



## Artículo original

# Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Hospital Geriátrico, año 2020.

Torres, Yohana Machuca; Smiak, Nancy V.; Sánchez, Lucia I.

## Resumen

**Introducción:** La cultura de seguridad es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad, y puede analizarse en diferentes niveles de atención a fin de identificar fortalezas y debilidades existentes. **Objetivo:** Determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico en el año 2020. **Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el que participaron profesionales de la salud (N41) utilizando el cuestionario Hospital Survey con Patient Safety Culture. **Resultados:** Tasa de respuesta 87.23 %, promedio 46.7 años, predominio del sexo femenino, diversas disciplinas profesionales, grado de seguridad con alta calificación. Las fortalezas fueron trabajo en equipo; aprendizaje organizacional- mejora continua; percepción de seguridad y feed-back y comunicación sobre errores se discute de qué manera se puede evitar un error vuelva a ocurrir. Como debilidades, dotación de personal; hay algunos problemas relacionados con la seguridad; trabajo entre unidades, no se coordinan bien; problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios; y en la frecuencia de eventos, falta de reportes por escrito de incidentes en el último año. **Discusión:** Presentan concordancia con otros estudios en las fortalezas: trabajo en equipo y en debilidades: dotación de personal, notificación de eventos adversos y comunicación. **Conclusiones:** se identificaron fortalezas, debilidades o áreas de mejora para elaborar estrategias de intervención a fin de mejorar la seguridad del paciente en la institución.

**Palabras clave:** Seguridad. Cultura. Percepción.

## SUMMARY

**Introduction:** Safety culture is the set of characteristics and attitudes of organizations and people that determine issues related to their safety, and it can be analyzed at different levels of care in order to identify existing strengths and weaknesses. **Objective:** To determine the perception of health professionals about the culture of patient safety in the Geriatric Hospital in 2020. **Materials and methods:** observational, descriptive, cross-sectional study in which health professionals participated (N41) using the Hospital Survey questionnaire with Patient Safety Culture. **Results:** Response rate 87.23%, average 46.7 years, predominance of women, various professional disciplines, degree of security with high qualification. The strengths were teamwork; organizational learning - continuous improvement; perception of safety and feedback and communication about errors, it is discussed how an error can be prevented from happening again. As weaknesses, staffing; there are some issues related to security; work between units, they do not coordinate well; problems in shift changes and transitions between services; and in the frequency of events, lack of written reports of incidents in the last year. **Discussion:** They show agreement with other studies in strengths: teamwork and weaknesses: staffing, notification of adverse events and communication. **Conclusions:** strengths, weaknesses, or areas for improvement were identified to develop intervention strategies to improve patient safety at the institution.

**Keywords:** Security. Culture. Perception.

## RESUMO

**Introdução:** Cultura de segurança é o conjunto de características e atitudes de organizações e pessoas que determinam as questões relacionadas à sua segurança, podendo ser analisada em diferentes níveis de atenção a fim de identificar os pontos fortes e fracos existentes. **Objetivo:** Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente no Hospital Geriátrico em 2020. **Materiais e métodos:** estudo observacional, descritivo, transversal do qual participaram profissionais de saúde (E41) utilizando o questionário Pesquisa Hospitalar com Cultura de Segurança do Paciente. **Resultados:** taxa de resposta de 87,23%, média 46,7 anos, predominância de mulheres, diversas disciplinas profissionais, grau de segurança com alta qualificação. Os pontos fortes eram o trabalho em equipe; aprendizagem organizacional - melhoria contínua; a percepção de segurança e o feedback e a comunicação sobre erros são discutidos de forma que você possa evitar que um erro aconteça novamente. Como fraquezas, pessoal; existem alguns problemas relacionados à segurança; trabalham entre unidades, eles não coordenam bem; problemas em mudanças de turno e transições entre serviços; e na frequência dos eventos, a falta de relatórios escritos de ocorrências no último ano. **Discussão:** Eles mostram concordância com outros estudos em pontos fortes: trabalho em equipe e fragilidades: pessoal,



notificação de eventos adversos e comunicação. **Conclusões:** foram identificados pontos fortes, fracos ou áreas de melhoria para desenvolver estratégias de intervenção para melhorar a segurança do paciente na instituição.

**Palavras-chave:** Segurança Cultural. Percepção.

## INTRODUCCIÓN

La calidad y seguridad de la atención, es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. La seguridad del paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente, causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica<sup>1</sup>.

La seguridad del paciente se define como un 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<sup>2</sup>.

Con el objetivo de garantizar la seguridad de la atención al paciente, las instituciones de salud han puesto en marcha diversas políticas, programas y procedimientos, no obstante, una de las principales recomendaciones es la implementación de una cultura de seguridad del paciente, entendida como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo, que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y que impulsa al personal a hacerse responsable de sus actos a través de un liderazgo proactivo<sup>3</sup>.

La realización de esta investigación permitirá contar con información actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente, y la percepción de los profesionales de salud, punto importante dentro de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud. En este contexto, se considera que los profesionales de salud deben propiciar y fortalecer la seguridad del paciente, previniendo incidentes y eventos adversos en la atención que brindan a los adultos mayores, en los diferentes servicios de la institución.

A partir de la información obtenida se podrá continuar favoreciendo las áreas de fortalezas y/o implementar estrategias de mejoras en aquellos puntos débiles, con la participación activa de los trabajadores de la institución.

Como objetivo general se pretende determinar la percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral en el año 2020, siendo los objetivos específicos identificar las características sociodemográficas de los profesionales de salud, caracterizar las dimensiones de Servicio/Unidad- Hospital- Comunicación- Información complementaria en relación a la cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del Cuestionario Versión española del Hospital Survey on Patient Safety y detectar las debilidades y fortalezas de la cultura de seguridad según las percepciones de los profesionales de la salud.

La cultura de la seguridad es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad, y para su análisis existen dimensiones tales como, frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas y acciones de la Dirección y Supervisión de la Unidad o Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional y mejora continua, trabajo en equipo en la Unidad o Servicio, franqueza de las comunicaciones, retroalimentación y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre unidades o servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre Unidades o Servicios<sup>4</sup>.



En Argentina, los estudios sobre la cultura de la seguridad aún son incipientes y escasos, hallándose un estudio descriptivo del año 2015, que tuvo como objetivo determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba, en la que se aplicó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Las áreas de fortaleza identificadas fueron aprendizaje organizacional, mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal<sup>5</sup>.

En el 2018, en el Hospital Geriátrico Juana F. Cabral, de Corrientes se lleva a cabo otro estudio con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas en el área de enfermería, donde los participantes opinaron que los factores que favorecían a una cultura de seguridad, eran la formación y desarrollo profesional, fomento de la cultura de seguridad, investigación sobre seguridad; detectando como barreras o limitaciones la escasez de recursos humanos, falta de capacitación en seguridad, escasez de recursos materiales, nivel de formación profesional y falta de comunicación interpersonal<sup>6</sup>.

En base a la bibliografía consultada, existen varias investigaciones, entre los cuales se encuentra un estudio realizado en el 2015, en un Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) con el objetivo de describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables socios demográficos y profesionales. En una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Cultura. El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó trabajo en equipo en la unidad, y como oportunidad de mejora, dotación de personal. Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial<sup>7</sup>.

En un estudio, descriptivo, transversal, realizado en el año 2015, que tuvo como objetivo el determinar la percepción de los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre la cultura de seguridad del paciente en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Tabasco, México. Se utilizó el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). Los resultados dieron que las dimensiones con mayor puntuación trabajo en equipo (65%) y seguimiento del cuidado del paciente (63%), no así presión y ritmo de trabajo (29%), comunicación y receptividad (30%) y apoyo de la Dirección para la seguridad del paciente (30%). Este estudio permitió identificar áreas de oportunidad en lo referente a la cultura de seguridad del paciente y también ayudó a planificar, diseñar e implementar estrategias a su favor<sup>8</sup>.

En otra investigación descriptiva, de corte transversal, realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante, se utilizó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture para determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as. La tasa de respuesta (35,36%), mayor participación fue el médico (32,3%), Servicio más implicado, Urgencias (9%), contacto con el paciente (86,4%), calificaron el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos (50%), no notificó ningún evento adverso en el último año (82,8%). No se identificó ninguna fortaleza de manera global, hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: dotación de personal y apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad, siendo la percepción sobre seguridad del paciente buena, aunque mejorable<sup>9</sup>.

Otro antecedente llevado a cabo en hospitales del Estado de Colima, México (2018), con el objetivo de conocer el nivel de cultura e identificar las dimensiones con los resultados más negativos, se utilizó una versión on-line del Cuestionario modificado de la AHRQ. Las dimensiones con más bajas puntuaciones: respuesta no punitiva a los errores (51.2%), dotación de personal, suficiencia y gestión (52.8%),



percepción de la seguridad del paciente (61.3%), problemas en cambios de turno y transiciones entre departamentos/ servicios (62.0%), apoyo de la dirección del hospital y frecuencia de eventos adversos reportados (63.3%). Se concluyó que el nivel de cultura de seguridad del paciente fue bajo, como también es baja la percepción del grado de seguridad del paciente en la Institución, por lo que resultó evidente la necesidad de realizar acciones tendientes a su mejora<sup>10</sup>.

En otra investigación se procedió a analizar los factores de la cultura de seguridad en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer (SSA) Puebla México, con el objetivo de definir acciones para mejorar la cultura de seguridad. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y no experimental, realizado de octubre a noviembre 2017. Se aplicó el cuestionario a 72 enfermeras de los diferentes turnos, y en donde el personal, responde de manera negativa en cada una de las dimensiones, siendo en su área de trabajo el 40%, en su supervisor/jefe con un 51%, comunicación con un 30%, frecuencia de eventos adversos reportados 36%, concluyendo un puntaje de 32 en grado de seguridad aceptable, en su hospital cumple con el 44% de acuerdo, los resultados no se consideran una fortaleza debido a que ninguna de las dimensiones cubren mayor del 75% de las respuestas positivas los criterios no se cumplen, por lo tanto todas las dimensiones se consideran como oportunidad de mejora<sup>11</sup>.

En línea general, la cultura de seguridad del paciente, puede ser medida con diferentes instrumentos de medición, las revisiones coinciden en que los mejores cuestionarios para medir la Cultura Seguridad de Paciente, son el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) y el Safety Attitudes Questionary (SAQ). En España, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), financió en el año 2008 la aplicación del HSOPS en el ámbito hospitalario mediante la traducción, adaptación y validación del cuestionario de la AHRQ que fue realizada por el grupo de Saturno de la Universidad de Murcia<sup>9</sup>.

En conclusión, se debe asumir que la cultura organizacional es la personalidad de la organización y, como tal, se manifiesta en sus políticas, decisiones para su funcionamiento diario, en las formas con que las personas interaccionan entre sí, cómo hacen su trabajo y comunican entre sí. Con el análisis de la cultura organizacional, es posible identificar cómo es la institución, lo que pretende ser y lo que su gestión es capaz de realizar con sus fuerzas y debilidades para lograr la calidad y desarrollar una cultura centrada en la seguridad del paciente.

### **Materiales y Métodos**

Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo de corte transversal en el que participaron profesionales de salud de una institución pública. Se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, que es un cuestionario auto-administrado, que consta de preguntas abiertas y cerradas, al cual se agregaron variables sociodemográficas en relación a la edad, sexo, profesión. El citado instrumento, se implementó en formato digital, diseñado a través de la aplicación google forms y enviado por correo electrónico a los profesionales que participaron en el estudio de investigación. <https://docs.google.com/forms/d/1FUXONo-5fkLcX8wyH6Hwuu3AC80Qw1Nm-Pm99VCCXM/edit?ts=5f5f4bb5&gxids=7757>

Para calcular el tamaño de la muestra y según datos estadísticos extraídos de la institución, la cantidad total de empleados es de 263, de los cuales 155 son profesionales de las diferentes disciplinas, y 89, reúnen los criterios de inclusión, para formar parte del presente estudio de investigación. Para establecer el tamaño muestral, se utilizó el programa Epidat 4.2, el cual arrojó una muestra (n) = 47; con un nivel de confianza de 95% y una proporción 5% (p=0,5).



El tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, que consistió en un sorteo entre las unidades de análisis, hasta completar el tamaño muestral.

Los datos fueron analizados luego de volcarlos en la matriz de datos, utilizando para ello, el programa Microsoft Excel 2013. En el análisis descriptivo se presentan las variables cualitativas y cuantitativas mediante porcentajes, y dando valor numérico al total de resultados negativos y positivos, ya que el cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

**Negativo:** Muy en desacuerdo- En desacuerdo- Nunca- Raramente.

**Neutral:** Ni de acuerdo- Ni en desacuerdo- A veces.

**Positivo:** De acuerdo- Muy de acuerdo- Casi siempre- Siempre.

Con los resultados obtenidos y de acuerdo a la metodología propuesta por el AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) se identificaron las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se utilizaron los siguientes criterios alternativos:

≥ 75% de respuestas positivas a las preguntas formuladas en positivo.

≥ 75% de respuestas negativas a las preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad u oportunidad de mejora se emplearon los siguientes criterios alternativos:

≥ 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo.

≥ 50% de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, el análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, en todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden<sup>12</sup>.

Las dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen son los resultados de la cultura de seguridad, que abarca la frecuencia de eventos notificados, y si se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente, se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

En la dimensión percepción de seguridad, nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente, nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, no se producen más fallos por casualidad, en esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente.

En la dimensión de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, las expectativas y acciones de la dirección/ supervisión, unidad/servicio que favorecen la seguridad, mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente, mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente, cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente, mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.

En la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua, tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.



En la dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio, el personal se apoya mutuamente, cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo, en esta unidad nos tratamos todos con respeto, cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

En la dimensión franqueza en la comunicación, cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad, el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores, el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.

En la dimensión feed-back y comunicación sobre errores, cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo, se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad, en mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.

En la dimensión respuesta no punitiva a los errores, si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra, cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable", cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente).

En la dimensión dotación de personal, hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal, trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

En la dimensión apoyo de la gerencia del hospital, la gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que en la seguridad del paciente favorece la seguridad del paciente, la gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades, la gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

En dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital y trabajo en equipo entre unidades, hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente, los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible, las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas, suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades.

En la dimensión problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra, en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente), el intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático, surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

**Aspectos éticos:** el trabajo se encuentra avalado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Geriátrico de Agudos Juana F. Cabral, y las consideraciones éticas del respeto al carácter anónimo y desinteresado de todos sus participantes, la cual es libre y voluntaria, quedo registrado en el consentimiento informado que acompaña al cuestionario, y donde se informa a los profesionales participantes que el estudio cumple minuciosamente las normativas legales vigentes.

**Resultados:**

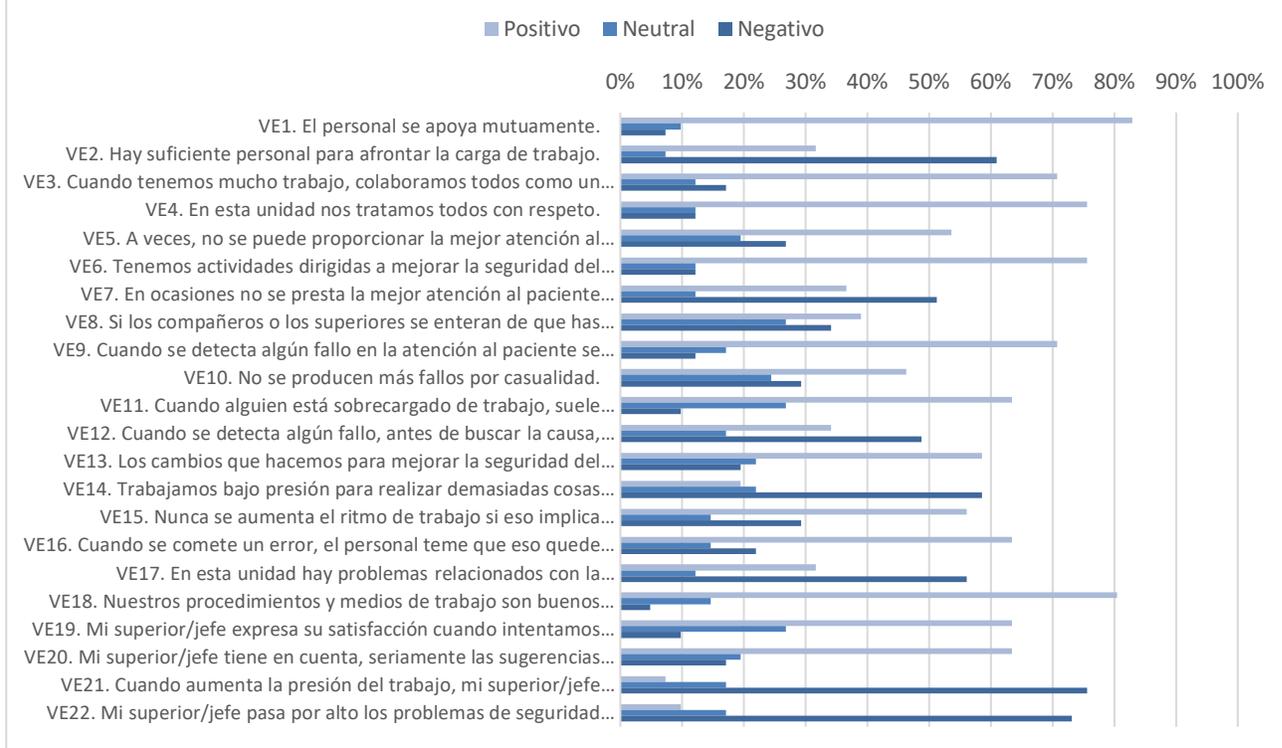
En el presente estudio se ha alcanzado el objetivo general planteado, referido a determinar la percepción de los profesionales de la salud sobre la cultura de seguridad de paciente. La principal limitación fue la dificultad para obtener la repuesta de algunos participantes, quedando 6 profesionales médicos sin participar en el estudio.



Del análisis de las variables se obtuvo una tasa de respuesta del 87. 23% (N 41), se observó en los profesionales un promedio de edad de 46.7 años, media de 48, DE  $\pm$  9,077, IC al 95% límite inferior 43.95 y superior 49.51, a los efectos del estudio se separaron las edades en grupos, con predominio del rango de 45 a 54 años con 42%, seguido por el de 35 a 44 (29%) y 55 y más (22%), siendo los más jóvenes un 7%. En cuanto al sexo, el 80% (33) correspondía al femenino y 20% (8) al masculino.

En relación a las respuestas de la Sección A: Su Servicio/Unidad están de acuerdo en que el personal se apoya mutuamente el 83% (34), en esta unidad se tratan con respeto 76% (31), tienen actividades dirigidas a mejorar la seguridad de paciente 76% (31), los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, el 80% (33), cuando aumenta la presión del trabajo pretende que trabajemos más rápido sin tener en cuenta la seguridad del paciente, el 76% (31), hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, el 61% (25), a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora, el 54% (22), se trabaja bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa, el 59% (24), nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente y en esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente, el 56% (23). (ver gráfico N°1).

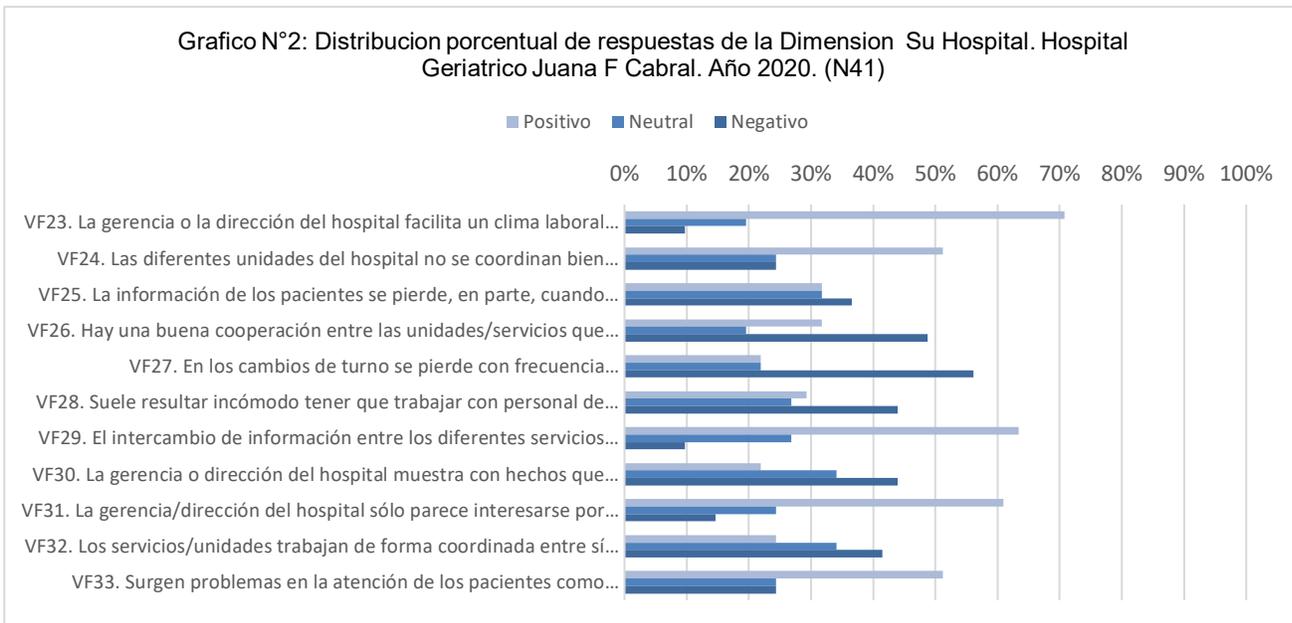
Grafico N°1: Distribucion porcentual de respuestas en Servicio/Unidad. Hospital Geriatrico Juana F Cabral. Año 2020 (N41)



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

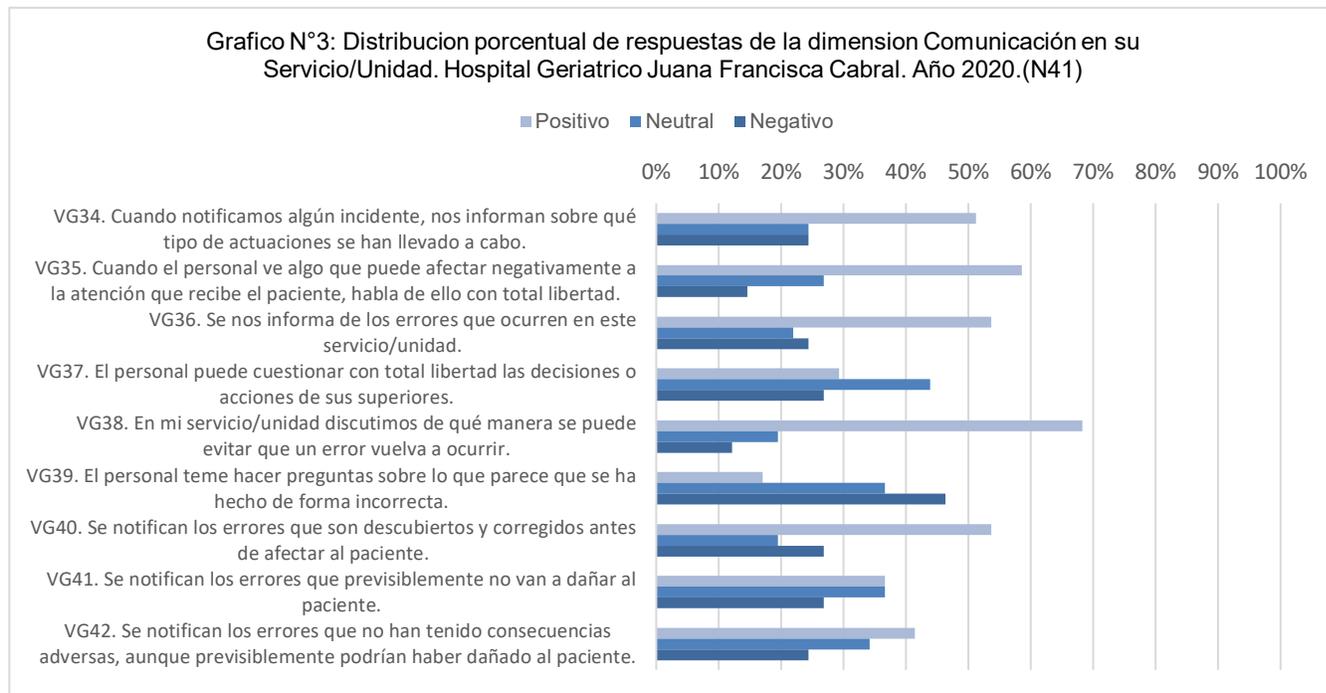


En relación a la Sección B: Su Hospital, las diferentes unidades no se coordinan bien entre ellas, el 51% (21) y en los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente, el 56% (23). (ver gráfico N°2).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

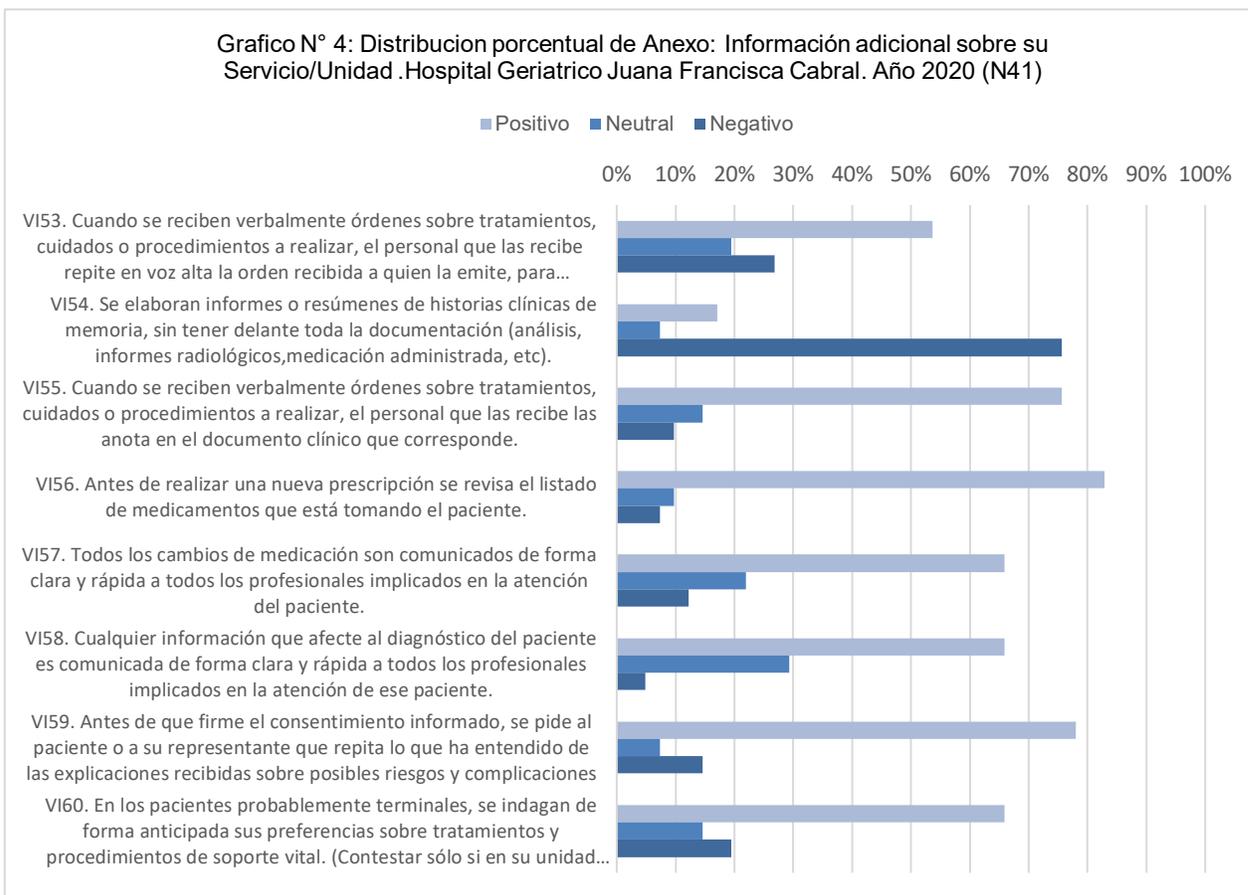
En la Sección C: La comunicación de su Servicio/ Unidad, discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, el 85% (35). (ver gráfico N°3).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

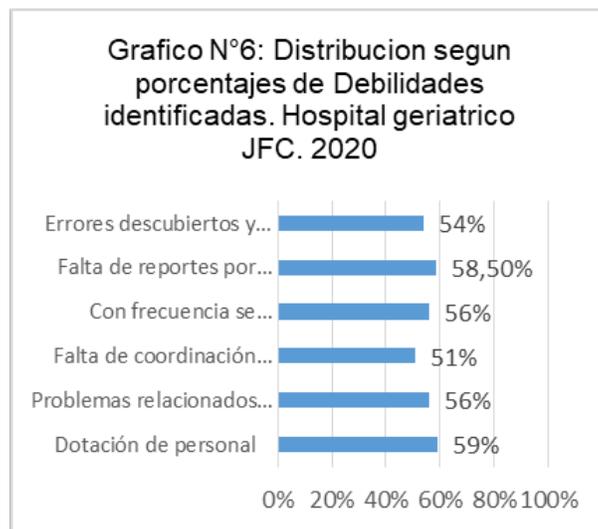
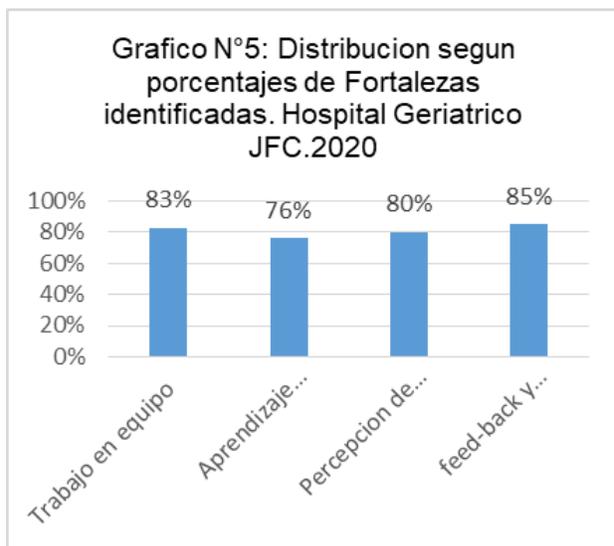


En el Anexo- Información adicional refirieron que no se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.), el 76% (31), cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde, el 76% (31), antes de una nueva prescripción revisan el listado de medicamentos que recibe el paciente, el 83% (24), antes de firmar el consentimiento informado se verifica que el paciente o representante entendió los posibles riesgos o complicaciones, el 78% (32). (ver gráfico N° 4).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Las dimensiones con mayores resultados positivos, considerado fortalezas son trabajo en equipo: el personal se apoya mutuamente (83%) se tratan con respeto (76%). En aprendizaje organizacional-mejora continua: se cuenta con actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (76%). En percepción de seguridad, los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (80%). En feed-back y comunicación sobre errores, se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (85%). (ver gráfico N°5).



Fuente: Datos obtenidos mediante instrumento modificado basado en cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Por otra parte, puede observarse como debilidad u oportunidad de mejora las siguientes dimensiones, en dotación de personal, hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (61%). A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (54%). Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa (59%). En la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (56%). En el trabajo en equipo, las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (51%). Hay problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, donde se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (56%). En la frecuencia de eventos, hay falta de reportes por escrito de incidentes en el último año (58.5%), siendo en la frecuencia de eventos notificados, los errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (54%). (ver gráfico N°6)

En información complementaria, el grado de seguridad fue calificado en 8(32%), cuya calificación determina una máxima seguridad (63%), en relación a la notificación de incidentes reportados por escrito en el último año, no realizan ningún reporte el 61% (25), entre 1 y 10 reporte el 34% (14) y más de 10 reportes el 5% (2)

A partir de lo expuesto se destaca que los resultados obtenidos permitieron identificar fortalezas, áreas de mejora y obtener un punto de partida para elaborar estrategias de intervención para fortalecer y mejorar la seguridad de los pacientes, existiendo aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de esta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente conocida e implementada por todo el personal que trabaja en la institución.

### Discusión

Los resultados de investigaciones previas, incluido el presente son similares, la mayoría utilizan para la recolección de datos, el cuestionario Hospital Survey on Patient,

Referente a trabajo en equipo, el personal se apoya mutuamente en un 83% y que el trato es con respeto el 76%, similares a los resultados obtenidos en los estudios de Mir-Abellán<sup>7</sup>, Flores-González<sup>8</sup> y Torres-Ornelas<sup>10</sup>.



En relación a la frecuencia de eventos notificados, el 61% no notificó por escrito en el último año, a diferencia de Mella-Laborde M<sup>9</sup> que refirió haber notificado un 82,8%.

La dotación del personal refirió más del 50% de respuestas negativas, las cuales se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución, similar al estudio de Mir-Abellán<sup>7</sup>, Flores-González<sup>8</sup>, Torres-Ornelas<sup>10</sup> y sin embargo en este último difiere en la dimensión dotación de personal, valorada negativamente en más de un 70%.

El grado de seguridad de este estudio obtuvo calificación de 8 puntos, similar al estudio de Mir-Abellán<sup>7</sup> y a diferencia de los resultados del estudio de Mella-Laborde M<sup>9</sup> que obtuvo una calificación de 5 a 8 puntos.

La tasa de respuesta en este estudio fue del 87.23 %, el personal de enfermería con mayor participación (44 %), el Servicio de UTI con mayor representación (17%), el 78% tiene contacto directo con el paciente a diferencia de Mella-Laborde M<sup>9</sup> en cuyo estudio la tasa de respuesta fue de 32.5%, el colectivo con mayor participación el médico (32,3%), el Servicio más implicado, el de Urgencias (9%), y el 86,4% tuvo contacto directo con el paciente.

En relación a la percepción de seguridad se destaca que nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente y que en la unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente en un 56 %, siguiendo la tendencia con el estudio de Torres-Ornelas<sup>10</sup> con una percepción general de la seguridad del paciente del 61.3%.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente se aprecia que son buenos para evitar errores en la asistencia en un 80%, se responde negativamente a que cuando aumenta la presión del trabajo, el Superior/Jefe pretende que se trabaje más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente en un 76% y que pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente en un 73% similar al estudio de García-Castilla<sup>11</sup>, donde el personal, responde de manera negativa en cada una de las dimensiones y por lo tanto se consideran como oportunidad de mejora.

En problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/Unidades, se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente en un 56% con una leve diferencia a los obtenidos de Torres-Ornelas<sup>10</sup> que presenta problemas en cambios de turno y transiciones entre Departamentos/ Servicios en un 62.0%.

**Conflictos de intereses:** Los autores no declaran conflictos de intereses.

**Agradecimiento:**

Al equipo docente de la asignatura por brindarme las herramientas necesarias para el aprendizaje e implementación de la metodología en la investigación.

A mi asesora metodológica le agradezco por el acompañamiento y orientación constante ante mi estado de dudas e inquietudes y sus oportunos comentarios sobre el tema.

A mi asesora de contenido que generosamente compartió su conocimiento, tiempo y experiencias en este trayecto de mi formación.

Al Hospital Geriátrico Juana Francisca Cabral por permitirme realizar esta investigación y a sus profesionales que participaron en el desarrollo de la misma.

A mis padres, que sin la contención y ayuda que me brindan en el cuidado de mis hijas, este logro me hubiese costado aún más o no hubiese sido posible en esta etapa difícil que me toca vivir.

¡A todos y cada uno de ellos, muchas gracias!!!!



## Bibliografía

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin. Condes; 28: 785-795.
2. Martínez-Reyes CR, Agudelo-Durango J, Areiza-Correa SM, Giraldo-Palacio DM. Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. Rev. Civilizar 2017; 17: 277-291.
3. Camacho-Rodríguez DE, Jaimes-Carvajal NE. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev. Cub Enf. 2018;34: 1-14.
4. Ramos F Coca SM, Aveldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Art Cien. 2016; 14:47-53.
5. Rodríguez L, Gómez F, García-Camacho S. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente en hospitales públicos. Col. Rev. Fac. Med. 2018; 1: 5-9.
6. Cometto MC, Gómez PF, Marcon Dal Sasso GT, Zárate-Grajales RA, De Bortoli-Cassiani SH, Carmen Falconí-Morales C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Rev. Washington, DC 2011;
7. 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. Rev. Gaceta sanitaria 2017; 31:145-149.
8. Flores-González MT, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.2019; 27:14-22.
9. Mella-Laborde M, Velázquez MTG, Aranaz-Andrés JM, Ramos-Forner G. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Rev. Gaceta sanitaria 2018; 10: 1-14.
10. Torres-Ornelas P. Cultura de la seguridad del paciente en hospitales de los servicios de salud del estado de Colima. Bol Con OPS 2018; 18: 12-14.
11. García-Castilla M, Larios-Gómez E. La Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer en Puebla. Fac Cien Eco Emp. [Internet]. 2019. [citado 2019 oct 01]; 19 (2):115 – 124.
12. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.  
<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

## Datos de autor

### Título:

Percepción de los profesionales de salud sobre la cultura de seguridad del paciente.  
Hospital Geriátrico, año 2020.

### Autores:

Yohana Machuca Torres\*<sup>1</sup>  
Nancy V. Smiak.<sup>2</sup>  
Lucía I. Sánchez<sup>3</sup>.

1- Instituto de Cardiología JFC. 3400 [yohana\\_mt@hotmail.com.ar](mailto:yohana_mt@hotmail.com.ar).

2- Carrera de Licenciatura en Enfermería. UNNE.3400

3- Carrera de Licenciatura en Enfermería. UNNE.3400