

Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud¹

Patient safety and its perception in health professionals

Recibido: 29 de agosto de 2016 - Revisado: 13 de diciembre de 2016 – Aceptado: 16 de marzo de 2017.

Cielo Rebeca Martínez Reyes²

Jennifer Agudelo Durango³

Sandra Milena Areiza Correa⁴

Diana Marcela Giraldo Palacio⁵

Resumen

Este artículo determina la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de cuatro instituciones de primer y segundo nivel de atención, en convenio con la Corporación Universitaria Adventista, durante el segundo semestre de 2015. Allí participaron profesionales y auxiliares de enfermería que cumplieran con criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante la *Hospital Survey on Patient*. Se encontró que la cultura de seguridad en enfermería se construye con acciones pequeñas y cotidianas que pueden llegar a salvar la vida del paciente. Fomentarla y consolidarla requiere de equilibrio entre la dotación de personal y las tareas asignadas en jornadas laborales justas, aspectos que sumados a la educación y al empoderamiento de la gerencia en el tema, propiciarán un ambiente de confianza y aprendizaje organizacional.

Palabras clave

Cultura, seguridad del paciente, cuidado de enfermería.

Abstract

This article determine nursing staff perceptions towards the patient safety culture in four institutions of first and second level of care, in agreement with the *Corporación Universitaria Adventista* during the second semester of 2015. The participants were the professionals and nursing assistants who met the criteria of inclusion and participated voluntarily. Data were collected through the Spanish version of the *Hospital Survey on Patient*. Founded that safety culture on nursing it is building with little and daily actions that can save the patient's life. Foment and consolidate it requires a balance between staffing and tasks assigned in workdays, aspects that, added to education and the empowerment of management in the field, will foster an atmosphere of trust and organizational learning.

Keywords

Culture, patient safety, nursing care.

¹ Artículo de reflexión derivado del macroproyecto en el que se indagó sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones de I, II, III y IV nivel de atención de Antioquia en convenio con la Corporación Universitaria Adventista.

² Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: cielorebe26@hotmail.com

³ Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jeniffer3281@hotmail.com

⁴ Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: sareiza@unac.edu.co

⁵ Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dmgiraldo@unac.edu.co

Para citar este artículo use: Martínez, C., Agudelo, J., Areiza, S., y Giraldo, D. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 277-292.

Introducción

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 (Seguridad del paciente, s.f.).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008):

La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo [...] y estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados (p. 1)

Además, se calcula que:

Entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación y en algunos casos, estos errores provocarán la muerte (Pecci, 2013, p. 32).

Dichas lesiones, llamadas eventos adversos, son circunstancias que podrían haber ocasionado u ocasionaron un daño innecesario a un paciente (OMS, 2009) y que producen lesión, daño, incapacidad o muerte relacionada con el proceso asistencial (Cometto, et al., 2011).

En este sentido, todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos

adversos. No obstante, en el caso específico del equipo de enfermería, el cual debe realizar un mayor número de intervenciones directas en ambientes, interacciones y tecnologías complejas, a un paciente que ya de por sí es vulnerable por su condición, el riesgo de fallas en la atención se incrementa ostensiblemente.

Para la enfermería, conocida como la ciencia y el arte de cuidar a seres humanos, la seguridad es transversal e intrínseca al cuidado, de modo tal que la calidad del cuidado implica y expresa la seguridad del paciente (Cometto, et al, 2011). Lo anterior, permite admitir que sin seguridad no hay cuidado y viceversa, por tanto, el profesional de enfermería debe buscar de manera incansable los mecanismos que garanticen que su cuidado sea lo menos nocivo posible. Sin embargo, estudios como el IBEAS, sobre la prevalencia de eventos adversos en cinco países latinoamericanos, devela aquellos que tienen que ver con enfermería, como los eventos relacionados con el cuidado (16,24%) en los que se contemplan no solo las úlceras por presión (9,87%), sino también los asociados a la medicación (9,87%) y a la infección nosocomial (35,99%). Adicionalmente se encontró que el 61,2% de los eventos llevó a un aumento de la estancia en 10,4 días y que 65% de los mismos se consideraron evitables (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Igualmente, en México, Zarate et al., (2015) concluyen que los eventos adversos más frecuentes son aquellos relacionados con el cuidado (29,9%) y que estos, en su mayoría, son evitables. Así mismo, Pereira, Bauer, Queiroz, Gomes y Alves (2014), encontraron que de los 556 eventos adversos que ocurrieron durante la asistencia clínica en pediatría, el de mayor frecuencia es aquel relacionado con el acceso vascular (40,8%), seguido de sondas, catéteres, drenajes y tuberías (27,2%) y las drogas (15,5%).

En el ámbito nacional, Parra, Camargo-Figuera y Gómez (2012) reportan que se

presentaron 23 eventos por cada 100 pacientes, 10 flebitis por cada 100 pacientes, 12 úlceras por presión por cada 100 pacientes y una caída por cada 100 pacientes; mientras que Villarreal, Lozano, Mendoza, Montenegro y Olarte (2014), advierten que en una unidad de cuidados intensivos, las tres primeras causas de eventos adversos fueron: la infección nosocomial (25%), úlceras por presión (18%) y la neumonía asociada a ventilación mecánica (16%).

Especial atención merecen los eventos adversos relacionados con medicamentos, ya que, aunque son varios los profesionales involucrados en el proceso, es el enfermero el que se encarga de prepararlos y aplicarlos siendo las etapas en las que presentan un mayor número de fallas (Ministerio de Salud de Colombia -MinSalud, s.f.). De hecho, Rozenfeld, Giordani y Coelho (2013), sustenta que la incidencia de estos eventos adversos es del 26.6%, lo que incrementó la estancia en 24,5 días.

Teniendo en cuenta esta realidad del cuidado, se hace necesario trabajar de manera proactiva y predictiva en la prevención y detección de fallas que se presentan en el día a día, para lograr procesos de atención seguros y por ende de calidad. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo.

Este ambiente organizacional, denominado cultura de seguridad, es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, en la percepción compartida de la importancia de la seguridad, en la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, en el enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del

error cometido, y, que lleve a la existencia de un plan de capacitación y recursos (Ministerio de la Protección Social de Colombia -MinProtección, s.f.).

Una base para avanzar en esta vía es el documento *Safe Practices for Better Health Care*, producido por el *National Quality Forum* de Estados Unidos (Washington, NQF; 2003, citado en Pereira, et al., 2014), el cual fue punto de partida para la elaboración de una encuesta diseñada y validada por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* de los Estados Unidos, teniendo una versión al español del *Hospital Survey on Patient Safety* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), y con los resultados se pretendía priorizar estrategias de mejora tendientes a perfeccionar la seguridad de los usuarios, tanto en cuidado de enfermería, como en la atención del resto del equipo de salud. Dicho instrumento ha sido utilizado de manera exitosa en instituciones de salud españolas y mexicanas, pero aún en el ámbito colombiano su uso es tímido pese a ser ampliamente recomendado por el Ministerio de Salud (Resolución 2003 de 2014; MinProtección, 2008; Promoción de la cultura de seguridad del paciente, s.f.), dado que su aplicación y análisis ofrece un diagnóstico de la realidad de los avances que tienen las instituciones sobre la cultura de seguridad del paciente.

Por lo anterior se hizo indispensable la realización de un estudio cuyo objetivo general fuera determinar la cultura de seguridad del paciente, mediante la aplicación de dicho instrumento en instituciones de salud de nivel I y II de atención en el departamento de Antioquia con convenio de docencia-servicio con la Corporación Universitaria Adventista, lo cual pudo lograrse describiendo los factores sociodemográficos y laborales del equipo de enfermería y la percepción sobre el nivel de seguridad en las instituciones; identificando las dimensiones que se destacan como fortalezas que impulsan la cultura de seguridad del paciente; determinando cuáles son las que se constituyen en oportu-

nidades de mejora y conociendo la adherencia del personal de enfermería en las acciones de seguridad de medicamentos.

Materiales y métodos

Tipo de estudio.

El estudio fue de tipo descriptivo evaluativo transversal con un diseño observacional. Hizo parte de un macroproyecto en el que se indagó sobre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de instituciones de I, II, III y IV nivel de atención de Antioquia en convenio con la Corporación Universitaria Adventista. Para el caso específico de esta investigación, la población y muestra incluyeron a todos los enfermeros y auxiliares de cuatro instituciones de salud de nivel de atención I y II que aceptaron participar en el estudio: E.S.E Gabriel Peláez Montoya (dos enfermeros y 14 auxiliares de enfermería); IPS Universitaria Adventista (un enfermero y dos auxiliares de enfermería); E.S.E Hospital San Luis Beltrán (un enfermero y ocho auxiliares de enfermería) y la Fundación Clínica Noel (dos enfermeros y 13 auxiliares de enfermería). Es decir, en total seis profesionales y 37 auxiliares de enfermería. Dentro de los criterios de inclusión se contemplaron: participación voluntaria, laborar en servicios asistenciales de las instituciones y tener contrato vigente con la institución al momento de la investigación. Se excluían a quienes no dieron su consentimiento, pero no se presentaron tales casos.

Instrumento para la recolección de la información.

Se tomó como referente la encuesta diseñada por la *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* de los Estados Unidos y adaptada al español por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, España, la *Hospital Survey on Patient Safety* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). La encuesta fue creada como una herramienta para examinar de manera

confiable las conductas y actitudes que poseen los trabajadores del área de la salud con relación a la seguridad del paciente, por este motivo la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España realizó la traducción para ponerla a disposición de los profesionales sanitarios en enero del año 2006.

Se desarrolló una prueba piloto de la encuesta, tras la cual se adaptaron algunos términos empleados para facilitar la comprensión del personal, posteriormente y luego de firmar el consentimiento informado, se aplicó la encuesta en un cuestionario autoadministrado. Este, al igual que el original, consta de 12 dimensiones agrupadas en secciones de la A a la D: frecuencia de eventos notificados (3 ítems); percepción de seguridad (4 ítems); expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la unidad/ servicio que favorecen la seguridad (4 ítems); aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems); trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (4 ítems); franqueza en la comunicación (3 ítems); retroalimentación y comunicación sobre errores (3 ítems); respuesta no punitiva a los errores (3 ítems); dotación de personal (4 ítems); apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (3 ítems); trabajo en equipo entre unidades (4 ítems); problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades (4 ítems). Se adicionaron al instrumento de medición, por recomendación de estudios similares, las dimensiones sociodemográfico/ laboral y la de adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Tomazoni, Kuerten, De Souza, Anders y Correia, 2014; Pozo y Padilla, 2013).

La fiabilidad de cada una de las dimensiones se verificó a través del alfa de Cronbach, obteniendo un valor general de 0,74 para todo el instrumento (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La valoración de cada ítem se realizó mediante una escala de Likert, en cinco grados de acuerdo a cada sección. Para las secciones A y B: muy en desacuerdo; en desacuerdo; indiferente; de acuerdo; muy de acuerdo.

Para las secciones C y D: nunca; casi nunca; a veces; casi siempre; siempre.

El cuestionario contaba con unas preguntas formuladas en positivo y otras en negativo. Se hizo el análisis por cada ítem y por cada dimensión. De forma general, las respuestas del cuestionario se recodificaron en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

- Negativo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo.
- Neutral: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- Positivo: De acuerdo, muy de acuerdo

Para el análisis de los resultados obtenidos, se clasificó cada pregunta o ítem, y luego cada dimensión como fortaleza si la respuesta dada cumplía con los siguientes criterios: 75% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a las preguntas formuladas en positivo; 75% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» «nunca/raramente») 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% o más de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo; 50% o más de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Técnicas y procedimientos de recolección de información.

Para garantizar el total diligenciamiento de la encuesta, que es extensa, se desarrollaron sesiones educativas sobre el rol del equipo de enfermería en la cultura de seguridad del paciente, bajo la supervisión de los investigadores.

Análisis estadístico.

Los datos estadísticos fueron analizados con un método descriptivo exploratorio inva-

riado usando el programa SPSS versión 19. Se analizó cada variable contenida en la encuesta y se describieron mediante distribución de frecuencia, frecuencia relativa y frecuencia porcentual. El análisis estadístico gráfico, se representa a través de histogramas y gráficos de barras.

Consideraciones éticas.

De acuerdo a la resolución 8430 del 1993, este estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, y se desarrolló conforme a los criterios de respeto, beneficencia y justicia. Adicionalmente fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista, mediante acta 029 del 29 de julio de 2014, y por los respectivos comités de ética de las instituciones de salud participantes.

Antes de aplicar el instrumento a los participantes del estudio se les informó sobre los aspectos relacionados con el mismo y a su vez diligenciaron y firmaron un consentimiento informado, que demostraba que su participación era libre, voluntaria y poseían conocimiento del uso que se le daría a los datos consignados en el instrumento. Se mantuvo en todo momento el anonimato de quienes participaron en la investigación.

Resultados

Caracterización sociodemográfica, laboral y percepción del personal de enfermería sobre el nivel de seguridad de paciente.

La mayor parte del personal correspondía a auxiliares de enfermería, para la E.S.E Gabriel Peláez Montoya (Institución I) el 86,7%; la IPS Universitaria Adventista (Institución II) el 87,5%; E.S.E Hospital San Luis Beltrán (Institución III) el 88,8% y la Fundación Clínica Noel (Institución IV) el 66,7%. Un porcentaje menor eran profesionales de enfermería, la

Institución I, el 13,3%; Institución II el 12,5%; Institución III el 11,1% e Institución IV el 33,3%.

En cuanto al tiempo de experiencia en la profesión u oficio, en las instituciones I y III, el 53,3% y 44,4% respectivamente, del personal de enfermería tenía más de 10 años de experiencia, mientras que en las instituciones II y IV, el 93,8% y 66,6% en su orden, eran auxiliares de enfermería o enfermeros desde hace seis años o menos.

En lo que respecta a la antigüedad en las organizaciones, se evidenció que en la institución III el 55,5 % del personal de enfermería laboraba en ella desde hace más de siete años. Por el contrario, en la I (60%), II (92,9%) y IV (66,7%), el personal tenía tres años o menos de trabajar en ellas, deduciéndose que hubo mayor práctica de la profesión en la institución III.

Los servicios en los que laboraba el mayor número de los encuestados fueron: cirugía (66,7% para la Institución I); urgencias (44,4% en la institución III y 43,8% en la institución II); hospitalización (44,4% en la institución III) y consulta externa (100% del personal de la institución IV). El grupo con mayor experiencia en su servicio (más de siete años), se encontró en el E.S.E Hospital San Luis Beltrán, con el 55,5%, contrastando con el 60%, 93,6% y 66,7%

del personal de enfermería de las instituciones I, II y IV respectivamente, que tenían menos de seis años laborando en el servicio.

Al analizar el número de horas trabajadas por semana se pudo inferir con preocupación que un porcentaje considerable del personal de enfermería de las cuatro instituciones aseguraron hacerlo más de 48 horas a la semana (la I con el 26,7%, la II con el 37,5%, la III con el 44,4% y la IV con el 66,7%), lo cual se constituye en un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos si se tiene en cuenta, además, que todos los encuestados tenían contacto directo con el paciente.

En general, los participantes tuvieron valoraciones muy diversas al calificar el grado de seguridad de sus organizaciones. En la institución I, el 60,1% del personal de enfermería lo percibe entre 3 y 7 puntos sobre 10; en el Hospital II el 62,6% del personal la calificación oscila entre 5 y 7 puntos sobre 10; y en las instituciones III y IV, el 33,3% del personal manifestó que el nivel de seguridad de su servicio es de 6 y 7 puntos sobre 10, y el 66% entre 8 y 9 puntos sobre 10. Lo anterior significa que en estas instituciones se percibe un mayor grado de seguridad, aunque por supuesto, todas precisan seguir trabajando en ello.

Análisis de las dimensiones de cultura de seguridad.

Tabla No. 1.
Opiniones del personal de enfermería sobre las dimensiones de la cultura de seguridad (I).

Dimensión 1: Frecuencia de eventos adversos notificados (α : 0,88)				
Tipo de respuestas	Institución I	Institución II	Institución III	Institución IV
Positivas	44,50%	27,00%	59,30%	66,60%
Neutrales	44,50%	14,60%	33,30%	22,20%
Negativas	11,00%	58,40%	7,40%	11,20%
Dimensión 2: Respuesta no punitiva a los errores (α : 0,65)				
Positivas	60,40%	37,50%	40,70%	66,60%
Neutrales	11,%	22,90%	22,30%	11,20%
Negativas	28,60%	39,60%	37,00%	22,20%

Dimensión 3: Retroalimentación y comunicación sobre errores (α: 0,73)				
Positivas	66,40%	58,30%	70,50%	33,30
Neutrales	15,50%	35,40%	22,10%	0,00%
Negativas	18,10%	6,30%	7,40%	66,70%
Dimensión 4: Franqueza en la comunicación (α: 0,66)				
Positivas	57,80%	45,80%	51,80%	44,40%
Neutrales	31,10%	18,80%	18,50%	0,00%
Negativas	11,10%	35,40%	29,70%	55,60%
Dimensión 5: Dotación del personal (α: 0,64)				
Positivas	60,40%	37,50%	50,20%	58,30%
Neutrales	11,%	12,50%	8,30%	0,00%
Negativas	28,60%	50,00%	41,50%	41,70%
Dimensión 6: Aprendizaje organizacional (α: 0,68)				
Positivas	77,80%	70,90%	85,20%	77,80%
Neutrales	13,30%	18,80%	3,70%	22,20%
Negativas	8,90%	10,30%	11,10%	0,00%
Dimensión 7: Percepción de seguridad (α: 0,65)				
Positivas	62,10%	43,80%	33,30%	33,30%
Neutrales	16,50%	20,30%	41,70%	58,40%
Negativas	21,40%	36,00%	25,00%	8,30%

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de la encuesta AHQR, aplicada al personal de enfermería de las instituciones de 1 y 2 nivel de atención en convenio con la UNAC.

Tabla No. 2.
Opiniones del personal de enfermería
sobre las dimensiones de la cultura de seguridad (II).

Dimensión 8: Expectativas y acciones de la dirección que favorecen la seguridad (α: 0,84)				
Tipo de respuestas	Institución I	Institución II	Institución III	Institución IV
Positivas	70,00%	43,80%	47,20%	50,00%
Neutrales	11,70%	26,60%	25,10%	50,00%
Negativas	18,30%	29,60%	27,70%	0,00%
Dimensión 9: Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente (α: 0,81)				
Positivas	62,40%	54,20%	70,40%	77,80%
Neutrales	24,20%	20,80%	22,30%	22,20%
Negativas	13,40%	25,00%	7,30%	0,00%
Dimensión 10: Trabajo en equipo en la unidad (α: 0,82)				
Positivas	69,90%	79,80%	66,70%	75,10%
Neutrales	21,70%	14,00%	24,90%	0,00%
Negativas	8,40%	6,20%	8,40%	24,90%
Dimensión 11: Trabajo en equipo entre las unidades (α: 0,73)				
Positivas	71,60%	57,80%	69,40%	83,40%
Neutrales	13,40%	17,20%	27,80%	8,30%
Negativas	15,00%	25,00%	2,80%	8,30%

Dimensión 12: Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios (α : 0,74)				
Positivas	59,80%	50,00%	13,90%	41,70%
Neutrales	23,30%	29,70%	41,70%	33,30%
Negativas	16,90%	20,30%	44,40%	25,00%
Dimensión 13: Adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos (α : 0,72)				
Positivas	63,40%	66,00%	87,50%	87,50%
Neutrales	27,50%	21,00%	9,70%	8,30%
Negativas	9,10%	13,00%	2,80%	4,20%

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de la encuesta AHQR, aplicada al personal de enfermería de las instituciones de 1 y 2 nivel de atención en convenio con la UNAC.

Dimensiones consideradas como fortalezas.

El aprendizaje organizacional/mejora continua, logró un 77,8% de opiniones favorables en las instituciones I y IV y un 85,2% en el hospital III. El trabajo en equipo en la unidad, obtuvo el 79,8% de opiniones favorables en la organización II y el 75,1% en la institución IV, para esta última, el trabajo en equipo entre las unidades consiguió el 83,4%, el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente alcanzó un 77,8% de respuestas favorables. También, la adherencia a las acciones en seguridad de medicamentos fue una fortaleza contundente para las organizaciones III y IV, con un 87,5% de respuestas positivas en cada una de ellas.

Dimensiones consideradas como oportunidades de mejora.

La frecuencia en la notificación de eventos adversos con un 58,4% y la dotación del personal con un 50% de respuestas negativas, se constituyeron en oportunidades de mejora para la institución II; mientras que la retroalimentación y comunicación sobre errores, con un 66,7%, y la franqueza en la comunicación, con un 55,6%, de opiniones negativas lo fueron para la organización IV.

Discusión

Aspectos sociodemográficos, laborales y percepción del personal de enfermería sobre el nivel de seguridad del paciente.

En las cuatro instituciones que participaron en el estudio, es común denominador el mayor número de auxiliares de enfermería en comparación con los profesionales, situación que supera a la investigación de Tomazoni et al., (2014), donde solo el 35,4% corresponde a personal no profesional y el 16,3% a enfermeros; mientras que en otras investigaciones, como la de Gómez et al., (2011), hay mayor homogeneidad en esta proporción debido a que el 45,3% fueron auxiliares y 54,7% profesionales en enfermería.

Sin embargo, existen otros estudios que tienen en cuenta otras profesiones (incluido el grupo de enfermería), como en el caso del realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2009), donde el 61,1% de los implicados corresponde al personal de enfermería que trabaja en hospitales pequeños sin hacer discriminación entre auxiliares y profesionales, permitiendo deducir que es imprescindible la presencia del equipo de enfermería en los esfuerzos que se generen

hacia la cultura de la seguridad, tanto más, si se tiene en cuenta que es este personal el que mayor contacto directo tiene con los pacientes, como ocurrió en este estudio y en el español, situación que cobra aún más importancia cuando se habla de servicios de ambientes complejos como cirugía y urgencias (Tomazoni, et al., 2014; Gómez, et al., 2011).

En lo concerniente a la antigüedad de los enfermeros en las instituciones, 27% llevaban entre 16 y 20 años trabajando en el hospital, en el estudio de Meléndez et al., (2014), porcentaje que es superado por la presente investigación, donde la mayor parte del equipo de enfermería (53,3% y 44,4%) en dos organizaciones, llevaba más de 10 años de labor en ellas.

En consonancia con lo anterior, quienes tienen mayor experiencia laborando en su servicio se encuentran en el hospital III, con el 55% de los encuestados contando con más de siete años, lo cual garantiza de alguna manera el conocimiento que han de tener sobre el funcionamiento de sus áreas y por tanto de su cultura de seguridad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Una mayor experiencia supone mayor conocimiento de la dinámica del área, sus procesos, mayor habilidad y destreza en los procedimientos, traduciéndose en menores riesgos de cometer errores y con ellos, menor probabilidad de eventos adversos, porque este grupo de personas estaría clasificado, según Patricia Benner, como expertos que tienen un enorme trasfondo de experiencia, una intuitiva comprensión de cada situación y visión general de ella, demuestran dominio clínico, asimilan el saber práctico y prevén lo inesperado (Tomey y Alligood, 2007). Sin embargo, también hay que advertir que este personal con mayor antigüedad es el más reacio a acoger los cambios que con respecto a la seguridad el paciente se instauran en las organizaciones, porque el trabajo ya es una rutina y se confían en su experiencia, mostrando poca adherencia

a las guías. Estos aspectos se constituyen en factores desencadenantes de eventos adversos.

En contraste, un porcentaje importante del personal de las instituciones I, II y IV tienen menos de 6 años laborando en el servicio, resultado que supera lo hallado en el estudio de Meléndez et al., (2014), donde el mayor porcentaje de enfermeros estuvo en el rango de uno a cinco años con un 38%, que, de acuerdo con los niveles de experticia tratados por Benner, podrían ser catalogados como principiantes, principiantes avanzados, competentes y eficientes. El principiante, dentro de los que se encuentran los recién graduados, no tiene experiencia previa de las situaciones a las que se enfrenta en su campo laboral; el principiante avanzado adquiere experiencia necesaria para dominar algunos aspectos de las situaciones y su interés no se centra en conocer las necesidades y respuestas del paciente; el eficiente percibe la situación como un conjunto y tiene seguridad de sus conocimientos y habilidades; mientras que el competente planifica, prevé y gestiona el tiempo, muestra cierta habilidad para considerar los cambios de una situación (Tomey y Alligood, 2007).

En términos de la seguridad del paciente, a menor tiempo en el servicio menor conocimiento sobre los procesos y menor habilidad y destreza en los quehaceres propios de la enfermería, lo que significa mayor probabilidad de incurrir en eventos adversos, sobre todo para aquellas personas que se encuentran a nivel de principiantes y principiantes avanzadas. A ello se suma el número de horas laboradas por semana, pues un porcentaje importante de personas manifestaron que trabajan más de 48 horas, similar a lo encontrado por Pozo y Padilla (2013), en cuyo estudio mostraron que el 39,09% de las personas trabaja entre 40 y 59 horas semanales, al igual que el 61% de los participantes en el estudio de Meléndez et al., (2014). Esta situación es alarmante dado que a la luz de la ley colombiana, según lo contemplado en el título II, artículo 161, del

Código Sustantivo del Trabajo, un empleado debe laborar máximo 48 horas a la semana. Por tanto, en lo que a cultura de seguridad compete, se puede asegurar que trabajar más tiempo del que se debe erosiona la seguridad, por cuanto “el cansancio, el sueño y la sobrecarga de trabajo” que esto genera, se constituyen en factor contributivo de eventos adversos (Taylor-Adams, y Vincent, s.f.).

Por otra parte, en lo que atañe al grado de seguridad del paciente que percibieron los participantes en el estudio de cada una de sus instituciones, las opiniones estuvieron divididas, pero en general la puntuación obtenida en las instituciones oscila entre 3 y 7 y 8 y 9; resultados comparables con el estudio de Pozo y Padilla (2013), donde el 50% del personal lo califica como muy bueno, es decir, entre 7 y 8 puntos, al igual que el 48% del personal incluido en la investigación de Meléndez et al., (2014). Estos resultados sugieren que falta mucho por hacer en la generación de un clima en el cual se perciba que el paciente se encuentra seguro.

Dimensiones consideradas como fortalezas.

Para dos de las instituciones investigadas el aprendizaje organizacional/mejora continua, resultó ser una fortaleza, indicando que son capaces de aprender de sus errores, analizarlos, y buscar sus causas para evitar que vuelvan a ocurrir, favoreciendo la seguridad del paciente. Esto se confirma por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en su Guía de Buenas Prácticas, en la cual resalta que el aprendizaje es el objetivo fundamental de toda organización que quiere ser mejor cada día (MinProtección, s.f.). Estos resultados contrastan con el estudio llevado a cabo por Roqueta, Vecina y Chanovas (2011), donde solo el 42% de los encuestados contestaron de forma positiva, siendo tendencia la oportunidad de mejora.

Otra fortaleza para dos de las cuatro organizaciones participantes, fue el trabajo en

equipo en la unidad, lo que difiere del 64,7% de respuestas positivas obtenido en el estudio de Jaraba, Sartolo, Villaverde, Espuis y Rivas (2013), en el cual este componente no alcanzó a ser fortaleza ni oportunidad de mejora. Entre tanto, el trabajo en equipo, esta vez entre las unidades, fue considerado fortaleza en la institución IV, superando lo hallado en el estudio realizado por Roqueta et al., (2011), donde únicamente hubo un 36% de respuestas positivas para esta variable, dirigiéndose a una oportunidad de mejora.

En salud, el trabajo en equipo tanto al interior de la unidad, como entre los servicios es de suma importancia, pues esta conducta ayuda a disminuir la ocurrencia de eventos adversos, por cuanto el no trabajar en equipo se convierte en un factor contributivo que conlleva a la presencia de fallas activas (MinProtección, s.f.). Trabajar en equipo no solo favorece la acción en torno a una sola meta y misión institucional, sino que además propicia la comunicación efectiva, esencial para garantizar mayor seguridad en el paciente (Ramírez, Ocampo, Pérez, Velázquez y Yarza, 2011).

Por lo tanto incrementa sus resultados positivos, cuando el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente se suma a las fortalezas, tal como ocurrió en una de las instituciones estudiadas. Los resultados son antagónicos con otra investigación, en la que solo hubo un 31,6 % de opiniones positivas (Meléndez, et al., 2014); por lo tanto, para este caso no llega a ser una fortaleza ni una oportunidad de mejora.

Es de resaltar entonces que el empoderamiento y respaldo de los administrativos en este tema, no solamente contagia a los colaboradores, sino que incrementa su confianza, aspecto imperativo en la promoción de la comunicación efectiva y por tanto en la disminución de las fallas. La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover

una transformación hacia una cultura de seguridad (MinProtección, s.f.). Por ello, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un prerrequisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente (MinSalud, s.f.). Además, la posibilidad de éxito de las acciones desarrolladas, para lograr un efecto demostrable en la reducción de eventos adversos, depende en gran medida de la continuidad y de recordar que el aprendizaje organizacional está centrado en el conocimiento de las personas entrenadas (Veeduría Distrital, s.f.).

Especial atención merece la dimensión de adherencia a las acciones en la seguridad de medicamentos, consolidadas como claras fortalezas para dos de las instituciones participantes en el estudio, pues dentro de los eventos adversos más frecuentes en el cuidado de enfermería se encuentran involucrados la preparación y aplicación de medicamentos (MinSalud, s.f.).

Dimensiones consideradas como oportunidades de mejora.

El término oportunidad de mejora surge como connotación positiva de las debilidades encontradas en las organizaciones participantes en el estudio. En este sentido, para una de ellas no hay franqueza en la comunicación a diferencia del estudio de Da Silva, De Souza y Saturno (2013), en la que solo el 17,7% resultaron ser opiniones negativas, y un 49,4% de expresiones positivas. Esta situación se constituye en un obstáculo para la frecuencia en la notificación de eventos adversos, dimensión que obtuvo un porcentaje considerable de respuestas negativas, contrario al 67,2% de respuestas positivas resultantes en el estudio de Castañeda et al., (2013). Además impide que haya retroalimentación y comunicación sobre errores, dimensión que en la organización IV, arrojó un 66,7% de respuestas negativas, coincidiendo con lo encontrado por Meléndez et al., (2014), donde solo se obtuvo un 17,8% de respuestas positivas.

Con base en lo anterior, la OMS reafirma que el papel de los sistemas de notificación es fundamental en la adquisición del conocimiento de cómo prevenir el daño durante el tratamiento y la atención, porque los errores en la atención sanitaria con frecuencia se deben a sistemas débiles y tienen causas fundamentales comunes que se pueden generalizar y corregir (De la información a la acción, s.f.).

Por otro lado, pero igualmente alarmante, es la dimensión *dotación del personal*, catalogada como oportunidad de mejora para el hospital II en el estudio realizado Roqueta et al., (2001), en el cual el 57% fueron respuestas negativas; y para Jaraba et al., (2013), que halló un 68,1% de respuestas negativas. Estos resultados exigen indagar más al respecto y de ser necesario, tomar medidas que garanticen el número y cualificación de enfermeros necesarios para el cuidado seguro de los pacientes, dado que una inadecuada dotación de personal se encuentra íntimamente relacionada con la ocurrencia de eventos que interfieren en la seguridad del paciente (Cometto, et al., 2011). Es de clarificar que la dotación de personal, no solo hace referencia al número de enfermeros necesarios en una unidad, sino también a la cualificación y competencia de los mismos ante las tareas y responsabilidades que demanda el servicio del cuidado de los pacientes, aspectos coherentes con lo analizado por Patricia Benner en su filosofía (Tomey y Alligood, 2007).

En términos generales, la cultura de seguridad, tal y como ocurre desde el punto de vista sociológico o antropológico, es la expresión de conductas y modos de comportarse o actuar, inconscientes y espontáneos, de un grupo en un contexto, en este caso el de la salud. En concordancia, la cultura de seguridad del paciente en enfermería se caracteriza por la expresión de ciertas dimensiones en el día a día, acciones personales, pequeñas y cotidianas, en ocasiones sin mayor valor económico, que al unísono con el respaldo de estrategias gerenciales que demandan inversión de recursos

de toda índole pueden llegar a salvar la vida del paciente y este sentido promover la calidad del cuidado.

Conclusiones

Una pequeña proporción del equipo de enfermería de las instituciones participantes fueron profesionales de enfermería en un 13,3% (para la I), 12,5% (para la II), 11,1% (para la III) y 33,3% (para la IV). La mayor parte del personal laboraba en los servicios de cirugía (66,7% de la institución I), urgencias (43,8% y 44,4% del hospital II y III) y hospitalización (44,4% para la organización IV). Algunas instituciones (hospitales I y III con un 40% y 33,3% respectivamente) cuentan con personal que labora en ellas hace más de 10 años y en sus servicios por más de siete (hospital III con un 55,5%), por lo cual, según la investigadora en enfermería, Patricia Benner, estos colaboradores se catalogan como expertos.

Un porcentaje considerable de los encuestados afirman tener jornadas laborales que superan las 48 horas semanales (instituciones I, II, III y IV con el 26,7%, 37,5%, 44,4% y 66,7%, respectivamente) y califican el nivel de seguridad utilizando una escala de cero a diez de la siguiente manera: puntuaciones de 3 a 7 equivalentes al 60,1% para la institución I, mientras que las otras tres entidades tuvieron puntajes de 8 y 9 correspondientes al 37,5% para la institución II, y al 66% para las entidades II y IV.

Entre las variables consideradas como fortalezas, se encontraron: el aprendizaje organizacional/mejora continua y la adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos para la entidad I; para la organización II, el trabajo en equipo en la unidad y la adherencia a las acciones de seguridad de medicamentos; para la institución III, el aprendizaje organizacional/mejora continua; y para la IV, apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente y trabajo en equipo en la unidad y entre ellas.

Las oportunidades de mejora consolidadas fueron: para la institución I, expectativas y acciones de la dirección, retroalimentación y comunicación sobre errores y respuesta no punitiva ante los mismos; para la entidad II, dotación de personal; para la organización III, retroalimentación y comunicación sobre errores; y para la institución IV, respuesta no punitiva ante un error.

Referencias

- Castañeda, H., Pineda, M., Garza, R., González, J., Acevedo, G., y Aguilera, A. (2013). Percepción De La Cultura de la Seguridad. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 77-88. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_08.pdf
- Cometto, M.C., Marcon Dal Sasso, G. T., Zárata, R.A., De Bortoli, S.H., Falconí, C., y Gómez, P.F. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes* (1ª ed). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Da Silva, Z., De Souza, A., y Saturno, P. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos. *Saúde Pública*, 29(2), 283-293. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
- De la información a la acción. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/es/.
- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., y Soto, A. (2011). Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97-111. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
- Jaraba, C., Sartolo, M., Villaverde, M., Espuis, L., y Rivas, M. (2013). Evaluación de la

- cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 471-477. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n3/12_original_breve.pdf
- Meléndez, C., et al. (2014). Percepción Del Personal De Enfermería Hacia La Cultura De Seguridad En Un Hospital Pediátrico En México. *Cuidarte*, 5(2), 774-781. Recuperado de <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/92/195>
- Ministerio de la Protección Social [MinProtección]. (2008). *Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogotá: autor. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- Ministerio de la Protección Social [MinProtección]. (s.f.). *La Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Versión 1.0. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud*. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia -[MinSalud]. (s.f.). *Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cuestionario-SeguridadPacientes1.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: autor. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SPambito_hospitalario.pdf
- Organización Mundial de la Salud -[OMS]. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Francia: Autor. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud -[OMS]. (s.f.). *Más que Palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- Parra, D., Camargo-Figuera, F., y Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión

- y caídas. *Enfermía Global*, (28), 159-169. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/administracion1.pdf>
- Pecci, E. (2013). Checklist Quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. *Revista de Enfermería Castilla y León*, 5(2), 30-42.
- Pereira, J., Bauer, A., Queiroz, A., Gomes, M., y Alves I. (2014). Eventos Adversos Identificados Nos Relatórios De Enfermagem Em Uma Clínica Pediátrica. *Ciencia y Enfermería*, 20(2), 53-63. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n2/art_06.pdf
- Pozo, F., y Padilla, V. (2013). Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Ámbito de un área Sanitaria. *Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90258984&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=54&accion=L&origen=zonadellectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v28n06a90258984pdf001.pdf
- Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. (s.f.). *Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud* [Sitio en Internet]. Recuperado de <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea8/situaciones.html>
- Ramírez, J., Ocampo, R., Pérez, I., Velázquez, D., y Yarza, M. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica*, 9(3), 167-174. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
- Resolución 2003 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. Ministerio de Salud y Protección social de la República de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf.
- Roqueta, F., Vecina, S., y Chanovas, M. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales de Sistema Nacional de Salud Español. *Emergencias*, 23(5), 356-364. Recuperado de http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/27_Roqueta_Egea_F_Cultura_Seguridad_2011.pdf
- Rozenfeld, S., Giordani, F., y Coelho, S. (2013). Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. *Saúde Pública*, 47(6), 1102-1111. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/en_0034-8910-rsp-47-06-01102.pdf
- Seguridad del Paciente. (s.f.). *Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud Entidades Territoriales* [Sitio en Internet]. Recuperado de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>
- Taylor-Adams S y Vincent C. (s.f). *Protocolo de Londres*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
- Tomazoni, A., Kuerten, P., De Souza, S., Anders, A., y Correia, H. (2014). Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Enfermagem*, 22(5), 755-763. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf>

- Tomey, A. M, y Alligood, R. (2007). *Modelos y Teorías en enfermería*. Greenville, North Carolina: Elsevier.
- Veeduría Distrital. (s.f.). *La Seguridad del Paciente en el Marco del Modelo Estándar de Control Interno*. Bogotá: Autor. Recuperado de <http://www.eseusme.gov.co/images/Documentos/seguridad/cartillaSeguridadPaciente.pdf>.
- Villarreal, E., Lozano, W., Mendoza, S., Montenegro, N., y Olarte, A. (2014). Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. *Salud Uninorte*, 30(3), 381-391. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/6138/7019>
- Zárate, R. et al. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universita*, 12(2), 63-72. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000081>