services and for this reason the need arises to apply an instrument endorsed and proven in other institutions such as the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture", designed by the AHRQ, a Spanish version that allows to quantify the adherence of the staff to the established patient safety practices.

The aim is to describe and perform bivariate analysis of the different resulting questions to try to understand which are the areas with greater and lesser degree of adherence to the patient safety culture and in this way prioritize the activities.

Keywords: Security, patient, organizational culture (taken from UNESCO thesaurus).

¹ Enfermero, especialista en Epidemiología. Investigador líder del Centro de Investigación en Salud Clínica Asotrauma: CISCA. Clínica Asotrauma SAS. Correo electrónico: epidemiologia@asotrauma.com.co. Documento: 5.828.016. Teléfono: (8) 515 3000 ext. 130. Ibagué, Tolima, Colombia.

² Enfermera, especialista en auditoría y garantía de la calidad con énfasis en epidemiología. Investigadora del Centro de Investigación en Salud Clínica Asotrauma: CISCA. Clínica Asotrauma SAS. Correo electrónico: coordinacioncalidad@asotrauma.com.co. Documento: 38.361.393. Teléfono: (8) 515 3000 ext. 130. Ibagué, Tolima, Colombia.

³ Enfermera, especialista en gerencia de la calidad, especialista en pedagogía. Investigadora del Centro de Investigación en Salud Clínica Asotrauma: CISCA. Clínica Asotrauma SAS. Correo electrónico: seguridaddelpaciente@asotrauma.com.co. Documento: 1.110.506.138 Teléfono: (8) 515 3000 ext. 130. Ibagué, Tolima, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una dimensión fundamental para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, concepción que se remonta a finales del siglo pasado, pero solo a partir del año 2000, con la publicación del libro *Errar es Humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud (Gómez Ramírez, 2011); como consecuencia en la identificación del número de errores en la atención se han desarrollado políticas nacionales e intervenciones en las organizaciones de salud con el propósito de reducir el impacto de los eventos adversos y el suceso de los mismos.

Las acciones desarrolladas se encaminan a la construcción de una cultura de seguridad del paciente que impacte de manera positiva la calidad en la prestación de los servicios de salud. El trabajo conjunto entre el equipo directivo, administrativo y asistencial es indispensable para hacer que las estrategias de seguridad reduzcan los riesgos de ocasionar incidentes o eventos adversos en los pacientes; sin embargo, no es suficiente el conocimiento de las mismas, es necesario la puesta en marcha y el seguimiento permanente que las mantenga activas en el tiempo para así llegar a hablar de una cultura organizacional de seguridad del paciente.

La realización de una evaluación de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud es solo el primer paso para definir y refinar una sólida cultura de seguridad (Johan, Ward, Niek, & Vleugels, 2007). Múltiples organizaciones internacionales de acreditación ahora requieren evaluaciones de cultura de seguridad del paciente dentro de sus estándares para que los hospitales puedan medir y evaluar asuntos como trabajo en equipo, acciones gerenciales, apoyo de la administración superior y liderazgo para apoyar la seguridad del paciente, desafíos de personal, informes de incidentes y otros relacionados problemas (Deilkas

ET, 2008). Dicha aplicación permite a las instituciones de salud conocer de forma más clara las áreas donde necesitan enfocar su atención como parte de sus esfuerzos para fortalecer la cultura de seguridad del paciente (Smiths, Wagner, & Spreeuwenberg, 2009). Además, cuando los hospitales realizan tales evaluaciones, también pueden comparar sus resultados con iniciativas similares realizadas en su país o en el plano internacional.

METODOLOGÍA

El desarrollo del presente estudio es de corte descriptivo – transversal; se aplicó a 219 personas de las diferentes áreas administrativas y asistenciales de una institución del nivel 3 en la ciudad de Ibagué, que ha venido trabajando e implementando actividades y estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

Se excluyeron:

- Personal en licencia administrativa o por enfermedad prolongada.
- El personal que ha sido trasladado de área en el último año.
- Personal con menos de 1 año de experiencia en la clínica.

Se asignó a un colaborador con un dispositivo electrónico (Tableta) para aplicar la encuesta en formulario de google al personal seleccionado y resolviera posibles dudas. Se pidió a los encuestados que se abstuvieran de escribir sus nombres o cualquier información que los identificara en cualquier parte de la encuesta.

Se utilizó como herramienta de medición el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la AHRQ versión en español, el cual se ha validado anteriormente (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2005). El muestreo se aplicó a todos los empleados de planta y por prestación de servicios, según información suministrada por la oficina

de talento humano para el mes de julio de 2018.

Los datos se analizaron usando SPSS 24.0 (valor $p = 0.05$). La herramienta de encuesta incluye 42 elementos que miden 12 compuestos. Los ítems tienen una redacción positiva y negativa, que se puntúan utilizando una escala de cinco puntos que refleja el acuerdo / frecuencia del encuestado (incluida una categoría neutral). Se calculó el porcentaje de respuesta positiva dentro de cada compuesto. Las preguntas redactadas de forma negativa se convirtieron antes del cálculo, en porcentajes positivos. La consistencia interna se calculó usando el alfa de Cronbach con resultado 0.725, la cual se considera aceptable (George & Mallery, 2003).

La encuesta tiene un total de 4 variables de resultado. Las dos primeras son la frecuencia de eventos informados y la percepción general de seguridad que se miden dentro de los 12 compuestos (Informe Nacional de Calidad y Disparidades en Salud, 2016). Las dos variables de resultado restantes son el grado de seguridad del paciente y el número de eventos informados que se miden como preguntas separadas de opción múltiple.

El análisis bivariado incluyó *ANOVA* f-test el cual se utilizó para examinar la asociación entre las dos variables de resultado con los compuestos de cultura de seguridad del paciente. A la vez, se utilizó el estadístico de Tukey para determinar las diferencias en las significancias en los grupos de las variables de resultado con respecto a las dimensiones de seguridad.

Se construyó un Modelo de regresión lineal mixto (las dos variables de resultado son: la frecuencia de eventos informados y la percepción general de seguridad). Las variables independientes se ingresaron como variables ficticias. Los dos resultados categóricos se recodificaron en menos categorías para el propósito de este análisis. El resultado en la calificación de

seguridad del paciente se recodificó en tres categorías: Insuficiente o fallido, Aceptable y Excelente/Bueno. El resultado del número de eventos informados se recodificó en > 5 eventos informados, 1 a 5 eventos informados, y No se informaron eventos.

Los resultados se compararon con estudios similares en los Estados Unidos, España y Colombia. La comparación con el valor de referencia se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$\% \text{ Distancia desde el punto de referencia} = (\text{valor de referencia} - \text{resultado del hospital}) / \text{valor de referencia} * 100$$

Los valores inferiores al 10% se clasificaron como, que cumplen o superan el índice de referencia. Aquellos entre 10 y 50% fueron categorizados como ligeramente desviados del índice de referencia. Aquellos que exceden el 50% fueron categorizados como altamente desviados de la referencia.

RESULTADOS

Un total de 219 empleados contestaron todos los ítems de la encuesta. A continuación, los resultados:

Características demográficas

La mayoría de los encuestados eran mujeres (63%), tienen un título técnico (40,6%). El grupo más representativo de las personas encuestadas pertenece al área de urgencias (15,1%) mientras que el 10,5% pertenece a unidad de cuidado intensivo y el 10% a hospitalización. Por otra parte, el grupo poblacional más predominante de las personas de la muestra es el de auxiliares de enfermería (33,3%) seguido de personal de administración/dirección con el 17,8%. Por último, el 73% de las personas encuestadas respondieron que si tienen interacción directa con pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la muestra,
estudio medición sobre cultura de seguridad del paciente en hospital de nivel 3 de Ibagué

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	81	37
Femenino	138	63
Nivel Educativo		
Primaria	1	0,5
Bachiller	12	5,5
Tecnológico	30	13,7
Técnico	89	40,6
Profesional	74	33,8
Especialización	13	5,9
Área de trabajo		
Diversas unidades de la clínica/Ninguna en específica	10	4,6
Hospitalización	22	10
Quirófano	35	16
Urgencias	33	15,1
Unidad de cuidados intensivos	23	10,5
Farmacia	11	5
Imágenes diagnosticas	8	3,7
Admisiones	8	3,7
Consulta externa	10	4,6
Administración	15	6,8
Facturación/glosas/cartera	18	8,2
Contabilidad	6	2,7
Otro	20	9,1
Cargo en la institución		
Enfermero/a jefe	17	7,8
Auxiliar de enfermería	73	33,3
Terapista respiratoria	5	2,3
Médico/a	11	5
Servicio farmacéutico	10	4,6
Instrumentador/a	7	3,2
Unidad/oficinista/secretaria	22	10
Laboratorio, radiología, mantenimiento	9	4,1
Administración/dirección	39	17,8
Otro	26	11,9
Interacción con pacientes		
Sí	161	73,5
No	58	26,5

Fuente: González F, Garrido C, Morales Y.

Áreas de fortalezas y áreas que requieren mejoras

Las doce dimensiones se examinaron para determinar las áreas de fortaleza: aquellas con una calificación positiva del 70% o superior y las que requieren mejora: con una puntuación inferior al 70% (Sorra J., 2004).

Las dimensiones con la puntuación más alta y, por tanto, las que se consideran como fortalezas fueron en su orden: Aprendizaje organizacional - Mejora continua (84.2%), Apoyo de gestión para la seguridad del paciente (82.8 %), Comentarios y comunicación sobre el error (72.8 %) y Trabajo en equipo en la unidad (72.6 %). Las ocho dimensiones restantes obtuvieron puntuación positiva inferior al 70% por lo que se considera que son opciones de mejora: Trabajo en equipo entre las diferentes unidades (68.7%), Frecuencia de eventos reportados (66.1%), Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente (65.2%), Percepciones generales de la seguridad del paciente (61.6%), Traslados y entregas de turno (61.2 %), Apertura de la comu-

nicación (50.1%), Cantidad de personal (45.1 %), Respuesta no punitiva al error (37.1 %).

Se revisaron los ítems de las áreas consideradas de fortaleza para identificar los de mayor peso, encontrando que el ítem, la Dirección de esta clínica provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente con el 92,2% fue el de mayor peso estadístico, seguido de, en esta unidad el personal se trata con respeto, con el 91,8% y en tercer lugar, las acciones de la Dirección de esta clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria 91,3%.

La puntuación de los ítems con menor valor nos muestra: En primer lugar, frecuentemente trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente (26,5%), seguido de, el personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (33,3%) y en tercer lugar, cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan (34,2%) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de respuestas positivas en las diferentes áreas de investigación

1. Trabajo en equipo en la unidad	% Positivo	% Neutral	% Negativo
La gente se apoya en esta unidad	85,4 %	8,2 %	6,4 %
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo	79,0 %	11,0 %	10,0 %
En esta unidad, el personal se trata con respeto	91,8 %	4,6 %	3,7 %
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan	34,2 %	23,3 %	42,5 %
Promedio de trabajo en equipo	72,6 %	11,8 %	15,6 %
2. Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven 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 paciente	75,8 %	17,8 %	6,4 %
Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	79,9 %	14,2 %	5,9 %
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo (R)	40,6 %	30,1 %	29,2%
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez. (R)	64,4 %	16,0 %	19,6 %
Promedio de expectativas y acciones del supervisor que promueven la seguridad del paciente	65,2 %	19,5 %	15,3 %
3. Aprendizaje organizacional - mejora continua			
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente	89,0 %	8,2 %	2,7 %
Los errores han llevado a cambios positivos aquí	82,2 %	13,2 %	4,6 %
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	81,3 %	13,7 %	5,0 %
Promedio de aprendizaje organizacional - mejora continua	84,2 %	11,7%	4,1%
4. Apoyo de gestión para la seguridad del paciente			
La Dirección de esta clínica provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	92,2 %	4,6%	3,2%
Las acciones de la Dirección de esta clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	91,3 %	5,0%	3,7%
La Dirección de la clínica parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso (R)	64,8 %	8,2%	26,9%
Promedio de gestión para la seguridad del paciente	82,8 %	5,9%	11,3%
5. Percepciones generales de la seguridad del paciente			
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí (R)	44,3 %	29,7%	26,0%
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	58,9 %	20,5%	20,5%
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad (R)	70,8 %	15,5%	13,7%
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir	72,6 %	19,2%	8,2%
Promedio de percepción general de seguridad del paciente	61,6 %	21,2%	17,1%
6. Comentarios y comunicación sobre el error			
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	63,0 %	26,5%	10,5%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	74,0 %	16,9%	9,1%
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	81,3 %	14,6%	4,1%

Promedio de comentarios y comunicación del error	72,8 %	19,3%	7,9%
---------------------------------------------------------	---------------	--------------	-------------

7. Apertura de la comunicación

El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	60,3 %	26,9%	12,8%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	33,3 %	31,5%	35,2%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (R)	56,6 %	25,6%	17,8%
Promedio apertura de la comunicación	50,1 %	28,0%	21,9%

8. Frecuencia de eventos reportados

Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	64,4 %	23,7%	11,9%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	62,6 %	24,7%	12,8%
Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	71,2 %	18,7%	10,0%
Promedio de frecuencia de reporte de eventos	66,1 %	22,4 %	11,6 %

9. Trabajo en equipo entre las diferentes unidades

Las unidades de esta clínica no se coordinan bien entre ellas (R)	52,5 %	23,7 %	23,7 %
Hay buena cooperación entre las unidades de la clínica que necesitan trabajar juntas	66,7 %	21,5 %	11,9 %
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta clínica (R)	68,9 %	20,1 %	11,0 %
Las unidades de la clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes	86,8 %	7,8 %	5,5 %
Promedio de trabajo en equipo entre las diferentes unidades	68,7 %	18,3 %	13,0 %

10. Cantidad de personal

Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	59,4 %	21,0 %	19,6 %
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente (R)	52,1 %	24,2 %	23,7 %
Usamos personal temporal para el cuidado del paciente (R)	42,5 %	24,7 %	32,9 %
Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente (R)	26,5 %	24,2 %	49,3 %
Promedio de cantidad de personal	45,1 %	23,5 %	31,4 %

11. Traslados y entregas de turno

La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra (R)	58,4 %	24,2 %	17,4 %
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno (R)	59,8 %	24,7 %	15,5 %
Los cambios de turnos afectan la calidad del cuidado a los pacientes (R)	69,9 %	18,3 %	11,9 %
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de esta clínica (R)	56,6 %	28,3 %	15,1 %
Promedio de traslados y entregas de turno	61,2 %	23,9 %	15,0 %

12. Respuesta no punitiva al error

El personal siente que sus errores son considerados en su contra (R)	43,4 %	33,8 %	22,8 %
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema (R)	36,1 %	27,4 %	36,5 %
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes (R)	32,0 %	30,1 %	37,9 %

Promedio respuesta no punitiva al error	37,1 %	30,4 %	32,4 %
------------------------------------------------	---------------	---------------	---------------

* el % de respuestas positivas se calculó usando la siguiente formula: (número de respuestas positivas en el ítem/número total de respuestas en el ítem (positivo, neutral y negativo) x 100

(R) Preguntas redactadas de forma negativa con codificación inversa

Fuente: González F, Garrido C, Morales Y.

Asociación entre el grado de seguridad del paciente y el número de eventos reportados

Las personas encuestadas que respondieron grado de seguridad del paciente muy bueno/excelente fueron las de mayor media. El traslado y entrega de turno, trabajo en equipo entre las diferentes unidades y respuesta no punitiva al error, presentaron la puntuación media más alta en grado de seguridad del paciente, mientras que frecuencia de eventos reportados, comentarios y comunicación sobre el error y apertura

en la comunicación obtuvieron la puntuación más baja en relación con grado de seguridad del paciente. La cantidad de eventos informados no presentó más de 5 eventos reportados en el último año. El traslado y entrega de turno, trabajo en equipo entre las diferentes unidades y respuesta no punitiva al error, obtuvieron la puntuación media más alta en número de eventos reportados, y por el contrario, frecuencia de eventos reportados, comentarios y comunicación sobre el error y apertura en la comunicación, presentan la puntuación media más baja.

Tabla 3. Comparación entre el grado de seguridad del paciente y la cantidad de eventos reportados con los puntajes de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente (rango de puntaje de las dimensiones: 1 a 5)

	Grado de seguridad del paciente				Cantidad de eventos reportados			
	sig	Pobre o deficiente	Aceptable	Muy bueno / Excelente	sig	Ningún reporte	1 a 2 reportes	3 a 5 reportes
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
Trabajo en equipo en la unidad.	b	2,63 (0,509)	2,88 (0,490)	2,96 (0,467)	--	2,9 (0,486)	2,84 (0,552)	2,98 (0,410)
Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente.	a,b,c,	2,66 (0,630)	3,17 (0,501)	3,11 (0,498)	--	3,08 (0,524)	3,31 (0,527)	3,01 (0,570)
Aprendizaje organizacional - mejora continua.	a,b	2,33 (0,444)	2,80 (0,361)	2,88 (0,300)	--	2,8 (0,354)	2,69 (0,571)	2,91 (0,216)
Apoyo de gestión para la seguridad del paciente.	a,b	2,75 (0,736)	3,21 (0,442)	3,1 (0,557)	--	3,11 (0,549)	3,22 (0,499)	2,97 (0,505)
Percepciones generales de la seguridad del paciente.	b	2,79 (0,608)	3,07 (0,538)	3,1 (0,484)	--	3,06 (0,525)	2,93 (0,498)	3,23 (0,493)
Comentarios y comunicación sobre el error.	a,b,c	2,12 (0,640)	2,59 (0,492)	2,79 (0,362)	--	2,65 (0,481)	2,51 (0,602)	2,79 (0,225)
Apertura de la comunicación.	b	2,32 (0,652)	2,63 (0,552)	2,79 (0,579)	--	2,7 (0,568)	2,63 (0,790)	2,55 (0,637)
Frecuencia de eventos reportados.	a,b,c	2,07 (0,589)	2,45 (0,750)	2,7 (0,632)	--	2,55 (0,613)	2,47 (0,646)	2,55 (0,563)
Trabajo en equipo entre las diferentes unidades.	a,b	2,7 (0,581)	3,22 (0,554)	3,16 (0,581)	--	3,15 (0,578)	3,03 (0,734)	3,32 (0,434)
Cantidad de personal.	--	2,67 (0,629)	2,71 (0,599)	2,75 (0,705)	--	2,73 (0,654)	2,82 (0,754)	2,52 (0,506)
Traslados y entregas de turno.	b,c	3,16 (0,800)	3,49 (0,684)	3,96 (0,842)	--	3,71 (0,830)	3,71 (0,756)	3,5 (0,859)
Respuesta no punitiva al error.	--	3,16 (0,642)	3,04 (0,814)	3,2 (0,866)	--	3,12 (0,780)	3,22 (1,317)	3,21 (0,778)

DE = Desviación Estándar

Grado de seguridad del paciente

- a. Diferencias significativas entre pobre o deficiente y aceptable.
- b. Diferencias significativas entre pobre o deficiente y muy bueno/excelente.
- c. Diferencias significativas entre aceptable y muy bueno/excelente.

Cantidad de eventos reportados

- a. Diferencias significativas entre ningún reporte y 1 a 2 reportes.
- b. Diferencias significativas entre ningún reporte y 3 a 5 reportes.
- c. Diferencias significativas entre 1 a 2 reportes y 3 a 5 reportes.

Fuente: González F, Garrido C, Morales Y.

La regresión lineal mixta muestra que un aumento de informes en el personal asistencial mejora la frecuencia de eventos reportados, los demás componentes evaluados no presentaron diferencias significativas. Por otro lado, se encuentra mayor percepción de seguridad del paciente en el personal asistencial, de enfermería e instrumentadores qui-

rúrgicos y en el que tiene relación diaria directa con los pacientes. Se observa mayor percepción de seguridad si aumenta el puntaje en aprendizaje organizacional/mejora continua, comentarios y comunicación sobre el error, trabajo en equipo entre las diferentes unidades y traslados y, entregas de turno.

Tabla 4. Regresión lineal mixta de los factores que influyen en la percepción de seguridad del paciente y la frecuencia de eventos reportados

COMPONENTES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Frecuencia de eventos reportados			Percepción de seguridad del paciente		
	Beta	Error estándar	valor p	Beta	Error estándar	valor p
Trabajo en equipo en la unidad	0,015	0,082	0,851	-0,032	0,092	0,73
Expectativas y acciones del supervisor / gerente que promueven la seguridad del paciente	0,038	0,082	0,639	-0,032	0,092	0,726
Aprendizaje organizacional - Mejora continua	-0,014	0,117	0,902	0,46	0,131	0,001
Apoyo de gestión para la seguridad del paciente	-0,035	0,073	0,63	-0,081	0,082	0,324
Percepciones generales de la seguridad del paciente	0,019	0,076	0,8	0,001	0,086	0,991
Comentarios y comunicación sobre el error	0,069	0,093	0,46	0,272	0,105	0,01
Apertura de la comunicación	-0,089	0,071	0,213	0,049	0,08	0,544
Frecuencia de eventos reportados	-0,02	0,065	0,759	0,096	0,073	0,194
Trabajo en equipo entre las diferentes unidades	0,045	0,077	0,559	-0,19	0,087	0,03
Cantidad de personal	-0,05	0,06	0,405	0,041	0,067	0,545
Traslados y entregas de turno	-0,045	0,051	0,378	0,231	0,057	<0,001
Respuesta no punitiva al error	0,05	0,051	0,333	-0,014	0,058	0,809
SEXO						
Hombre	-0,067	0,07	0,337	0,097	0,091	0,283
mujer	0	0		0	0	
NIVEL EDUCATIVO						
Bachiller	0	0		0	0	
Tecnológico	0,267	0,170	0,118	0,117	0,222	0,599
Técnico	0,157	0,153	0,305	0,121	0,200	0,546
Profesional	0,189	0,155	0,223	0,264	0,202	0,193
Especialización	0,154	0,199	0,441	0,288	0,26	0,268
AREA DE TRABAJO						

Administrativo	0	0	0	0	0	
Asistencial	-0,241	0,076	0,002	0,299	0,099	0,022
CUANTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA						
Menos de 20 horas	0	0	0	0	0	
20 a 39 horas	0,107	0,259	0,679	-0,018	0,334	0,957
40 a 59 horas	0,034	0,192	0,861	0,298	0,248	0,231
EXPERIENCIA EN LA INSTITUCION						
1 a 5 años	-0,117	0,193	0,545	-0,293	0,25	0,243
6 a 15 años	-0,090	0,203	0,657	-0,345	0,263	0,191
16 años y mas	0	0	0	0	0	
CARGO EN LA INSTITUCION						
Personal de enfermería	-0,042	0,111	0,708	0,364	0,137	0,008
Terapista respiratoria	-0,031	0,245	0,900	0,331	0,3	0,272
Medico	0,042	0,180	0,816	0,094	0,221	0,67
Servicio farmacéutico	-0,031	0,186	0,869	0,031	0,229	0,893
Instrumentador	0,198	0,213	0,355	0,588	0,262	0,026
Administración, secretaria	-0,116	0,117	0,324	-0,138	0,144	0,339
Laboratorio	-0,231	0,194	0,235	0,175	0,238	0,462
Otra	0,000	0,000		0	0	
INTERACCION CON PACIENTES						
Si	0,008	0,076	0,92	0,29	0,097	0,003
No	0,000	0,000		0	0	

Fuente: González F., Garrido C., Morales Y.

En la tabla 5 se encuentra la comparación de los porcentajes de respuesta positiva entre la Clínica Asotrauma, con mediciones en USA (Famolaro, 2018), España (MSSSI, 2014) y Colombia (Castañeda, 2015). Al comparar los resultados con el hospital en Colombia encontramos igualdad o mejora en todos los componentes de seguridad (casillas verdes); al comparar con medición en España se encuentran diferencias entre el 10 % - 50% (casillas amarillas) de menor calificación en los componentes de trabajo

en equipo en la unidad, apertura en la comunicación, cantidad de personal y respuesta no punitiva al error; por otro lado, en la comparación con la medición en USA se encuentran componentes con menor calificación en expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente y apertura de la comunicación. El promedio general de los componentes de seguridad no presenta variaciones significativas entre los estudios de comparación.

Tabla 5. Comparación de porcentaje positivo en las dimensiones de cultura de seguridad del paciente, Clínica Asotrauma - USA - España - Colombia

Dimensiones	Clínica Asotrauma %	USA % com	ESPAÑA % com	COLOMBIA % com
Trabajo en equipo en la unidad	72	82	86	73
Expectativas y acciones del supervisor/gerente que promueven la seguridad del paciente	65	80	75	74
Aprendizaje organizacional - mejora continua	84	72	71	86
Apoyo de gestión para la seguridad del paciente	82	72	58	91
Percepciones generales de la seguridad del paciente	62	69	69	62
Comentarios y comunicación sobre el error	73	67	75	79
Apertura de la comunicación	50	66	65	59
Frecuencia de eventos reportados	66	66	72	70
Trabajo en equipo entre las diferentes unidades	69	62	54	71
Cantidad de personal	45	53	63	48
Traslados y entregas de turno	61	48	61	61
Respuesta no punitiva al error	37	47	62	46
Promedio	64	65	68	68

Cumple o mejor que el índice de referencia (resultados dentro del 10 % del índice de referencia)

Se desvía ligeramente del índice de referencia (los resultados son del 10 al 50 % del índice de referencia)

Desviación del índice de referencia (resultados superiores al 50 % de diferencia con el índice de referencia)



Fuente: González F., Garrido C., Morales Y.

Discusión

En las bases de datos consultadas Elsevier y PubMed no se encontraron estudios de medición de la adherencia a la cultura de seguridad del paciente en la región. A pesar de tener algunas áreas de fortaleza se encontraron múltiples áreas susceptibles de mejora, las más significativas son: respuesta no punitiva al error, cantidad de personal y apertura de la comunicación.

La respuesta no punitiva al error obtuvo la puntuación más baja, concordando con las mediciones comparadas; esto refleja la necesidad de invertir en iniciativas de mejora del sistema y fortalecer la cultura de seguridad del paciente al tratar de abordar los errores en la atención hospitalaria. Se ha encontrado sistemáticamente que el temor al castigo reduce la frecuencia de los informes de errores y esto se confirma en los hallazgos de la regresión.

El análisis de regresión lineal muestra que se encuentra menor número de reporte de eventos adversos en el personal asistencial; esto es crítico, dado que al ser el personal que está directamente relacionado con la atención del paciente supondría que deben estar más cercanos a la cultura de reporte. Además, los errores a menudo no se reportan por una variedad de razones, como el miedo, la humillación, una cultura punitiva de presentación de informes o un seguimiento limitado después de informar un error. Por otra parte, la percepción de seguridad del paciente es mayor y estadísticamente significativa en el personal asistencial, en el grupo de enfermería e instrumentadoras, y el personal que comúnmente tiene interacción con los pacientes. Se encontró una mejora en la percepción de seguridad del paciente al aumentar el aprendizaje organizacional/mejora continua, los comentarios y comunicación sobre el error, el trabajo en equipo entre las diferentes unidades y, por último, traslados y entregas de turno.

La comparación de la presente institución con otras entidades de referencia demuestra que la respuesta no punitiva al error es el ítem con menor calificación positiva lo que supone un desafío para la

administración en el sentido de equilibrar una fórmula bimodal en la que, ante el reporte de eventos adversos, no se llegue a la acción punitiva ni al elogio, dado que en el fondo fue un error que produjo daño al paciente.

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio que se realiza para medir la seguridad del paciente en la institución y en la región. Mejorar la cultura de seguridad del paciente es fundamental si las instituciones de salud desean mejorar la calidad y la seguridad de los servicios prestados. La cultura general de seguridad de atención dentro de un servicio de salud puede reflejar las acciones y esto puede revelarse en los resultados de los pacientes. Los hallazgos del estudio pueden guiar e informar las estrategias a nivel de la institución para mejorar aún más los sistemas que rigen las prácticas de seguridad del paciente. La comparación de los hallazgos con el desempeño de instituciones en otros países de la región puede ayudar a las instituciones de salud y líderes a visualizar el desempeño y establecer objetivos realistas de mejora. Se debe invertir en las áreas que afectan a la cultura general de seguridad del paciente, en particular a la presentación de informes de eventos y en la respuesta no punitiva al error si se desea una respuesta eficaz.

Financiamiento

No se proporcionaron fondos para la realización del presente estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses en el presente estudio.

REFERENCIAS

- Calidad, A.f.H.R.a. /2016. Informe Nacional de Calidad y Disparidades en Salud. Recuperado de <https://nhqr-net.ahrq.gov/inhqrdr/>.
- Castañeda, H., Garza, R., González, J., Pineda, M., Acevedo, G., & Aguilera, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal

- de enfermería. *Cienc. enferm.* 19 (2), 77-88 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.
- Fajardo, G., Rodríguez, J., Arboleda, H., Rojano, C., Hernández, F., & Santacruz, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir*, 78 (6), 527-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010>
- Famolaro, T., Yount, N., Burns, W., et al. (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March AHRQ Publication No. 16-0021-EF. Recuperado de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., et al. (2018). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF. Recuperado de: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient_safety/patientsafetyculture/2018hospitalopsreport.pdf
- George, D., Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 Update (4th ed). Recuperado de: <https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Gómez Ramírez, O. et al. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc. enferm.* 17, (3), 97-111. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es&nrm=iso
- Johan H., Ward, S., Nick, K., & Vleugels, A. (2007). Desafiendo la cultura de seguridad del paciente: resultados de la encuesta, *Revista Internacional de Garantía de Calidad de la Atención de Salud*, 20 (7), pp. 620-632. <https://doi.org/10.1108/09526860710822752>
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., et al. (2009). Transformando la salud: un imperativo de seguridad. *BMJ Quality & Safety* 18, 424-428.
- Lewis, R. Q., & Fletcher, M. (2005). Implementación de una estrategia nacional para la seguridad del paciente: lecciones del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra. *Calidad y seguridad en la atención de salud*, 14 (2), 135-9.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2000). Decreto 4747 de 2000 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2006). Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). Resolución 0123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). Resolución 00002003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. Recuperado de: <https://www.seguridaddel-paciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- Milstead, J. A. (2005). La cultura de la seguridad. *Política, política y práctica de enfermería*, 6 (1), 5154.

<https://doi.org/10.1177/1527154404272146>.

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Evaluación de la cultura de seguridad: una herramienta para mejorar la seguridad del paciente en organizaciones de salud. *Calidad y seguridad en la atención de salud*, 12 Suppl 2 (Suppl 2), ii17-23. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765782/>

(MSSSI), M. d. (2014).

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003). La medición cuantitativa de la cultura organizacional en la atención de salud: una revisión de los instrumentos disponibles. *Investigación en servicios de salud*, 38 (3), 923-45.

Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., et al. (2009). Medición de la cultura de seguridad del paciente: una evaluación del agrupamiento de respuestas a nivel de unidad y nivel de hospital *BMJ Quality & Safety* 18, 292-296. Recuperado de: <https://qualitysafety.bmj.com/content/18/4/292>.

Sorra J, et al. Encuesta hospitalaria sobre seguridad del paciente. *Cultura*. 2004; Recuperado de: <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS83504>.