

Evaluación del programa de seguridad de paciente de un hospital de primer nivel según la percepción de la cultura de los trabajadores

**Gina Paola Ayala ¹, Sunny Del Rocío Raga ², Flor Nancy Díaz-Piraquive³,
Javier Leonardo González⁴**

¹Maestría en Administración de Salud. Escuela de Administración. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. gina.ayala@urosario.edu.co

² Maestría en Administración de Salud. Escuela de Administración. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. sunny.raga@urosario.edu.co

³Grupo de Investigación Gestión Empresarial & Gestión de la Innovación GEGI. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. fndiaz@ucatolica.edu.co

⁴Escuela de Administración. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.
javier.gonzalez@urosario.edu.co

Introducción: La seguridad del paciente es un tema esencial para todos los trabajadores del área de la salud, de allí la importancia de analizar la cultura en las instituciones sanitarias.

Objetivo: Evaluar la percepción de la cultura del programa de seguridad del paciente por parte de los trabajadores de un hospital de primer nivel, con el fin de proporcionar acciones de mejora a la solución de la reacción a eventos adversos.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo en el cual se evaluó la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores de un hospital de primer

nivel en el Tolima, Colombia durante el segundo trimestre del 2017 por medio del *cuestionario Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS)* traducido, adaptado y validado para atención primaria en salud por el Ministerio de Sanidad de España.

Resultados: el cuestionario se aplicó a 71 trabajadores pertenecientes tanto al área asistencial como no asistencial del hospital. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de aprendizaje organizacional, seguimiento de la atención a los pacientes, formación del personal sanitario y trabajo en equipo con un 84%, 79%, 79% y 71% de respuestas positivas. Las dimensiones con menor valoración fueron ritmo de trabajo, comunicación sobre el error y comunicación franca las cuales requieren acciones de mejora.

Conclusiones: la percepción global de la cultura de seguridad del paciente refiere la necesidad de aumentar acciones de mejora a nivel institucional, apoyados en las dimensiones sobresalientes.

Palabras clave: seguridad del paciente, cultura de seguridad, hospital, calidad, atención en salud, eventos adversos, riesgos, MOSPS.

Evaluation of the security program of a first level hospital according to the perception of the culture of the workers

Introduction: Patient safety is an essential issue for all workers in the health area, hence the importance of analyzing culture in health institutions.

Objective: To evaluate the perception of the culture of the patient safety program by the workers of a first level hospital, in order to provide improvement actions to the solution of the reaction to adverse events.

Materials and methods: a descriptive study was carried out in which the safety culture of the patient of the workers of a first level hospital in Tolima, Colombia during the second quarter of 2017 was evaluated by means of the questionnaire Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPS) translated, adapted and validated for primary health care by the Ministry of Health of Spain.

Results: the questionnaire was applied to 71 workers belonging to both the care and non-assistance areas of the hospital. The best valued dimensions were those of organizational learning, monitoring of patient care, training of health personnel and teamwork with 84%, 79%, 79% and 71% of positive responses. The dimensions with lower valuation were rhythm of work, communication about the error and frank communication which require improvement actions.

Conclusions: the overall perception of the patient safety culture refers to the need to increase improvement actions at the institutional level, supported by outstanding dimensions.

Keywords: patient safety, safety culture, hospital, quality, health care, adverse events, risks, MOSPS

Introducción

La seguridad del paciente es un principio fundamental en la atención en salud y hace relevante su importancia debido a la peligrosidad de los procesos que se llevan a cabo durante las actividades sanitarias. De allí que se enfatice en los esfuerzos que requieren los sistemas de salud para mejorar su desempeño, basados éstos, en el enfoque de riesgos tanto de seguridad a nivel de medicamentos, equipos, prácticas clínicas, como aspectos medio ambientales y el control de las infecciones (1).

En la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente elaboradas por el Ministerio de Salud (2), la seguridad de paciente “es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.

Así mismo, la seguridad del paciente es considerada como una dimensión de la calidad, la cual se aplica en todos los servicios de una institución de salud, basada en el registro, análisis y prevención de los fallos durante la atención clínica (3).

De tal manera, que la seguridad del paciente es un aspecto muy importante en las instituciones sanitarias, por ello en este tema es indispensable mencionar la palabra incidente, que según la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud “es un evento o circunstancia que sucede en

la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención” (2).

Los incidentes más frecuentes en la atención en salud están relacionados a las infecciones nosocomiales, las caídas, la administración de medicamentos, procesos de vacunación y fallas de los equipos médicos; presentándose con mayor frecuencia en los cambios de turno y en baja cantidad por conductas inapropiadas de los pacientes (4).

Otro aspecto a tener en cuenta en el tema de seguridad del paciente, son los eventos adversos, los cuales para el Ministerio de Salud (2), “son sucesos no intencionales, que generan daño, durante el proceso de atención al paciente y pueden ser prevenibles y no prevenibles”. Los primeros se caracterizan porque se pueden evitar con adherencia a protocolos establecidos y los segundos suceden a pesar de haberse cumplido con los estándares.

En el estudio IBEAS (5) el evento adverso se define como: “todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica, que ha causado muerte, lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”, de allí la responsabilidad de las entidades de salud para velar por los cuidados de los usuarios.

Para ilustrar de manera estadística los riesgos de los incidentes y eventos adversos en salud; se evidencia en un estudio realizado por Gaal y Cols, que de 1000 pacientes que fueron atendidos en 20 centros de salud, se encontraron 211

incidentes, de los cuales, 58 generaron un daño. Por otro lado, Lucas-Imbernon expresaron en su investigación que el 14,3% de los incidentes estuvieron relacionados con la medicación, el 26.5% relacionados con infecciones nosocomiales, 35.7% se debían a inconvenientes técnicos en los procedimientos, el 11.2% atribuidos a diagnósticos y el resto a otras causas. De los cuales el 12.2% del daño causado fue leve, el 78.6% moderado y el 8.2% severo (4).

Debido a que el tema de los eventos adversos es algo global a nivel de salud, en España desarrollaron una investigación con el objetivo de explorar qué se está haciendo en los hospitales y en atención primaria para aminorar el impacto social que causan estos eventos en especial los graves, encontrando que el 45,2% de atención primaria y el 54,8% de los hospitales no tenían un plan para solucionar las crisis presentadas frente a los eventos adversos, lo cual generó desconfianza y pérdida de reputación en la atención (6).

De tal manera, que las estrategias para alcanzar una atención segura, están encaminadas al desarrollo y apropiación de la política de seguridad del paciente con énfasis en la información, comunicación, prevención de riesgos y significativamente la cultura y clima dentro de las instituciones de salud, haciendo uso adecuado de los sistemas de notificación y acciones de mejora continua (3).

Las organizaciones hospitalarias enfrentan un desafío diario frente a la cultura de seguridad del paciente por parte de sus colaboradores, por ello este aspecto debe ser valorado casi que obligatoriamente, ya que puede facilitar los procesos y los resultados satisfactorios de los sistemas de salud (7).

De tal modo, que al valorar la seguridad del paciente se identifica que está directamente relacionada con la cultura y en efecto, Pinheiro y Junior (8) lo confirman definiendo la cultura como “un conjunto de convicciones, objetivos, normas, rituales y manera de resolver conflictos entre sus miembros”, por ello las organizaciones deben especificar claramente a sus colaboradores lo que esperan de ellos, enfatizar en los valores, principios, políticas y normas de la organización, con el fin de que todo el personal apunte a los mismos objetivos.

Igualmente, Mir, Falcó, & De la Puente (9) definen la cultura de seguridad del paciente como “los valores, competencias, actitudes y precepciones tanto a nivel individual como grupal que determinan el cuidado de un paciente.

La seguridad del paciente ha sido un tema de interés en el sector salud y se ha venido trabajando desde hace varios años en Colombia, con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el cual especifica la implementación imperativa de la política de seguridad de paciente en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales deben acogerse y cumplir la norma, siendo esta una de las prioridades para el mejoramiento de la calidad y aspectos relacionados (10).

Dado esto, la investigación se realiza en un hospital de primer nivel en el norte del Tolima para una población aproximada de 32.933 habitantes, según el censo DANE del año 2005, que cuenta con 28 camas de hospitalización, con un porcentaje ocupacional en promedio del 70%, en el cual se atienden cerca de 11 partos al mes y aproximadamente se realizan 3800 consultas de urgencias mes,

tiene una población en modalidad cápita de 20.000 usuarios distribuidas en 5 EAPB del régimen subsidiado. Para su funcionamiento, cuenta con 104 colaboradores, de los cuales 34 son auxiliares de enfermería, 15 son médicos y 5 son enfermeros jefes, quienes son los directamente relacionados con la atención de los usuarios. La institución cuenta con la política de seguridad de paciente que esta implementada desde el año 2013, a través de la resolución N° 177 de 2013 por la cual se adopta la política de seguridad del paciente.

Dentro del hospital, se desconoce el impacto y la evolución de la política de seguridad del paciente y los subregistros han jugado un papel importante en la problemática. De igual forma, hay falta de adherencia a las guías y no se evidencia retroalimentación con los trabajadores de los análisis realizados acerca de los eventos adversos presentados en la institución.

Por lo tanto, se hace imperativo en este momento realizar una evaluación del efecto de la implementación de la política de seguridad del paciente en el hospital de primer nivel, donde se identifique en primera instancia la cultura del no reporte, se analicen las posibles causas de las fallas en el proceso de prestación de servicios y se han generado indicadores adecuado de eventos adversos, para así mismo poder implementar acciones de mejora y prácticas seguras.

Objetivo

Evaluar la percepción de la cultura del programa de seguridad del paciente por parte de los trabajadores de un hospital de primer nivel, con el fin de proporcionar acciones de mejora a la solución de la reacción a eventos adversos.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar el estado actual de la percepción del programa de seguridad del paciente por parte de los funcionarios del hospital.
2. Medir la percepción de la cultura de seguridad de paciente en atención primaria en salud por medio de la aplicación del cuestionario MOSPSC.
3. Proponer acciones de mejora que fortalezcan la prestación de servicios de salud.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal no experimental dirigido a 104 trabajadores del área asistencial y administrativa en el Hospital de primer nivel durante el segundo trimestre del 2017. De los 104 colaboradores 16 no desearon participar en la investigación, por ello se entregaron 88 cuestionarios de las cuales 17 fueron descartados por presentar respuestas incompletas. Se recolectaron 71 cuestionarios que cumplieron con un adecuado diligenciamiento para la tabulación de datos. La tasa de aceptación fue del 80,6%.

El personal administrativo fue incluido en la investigación debido a que los eventos adversos son multicausales y están involucrados en toda la organización.

El instrumento de medida utilizado fue el *cuestionario Medical Office Survey On Patient Safety Culture* (MOSPS) traducido, adaptado y validado para atención primaria en salud por el Ministerio de Sanidad de España. Este cuestionario ha sido implementado en países europeos, Estados Unidos, México, entre otros,

siendo de gran utilidad para evaluar la cultura de seguridad del paciente, por ello no requiere validación para su aplicación y es de libre difusión (11).

El cuestionario consta de 62 preguntas, las cuales evalúan 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que se exponen en la Tabla 1, éstas hacen énfasis en la calidad de los cuidados, permitiendo la evaluación, el monitoreo y la comparación interna y externa de la organización tanto con el personal asistencial como administrativo (11). Las variables del estudio fueron las dimensiones del cuestionario y las características sociodemográficas: edad y sexo. Las preguntas están agrupadas en 9 secciones así:

A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad: 9 preguntas.

B. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: 5 preguntas.

C. Trabajando en el CS: 15 preguntas.

D. Comunicación y seguimiento: 12 preguntas.

E. Apoyo al liderazgo: 4 preguntas.

F. En el centro de trabajo: 7 preguntas.

G. Puntuaciones globales en seguridad y calidad: 6 preguntas.

H. Sobre su trabajo en el centro/gabinete: 3 preguntas.

I. Comentarios libres del encuestado: 1 pregunta.

Para el desarrollo del estudio inicialmente se solicitó autorización al comité de ética del Hospital y representante legal de la institución en salud a través de un

oficio, para realizar la investigación y aplicar el cuestionario especificando que el interés del estudio es netamente académico.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 10 funcionarios de la entidad, con el fin de evaluar la idoneidad del cuestionario, verificar la claridad de las preguntas y verificar la calidad de la función del encuestador.

Paso seguido, el cuestionario fue impreso y aplicado a los participantes en las reuniones de área, garantizando su confidencialidad y autorización por medio del consentimiento informado.

Los datos del cuestionario fueron incluidos y tabulados en el aplicativo MPSPS adaptado, diseñado por el Ministerio de Sanidad de España para tal fin, la escala de respuesta utilizada para las variables es de 5 o 6 puntos de acuerdo con su redacción en positivo y negativo.

Con los resultados obtenidos, se identificaron las fortalezas y debilidades, al igual que las oportunidades de mejora, se utilizaron los siguientes criterios:

- Se consideraron áreas fuertes, cuando $\geq 75\%$ de los encuestados valora de manera positiva un aspecto de seguridad en el Hospital, de igual manera están incluidas las respuestas negativas de las variables escritas en sentido negativo.
- Se consideraron áreas potenciales de mejora cuando $\geq 50\%$ de los encuestados valora de forma negativa un aspecto de seguridad en el

hospital. De igual manera se incluyen las respuestas positivas de las variables que están escritas en sentido negativo.

Resultados

Para el análisis de los resultados es importante mencionar que se entregaron 88 cuestionarios de los cuales 71 cumplieron con un adecuado diligenciamiento, lo que se definió como criterio para proceder a la tabulación de datos. La tasa de aceptación fue del 80,6%.

Análisis demográfico

El análisis permite vislumbrar el siguiente perfil demográfico:

De la población encuestada se deduce que la mayoría de las personas encuestadas lleva en entre uno y tres años laborando, lo que representa un porcentaje del 43% y tan solo el 9% lleva más de 20 años trabajando. También se evidencia que el 65% del total de los encuestados pertenecen al grupo de otros profesionales asistenciales, el 25% son administrativos, el 7% corresponde a profesionales en medicina y tan solo un 1% corresponde a gestores y enfermeras respectivamente.

Con respecto a la edad, se encontró que 39% de los participantes tiene menos de 30 años y otro 39% corresponde a la edad entre 31 y 45 años. Así también solo un 2% corresponde a mayores de 60 años y el 75% son mujeres.

Por otro lado, el tipo de vinculación laboral de los trabajadores está distribuido en un 10% en la planta, un 70% a cooperativa y un 20% por prestación de servicio.

El 54% realiza guardias de noche, en comparación con un 46% que no las realiza.

Valoraciones globales sobre seguridad de paciente

El 46% de los encuestados piensa que la seguridad de paciente dentro del hospital es “buena”, lo cual indica una percepción favorable por parte de los trabajadores, en este orden el 27% opina que es “muy bueno”, el 17% “regular”, el 10% “excelente” y ninguno la considera pobre (gráfica 1).

Es importante mencionar que la cultura de seguridad de paciente se evalúa en 5 dimensiones que son: centrado en el paciente, equitativo, a tiempo, eficiente y efectivo. De las cuales la dimensión de equidad arrojó mayor predominancia con un porcentaje del 34% para la categoría “bueno” y un 24% de igualdad para “muy bueno” y “excelente” (gráfica 1).

Por lo tanto, la percepción de la cultura de seguridad de paciente en general es buena con un 46% de resultados positivos en los encuestados.

Resultados de cada variable del cuestionario

En la dimensión de “seguridad del paciente”, se evidencia un área fuerte refiriéndose al conjunto de aspectos que funcionan de manera adecuada dentro del hospital. Entre los que se encuentra la disponibilidad de la historia clínica

sobre el 75%, esto gracias a la sistematización, el soporte técnico y la agilidad de respuesta frente a cualquier fallo (gráfica 2).

Por otro lado, la consecución de citas médicas obtuvo un 32% de respuestas negativas, lo cual se relaciona con la programación de citas médicas de consulta externa que están directamente relacionadas con la sobrecarga de urgencias, ya que este hospital es el único en el municipio con este servicio y la falta de oportunidad en la consulta externa se refleja necesariamente en el aumento de demanda en la central de urgencias (gráfica 2).

El intercambio de información con otros dispositivos asistenciales en promedio se encuentra por encima de 60, pero ninguna se considera un área fuerte.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el 12% de las respuestas negativas corresponden a las consultas médicas fuera del centro, lo cual está muy relacionado con los procesos de referencia y contrarreferencia propios del mismo sistema de salud, la red de servicios contratada, la viabilidad administrativa y la disponibilidad de camas en otros centros, lo cual, al ser un hospital de primer nivel, hace que todos los pacientes que requieran atención de mayor complejidad sean remitidos a otros lugares (gráfica 3).

En la dimensión de trabajo en equipo, vale la pena mencionar que el hospital desempeña acciones encaminadas a fortalecer esta área, lo cual se refleja en la percepción que tienen los colaboradores con un 81% de respuestas positivas, así mismo, el trato mutuo con respeto de los trabajadores es un área fuerte, lo que desencadena un ambiente laboral óptimo para el desempeño de sus labores. Sin

embargo, se puede afianzar la colaboración entre el personal cuando existan jornadas de trabajo excesivo y aumentar ese 46% (gráfica 4).

Por otro lado, la dimensión ritmo y carga de trabajo no está porcentualmente fuerte ya que las respuestas positivas caen considerablemente por debajo en un promedio del 44%. Percibiendo dos áreas con mayor número de respuestas negativas que son: tener demasiados pacientes para el número de profesionales sanitarios y excesivos usuarios para ser atendidos de manera eficiente con un 46% para las dos preguntas (gráfica 5).

En esta dimensión es importante tener en cuenta que el lugar en el que se desarrolló la investigación es altamente turístico, por lo tanto, en época de vacaciones aumenta considerablemente la población flotante y la demanda en los servicios de urgencias es mayor, lo cual hace que por temporadas la carga laboral aumente, también es relevante indicar que el cuestionario fue aplicado en época de vacaciones y el exceso de trabajo se pudo ver influenciada por esta variable sociodemográfica. Situación que se debe tener en cuenta para planes de contingencia.

Así también, se identificó que la dimensión de formación al personal presenta áreas de fortaleza con un 79% para el personal sanitario y un 72% para el no sanitario, lo cual indica que los colaboradores perciben que la formación para nuevos procedimientos es un aspecto positivo dentro de la institución y consideran que el hospital se asegura que las personas que trabajan en el hospital tengan la

formación necesaria para realizar dichos procedimientos aumentando la confiabilidad de sus acciones (gráfica 6).

La percepción de los procedimientos establecidos en el centro se considera positivo en su gran mayoría, ya que el 91% del personal no sanitario realiza los procedimientos según están establecidos, al igual que el personal sanitario con un 82%, también los encuestados perciben que los procedimientos de evaluación frente a la seguridad del paciente son los adecuados. Sin embargo, la organización y distribución del trabajo se ve afectada lo cual podría relacionarse con la alta rotación de pacientes en la época de vacaciones, sin dejar a un lado, la alta rotación de personal, que no permite darle continuidad a los procesos (gráfica 7).

Los resultados indican que la comunicación franca es un área potencial de mejora ya que la mayor parte del personal cree que es difícil expresar libremente un desacuerdo y temen hacer preguntas cuando perciben que algo no está bien. Además, se obtiene un empate del 41% frente a la receptividad de la propuesta de mejora por parte de los encuestados, lo cual indica diversidad de pensamiento en este aspecto. Por lo tanto, la comunicación franca es un área en la que se debe trabajar arduamente, y que puede impactar positivamente a través de un liderazgo efectivo en otras áreas como trabajo en equipo (gráfica 8).

El seguimiento a los pacientes se considera una dimensión fuerte ya que las revisiones y actividades preventivas llegan al 88% de respuestas positivas, los seguimientos a los crónicos en su plan de tratamiento refieren un 88% de

efectividad y las revisiones a los pacientes que requieren seguimiento indican un 76% de buena evaluación (gráfica 9).

Dada la estructura del programa de atención a pacientes crónicos que en cifras supera los 1200 usuarios, que incluye la dedicación de un médico exclusivo, el seguimiento bimensual, junto con el apoyo del equipo extramural y apoyo de gestores para el seguimiento de inasistencias y el fortalecimiento de la demanda inducida hacen que el programa de seguimiento se perciba de manera positiva.

En cuanto a la comunicación del error, los funcionarios no sanitarios en mayor porcentaje sienten que los errores pueden ser utilizados en su contra 66%, frente a un 47% del personal sanitario, lo cual indica que es un área potencial de mejora. Más aún se identifica que la percepción del personal está encaminada a no hablar abiertamente de los problemas ocurridos por temor a sus consecuencias. Sin embargo, por el personal no sanitario está más dispuesto a notificar fallos en un 62% frente a un 59% del personal sanitario (gráfica 10).

A pesar de los esfuerzos en capacitar frente a la naturaleza de lo no punitivo de los eventos adversos y de la importancia del reporte, hay que continuar unificando esfuerzos, insistiendo, capacitando y reforzando hasta disminuir la brecha del no reporte buscando su minimización.

A partir de los datos, se identifica que el apoyo de los responsables del hospital a la seguridad de paciente tiene áreas fuertes frente a la prioridad que dan a los procesos relacionados con la mejora de la atención en un 87%, pero la percepción en cuanto a las decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de

lo que es mejor para los pacientes cae a un 45%. Y al preguntar si considera que los responsables del centro no invierten suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial se identifica que el 74% lo considera positivo, de tal forma que el apoyo por parte de los responsables debería fortalecerse (gráfica 11).

El aprendizaje organizacional se considera un área fuerte en sus tres aspectos ya que se valoran posibilidades de cambio frente a los problemas en un 86%, se modifican procesos para garantizar que los inconvenientes no vuelvan a suceder en un 83% y se comprueba que los cambios introducidos funcionen adecuadamente en un 84%, siendo valorada esta como una de las dimensiones de mayor fortaleza en la cultura de seguridad del paciente (gráfica 12).

Por lo tanto, el aprendizaje organizacional evidencia la versatilidad y la capacidad de adaptación de los funcionarios a nuevos procesos o protocolos, de tal manera se debe aprovechar al máximo esta percepción destacada como área fuerte para la mejora continua dentro del hospital siendo uno de los pilares en calidad.

La dimensión de las percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad se considera un área fuerte en el hospital debido a que el 88% de los funcionarios considera que los procesos del hospital son buenos para prevenir fallos que puedan afectar a los pacientes y el 79% cree que en el centro es más importante la calidad de la atención que realizar más trabajo, sin embargo los encuestados creen que en el hospital se producen fallos con más frecuencia de lo que se debiera, aspecto en el que se deben implementar acciones de mejora (gráfica 13).

Análisis global por dimensiones

Se pueden identificar 6 áreas fuertes y 2 con potencial de mejora, cabe aclarar que las áreas fuertes son el promedio de las respuestas positivas por encima del 74,9% y entre ellas se encuentran la formación de personal sanitario que obtiene un valor porcentual de 79%, los procedimientos establecidos tanto para el personal no sanitario con un 77%, y no sanitario un 75% (tabla 2).

La dimensión de seguimiento a la atención del paciente obtiene un valor de 79%, aprendizaje organizacional 84% siendo el más destacado y percepciones generales sobre la seguridad de paciente y la calidad con un 74%, allí también es importante resaltar el área de trabajo en equipo (tabla 2).

Existen dos áreas potencialmente mejorables según su calificación por los encuestados y estos son: el ritmo y la carga de trabajo con un porcentaje del 45%, y la otra es la comunicación franca con un porcentaje de 47% (tabla 2).

La comunicación asertiva como pilar para una comunicación franca y efectiva, afecta directamente la carga de trabajo por el área de solidaridad.

Tanto la formación del personal sanitario, como el aprendizaje organizacional siendo áreas fuertes en la organización, pueden mejorarse y potencializarse. Ya que se evidencia la capacidad de la organización para adaptarse a nuevos procesos.

Discusión

Los resultados de este estudio se unen a los reportados en investigaciones similares a nivel internacional, en las que se mide la percepción de la cultura de seguridad del paciente, por parte de los colaboradores con la aplicación del cuestionario MOSPS.

A partir de esta investigación, en la que participaron trabajadores asistenciales y no asistenciales, se identificaron áreas de fortaleza como el trabajo en equipo 74% y el aprendizaje organizacional 84% coincidiendo con el estudio de la comunidad autónoma de Andaluz, España en el Hospital Valle de los Pedroches, identificando que las dimensiones mejores valoradas fueron el trabajo en equipo con un 66%, el aprendizaje organizacional con 56% (12).

De igual manera, se refleja en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, España en donde se evaluó la cultura de seguridad del paciente en médicos residentes de medicina familiar, encontrando que las respuestas positivas estuvieron asociadas a las dimensiones de trabajo en equipo dentro del servicio con un 64,7% y apoyo mutuo del personal en un 81,8% coordinando con esta investigación, que expone un alto porcentaje de respuestas positivas frente al apoyo de los responsables del hospital a la seguridad del paciente del 73% (13).

Las dimensiones de trabajo en equipo y aprendizaje organizacional, también son áreas de fortaleza en países latinoamericanos como México, Argentina y Colombia, los cuales desarrollaron investigaciones que confirman que los profesionales mantienen un ambiente laboral favorable y un trato respetuoso entre

ellos, así mismo las instituciones son capaces de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a suceder, tal como lo demuestran los médicos residentes pertenecientes al plan único de especializaciones médicas en México, el Hospital Privado de la ciudad de Córdoba en Argentina y Hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta, Colombia (14–16).

En estudios comparativos en Arabia Saudita y México se identifica que el trabajo en equipo y la retroalimentación, permiten generar soluciones dentro de la organización y fomentar la mejora continua, al igual que en el Hospital de esta investigación (17,18).

Por otro lado, se puede evidenciar compatibilidad del estudio con otras investigaciones respecto a las áreas potenciales para mejorar dentro de la institución, tales como la comunicación sobre el error del personal sanitario, ya que los colaboradores sienten duda de hablar abiertamente acerca de sus problemas y así mismo se evidencio en Rumania en 6 hospitales en donde se exploró la cultura de la seguridad del paciente en los profesionales de la salud, arrojando que los bajos reportes de los eventos adversos dependían del temor personal, sentido de culpa y medidas punitivas (19).

Así también en Brasil, Rio Grande sur se obtuvieron resultados menores frente a la dificultad de admitir el error por temor a sanciones y castigos, lo cual afecta la implantación de la cultura en los trabajadores (20) y en ocho hospitales de Corea, las enfermeras no informaron o retrasaron el reporte debido al conocimiento

insuficiente sobre los errores que deben ser reportados (21), así mismo en dos hospitales portugueses se observa que más del 79% de los trabajadores no reportaron incidentes u otros acontecimientos de interés, de tal manera que en todas las organizaciones se debe fomentar la notificación oportuna basada en la confianza y aprendizaje del error (22), evitando desencadenar una cultura de culpabilización de los colaboradores, lo cual afecta el actuar diario en las instituciones de salud, situación que no es ajena en los resultados de esta investigación ya que el 47% de los participantes teme que los errores sean utilizados en su contra y el 35% expresa neutralidad.

En Konya, Turquía los estudios de cultura de seguridad del paciente muestran que las dimensiones con un alto potencial de mejora son las de comunicación sobre el error, el ritmo y la carga de trabajo, ya que debido a esto, solo las tres cuartas partes de los médicos y las enfermeras reportaron fallas, al igual que los datos reportados en este estudio los cuales indican que los colaboradores sienten que atienden a los pacientes con prisa y que son demasiados usuarios para la cantidad de profesionales con que se cuenta para darle solución a las consultas (23).

Del mismo modo en Galicia España, describieron la cultura de seguridad del paciente a 368 médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria por medio del cuestionario MOSPSC, especificando que las dimensiones de aprendizaje organizacional y trabajo en equipo son los aspectos de fortaleza con un 75% de respuestas positivas y el potencial de mejora estuvo encaminado a los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad, el intercambio de

información con otros dispositivos asistenciales y el ritmo y carga de trabajo que no alcanzaron el 50% en respuestas positivas, de tal manera que la cultura de seguridad de paciente es un aspecto indispensable en todas las instituciones sanitarias, lo que ha permitido diversidad de estudios que aportan al mejoramiento a nivel mundial de las prácticas diarias (24).

De allí, la importancia que tener un manejo adecuado de los errores ya que durante la atención clínica pueden tener consecuencias muy graves dentro de los hospitales, como lo evidencia Ibarra, Olvera, & Santacruz 2011 (25), con su investigación en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Estado de Oaxaca en el cual evidencia que el 58,1% del personal no reporta incidentes y el 41%, considera que las condiciones de seguridad son bajas, al igual que el aprendizaje organizacional es casi nulo, ya que no existe retroalimentación frente a las fallas presentadas y se recae sobre los mismos incidentes, lo cual genera situaciones inseguras frecuentes.

En Colombia, también se han realizado investigaciones frente a la percepción de la cultura de seguridad de paciente, encontrando resultados similares frente a los otros países; identificando el trabajo en equipo como una fortaleza, pero reportan que la función de la gerencia se centra en actuar cuando la falla ya se ha producido, presentando acciones punitivas al colaborador y no corrigiendo situaciones a nivel de toda la organización, como es de esperarse (26).

Por ejemplo en Bogotá, los resultados frente a la percepción de la cultura de seguridad del paciente por parte de los profesionales en salud son similares a los

identificados en esta investigación, ya que se evidencian riesgos frente al personal insuficiente para la atención de los usuarios, la rotación de trabajadores y las acciones punitivas en su contra frente a las fallas (27).

Incluso, se encontraron similitudes entre los resultados del estudio realizado en un hospital de Antioquia, Colombia, frente a los datos de aprendizaje organizacional como área fuerte y apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente y comunicación sobre el error como áreas de mejora, por esta razón se requiere fomentar el liderazgo, compromiso y responsabilidad en los hospitales, evitando la presencia de eventos adversos (28).

Para obtener resultados positivos en la cultura de seguridad de paciente es relevante que los profesionales de la salud pertenecientes a las instituciones, sean valorados como fundamentales para la toma de decisiones y la promoción de acciones adecuadas enfatizadas en mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, ya que la rotación constante de personal, el aumento de la carga laboral y la falta de pertenencia institucional, pueden generar comportamientos indeseados que ponen en riesgo el funcionamiento adecuado de la organización (29).

Actualmente analizar la cultura de seguridad del paciente es un factor fundamental ya que permite establecer planes y programas encaminados a fomentar prácticas adecuadas que protejan al paciente y a su familia, con el fin de minimizar eventos adversos que causan daño tanto físico, económico y emocional para las personas, de igual manera, se resalta la labor de los profesionales en enfermería ya que son

los guía, acompañan al paciente en sus procedimientos y verifican la aplicación correcta de los protocolos en las instituciones de salud (30).

De igual forma, es importante que las entidades sanitarias periódicamente identifiquen las dimensiones de mayor impacto en la cultura de seguridad del paciente, con el fin de verificar su evolución y hacer seguimiento a los indicadores definidos. Tal como lo demuestra el Hospital Doctor Moliner en España que ha desarrollado investigaciones entre los años 2013 y 2015 identificando el progreso en este aspecto, apoyado en el cuestionario HSOPSC. Mostrando aumento en las dimensiones de trabajo en equipo, acciones de los supervisores y grado de seguridad percibida, especificando también la importancia de desarrollar estrategias frente a los aspectos de dotación del personal y apoyo de la dirección siendo los de menor nivel. Lo que permite tomar decisiones y mejorar continuamente (31).

Otro factor principal de análisis, es la actitud del personal de vigilancia de eventos adversos que está directamente involucrado en el manejo de estos acontecimientos para brindar seguridad al paciente, los cuales deben generar estrategias para aumentar la cultura del reporte, por medio del trabajo interpersonal, el apoyo administrativo y la comprensión frente a determinados sucesos, de tal manera que la confianza y el trabajo en equipo previenen situaciones indeseadas a futuro (32).

Por otro lado, el estudio de la cultura de seguridad del paciente en atención primaria se ha convertido en un factor fundamental para garantizar el cuidado de

los usuarios ya que se ha convertido en un problema global que afecta las prácticas en salud diarias, por ello las acciones en las instituciones sanitarias deben estar encaminadas a mitigar los eventos adversos, desarrollando en los profesionales confianza por su capacidad laboral (33).

También es significativo resaltar que tener una cultura a favor de la seguridad del paciente, genera resultados positivos en la atención, permitiendo el trabajo en equipo entre los colaboradores, caracterizándose por tener una comunicación abierta que permita confianza y administración del riesgo (34).

Así mismo, es imperativo que se examinen las relaciones existentes entre el personal, los proveedores, los directivos y los pacientes respecto a la percepción de la seguridad del paciente ya que todos están directamente relacionados y su articulación beneficia la atención en general durante los servicios de salud (35)

En la caracterización de la percepción del programa de seguridad del paciente por parte de los funcionarios del hospital se evidenció que aprecian los procesos establecidos para mitigar los fallos dentro de la atención a los pacientes que actualmente se están llevando a cabo. sin embargo, se identifica que los procesos de calidad, verificación, acciones no punitivas y reporte deben ser fortalecidas en el interior de la institución, incentivando acciones proactivas y de pertenencia por parte de los colaboradores.

A través de la medición de la cultura de seguridad del paciente de los trabajadores del hospital San José de Mariquita, se infiere que sus áreas de fortaleza están relacionadas con el aprendizaje organizacional, la formación del personal, el

trabajo en equipo y el seguimiento de la atención a los pacientes, lo cual afianza el programa de seguridad que actualmente implementa la institución, sin embargo, las dimensiones de comunicación sobre el error, el ritmo y carga de trabajo y la comunicación franca, deben ser áreas potenciales de mejora ya que se encuentran menormente valoradas.

De tal manera que se proponen acciones de mejora encaminadas al fortalecimiento, evaluación y seguimiento del programa de seguridad del paciente, generar un modelo de análisis de eventos adversos, fomentar una cultura de reporte, promover y desarrollar el conocimiento de la cultura de seguridad e involucrar a los pacientes en las políticas de seguridad establecidas en el hospital.

Conclusiones y recomendaciones

Este trabajo permitió determinar la percepción de la cultura de seguridad de paciente en los trabajadores asistenciales y no asistenciales de un hospital de primer nivel en el norte del Tolima y con ello se identificaron áreas de fortaleza tales como el aprendizaje organizacional, la formación del personal sanitario, trabajo en equipo y seguimiento de la atención a los pacientes lo cual permite afianzar los procesos de calidad.

Sin embargo, las áreas de comunicación franca, ritmo y carga de trabajo y comunicación sobre el error deben ser fortalecidas en la institución ya que interfieren a la hora de brindar una atención adecuada a los pacientes.

La percepción global de la seguridad del paciente por los colaboradores del hospital fue buena, no obstante, se pueden implementar acciones de mejora en el

programa de seguridad para alcanzar la excelencia. Los resultados evidencian que existe una tendencia de disposición y empeño por parte de los funcionarios para brindar una mejor atención a los pacientes de la institución.

Resulta fundamental incorporar la parte médica en los procesos de calidad de la institución ya que tal y como lo arrojo el cuestionario MOSPS de esta investigación, es un grupo con necesidades de mejora, de tal forma que es importante fortalecer el trabajo en equipo, disminuir la brecha de comunicación entre el médico y el personal técnico, incrementar las capacitaciones, fomentar la adherencia a protocolos y eliminar las barreras internas y externas, con el fin de mitigar los eventos adversos por todos los trabajadores, si bien es cierto, que el error médico no es exclusivo del profesional, sino de todo el equipo multidisciplinar. Por lo tanto hay que sensibilizar e involucrar a todo el personal en cada proceso, además de promover la retroalimentación de los hallazgos y evitar las acciones punitivas frente a los fallos (36,37).

Además, es importante tener control sobre el ambiente laboral, la comunicación entre colaboradores, la gestión del conocimiento, el agotamiento y la capacidad para resolver dificultades; ya que son factores que afectan la cultura de seguridad del paciente, fomentar un buen trabajo en equipo con el fin de fortalecer los servicios por medio de una responsabilidad compartida apoyados por la gerencia (38,39).

Se recomienda diseñar y establecer nuevos mecanismos que faciliten y permitan de forma espontánea a los trabajadores, la notificación de eventos adversos, a

través de la utilización de buzones, línea telefónica, correo electrónico, entre otros, con el fin de fortalecer la cultura de reporte, promover su participación en el programa de seguridad del paciente, fortalecer el seguimiento del programa; además de, continuar desarrollando capacitaciones en el tema con los colaboradores y fomentar espacios de integración y comunicación en el hospital.

A pesar de que cada institución tiene estructurado e implementados programas de seguridad de paciente, también hay evidencia que son pocos los estudios que demuestran la eficacia una vez implementados dichos programas en las instituciones, por lo tanto sería muy interesante en el hospital estudiar la efectividad del programa actual de seguridad del paciente, después de las acciones de mejora implementadas como el fortalecimiento del reporte, seguimiento y retroalimentación de eventos presentados, capacitaciones e inclusión de todos los actores en el proceso, aprovechando el aprendizaje organizacional para disminuir los errores durante la atención (40).

Por último, se debe aprovechar la buena percepción del aprendizaje organizacional puesto que es un insumo necesario para la transformación cultural de la institución, encaminadas a la mejora continua y a empezar el camino hacia la acreditación.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad del Rosario por incentivar y apoyar la producción científica y al hospital de primer nivel del Tolima por participar y permitir el desarrollo de la investigación en su entidad.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado

Financiación:

Declaramos no haber recibido ningún tipo de financiación externa, pública o privada, para la elaboración de este artículo.

Referencias

1. **Salud OM.** La Investigación en Seguridad del Paciente. Vol. 8, Patient safety in surgery. 2014. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4055940&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
2. **Gaviria A, Ruiz F, Muñoz N, Burgos G, Arias J, Garcia S,** et al. Seguridad del paciente y la atención segura, paquetes instruccionales "guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Vol. 2, Minsalud. 2010.
3. **Tomás S, Gimena I.** La seguridad del paciente en urgencias y emergencias Patient safety in emergency care. An Sist Sanit Navar. 2010;33(1):131–48.
4. **Rodríguez J, Lamy P, Fajardo G, Santacruz J, Hernández F.** Incidentes

de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema sirais. Rev CONAMED. 2012;17(2):52–8.

5. **Aranaz J, Remón C, Larizgoitia I, Gonseth J, Colomer C, Terol E, et al.** Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; 2009.
6. **Joaquín J, Carrillo I, Lorenzo S.** Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. Gac Sanit. 2017;31(2):150–3.
7. **Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano C, Hernández F, Santacruz J.** Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cir Cir. 2010;78(6):527–32.
8. **Pinheiro M da P, Junior C da S.** Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Enfermería Glob. 2017;16(1):309–24.
9. **Mir R, Falcó A, De la puente L.** Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gac Sanit. 2017;31(2):145–9.
10. **Ministerio de salud y Protección Social.** Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC [Internet]. Bogotá; 2011. Available from:
http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

11. **Arias J, Gómez R.** La cultura de la seguridad del paciente : enfoques y metodologías para su medición. CES Med. 2017;31(2):179–90.
12. **Hernández Y, Valle J, García C, Lopera E, Luna R, Fernández J.** Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. CONAMED. 2013;18(4):148–56.
13. **Becerril CJ, Romeo MTS, Royo MVV, Albas LE, Rivas MJ.** Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar. 2013;36(3):471–8.
14. **Hamui A, Pérez J, Durán VD, Eunice S, Fernández SB, Lezana MÁ,** et al. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. Rev CONAMED. 2015;20(2):54–63.
15. **Ramos F, Coca SM, Abelda RA.** Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Univ. 2017;14(1):47-53.
16. **Pinzón V, Puentes M, Ramírez AL.** Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de villeta. Bogotá: Universidad del Rosario; 2016.
17. **Alswat K, Abdalla RAM, Titi MA, Bakash M, Mehmood F, Zubairi B,** et al. Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): Trending, improvement and benchmarking. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1–15.

18. **Alfonso J, Castro P, Daniela E, Tanguma R, Isaac F, España R.** Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. CONAMED. 2016;21(3):109–20.
19. **Terenau C, Ghelase M, Sampietro G, Furtunescu F, Dragoescu A, Molnar A,** et al. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Heal Sci J.* 2017;43(10):31–40.
20. **Schwonke CR, Filho wilson D, Lunardi G, Da Silveira R, Rodrigues MC, Guerreiro M.** Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. *Enferm Glob.* 2016;41:208–19.
21. **Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH.** Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res.* 2007;29(7):827–44.
22. **Silva E, Pedrosa D, Leça A, Silva D.** Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture. *Rev Enferm Ref.* 2016;4(9):87–94.
23. **Bodur S, Filiz E.** Validity and reliability of Turkish version of “ Hospital Survey on Patient Safety Culture ” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(28):2–9.
24. **Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS.** La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria.* 2017;49(6):343–50.
25. **Ibarra-Cerón ME, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J.** Análisis de la

Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. CONAMED. 2011;16(2):65

26. **Gomez O, Soto A, Arenas A, Garzón J, Gonzalez A, Mateus E.** Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Av en Enfermería. 2011;29(2):363–74.
27. **Gomez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A.** Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá , Colombia. Cienc y Enferm. 2011;17(3):97–111.
28. **Giraldo P, Montoya M.** evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia , 2013. Universidad CES de Medellín; 2013.
29. **Meneses R, Tigre de Arruda Leitao I, Lima L, Catarina de Souza A, Mateus D, Sales da Silva L,** et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: Focusing on hospital nursing staff. Rev da Esc Enferm. 2015;49(1):104–13.
30. **Castañeda H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A.** Nursing perception of patient safety culture. Cienc Y Enferm. 2013;19(2):77–88.
31. **Merino M, Carrera F, Castillo M, Martinez A, Martinez R, Fikri N.** Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. An Sist Sanit Navar.

2017;40(1):43–56.

32. **Gaitán H, Gómez P, Eslava J.** Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. Rev salud pública. 2009;11(5):745–53.
33. **Torijano ML.** La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2015;8(1):1–3.
34. **Tobias G, Queiroz A, Silvestre N, De Camargo Silva A.** Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria : un estudio bibliométrico. Enferm Glob. 2014;33:348–66.
35. **Smith SA, Yount N, Sorra J.** Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1–10.
36. **Ramos BN.** Calidad De La Atención De Salud. Error Médico Y Seguridad Del Paciente. Rev Cuba Salud Pública. 2005;31(3):239–44.
37. **Fajardo G, Rodríguez J, Rodríguez F, Zavala J, González E, Venegas F,** et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. CONAMED. 2012;17(1):30–43.
38. **André da Silva Z, Catarina de Souza A, Saturno P.** Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Cad Saúde Pública. 2013;29(2):283–93.
39. **Betancourt J, Cepero R, Gallo C.** Factores que pueden afectar la

seguridad del paciente. Rev Arch Médico Camagüey. 2011;15(6):936–44.

40. **Estepa del Árbol M, Moyano Espadero MC, Pérez Blancas C, Crespo Montero R.** Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol. 2016;19(1):63–75.