

## **ESTABLECIMIENTO DE UNA LINEA DE BASE DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN BOGOTÁ**

LUCÍA CAROLINA BARBOSA RAMÍREZ<sup>1</sup>, ELIZABETH CÁRDENAS CLAVIJO,  
LILIANA PATRICIA GARCÍA CASTILLO, LILIANA MORE PAZ, MARÍA LILIANA MUÑOZ ORTEGA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

### *Resumen*

El objetivo de este estudio aplicado, fue describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que labora en un Hospital Universitario de Bogotá. Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los colaboradores en cuanto a siete dimensiones que conforma la cultura de seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos.

*Palabras clave:* Cultura de Seguridad, Calidad, pacientes, hospital universitario

## **ESTABLISHING A BASELINE OF THE CULTURE OF PATIENT SAFETY IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN BOGOTA**

### *Abstract*

The aim of this study, was to describe key aspects of the culture of patient safety and security climate perceived by the employees working in a University Hospital in Bogotá, the survey that was used was "Hospital Survey on Patient Safety Culture" sponsored Medical Errors by the Workgroup of The Quality Coordination Interagency Task Force (Quico). The information gathered allowed the perception that the collaborators have as seven dimensions that makes up the safety culture. The information analysis shows that the construction of the safety culture is a process that involves changes in concepts and practices of health personnel, who still lack consolidate but already shows significant progress.

*Key words:* Safety culture, quality, patient, university hospital

### INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad de los pacientes es universal y está promovida por la OMS (2004) a través de La Alianza para la Seguridad Clínica del Paciente. Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se comenten errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.

El Ministerio de Salud de Colombia, en el 2002, en el decreto 2309 incluye la seguridad del paciente

como un aspecto clave de la calidad en salud; en el 2006 el Ministerio de Protección Social con el decreto 1011 pone énfasis en la necesidad de prevenir los eventos adversos y comienza a desarrollar el proyecto IBEAS (2007) con participación de 5 países latinoamericanos. Este proyecto busca fortalecer la implementación de la seguridad clínica del paciente.

En las investigaciones al respecto se han manejado dos perspectivas: una centrada en establecer la magnitud del problema y con énfasis en el error médico para lograr disminuir la incidencia de los errores a partir de incidentes analizados; la otra pone el énfasis en los elementos de la cultura y en el clima de seguridad, condiciones estas que van a determinar las

---

<sup>1</sup> Investigadora Principal. Docente Pontificia Universidad Javeriana. Correo: carolina.barbosa@javeriana.edu.co

prácticas diarias (Agency for Healthcare Research and Quality Developed by Westat under (2005); Sorra y Nieva, (2003); Nieva (2003); Pronovost (2003).

El primer enfoque prioriza lo cuantitativo, establece la magnitud del problema y elabora guías que permitan establecer un control eficaz. El segundo se inclina hacia el logro de una cultura de seguridad que tome en cuenta las percepciones del personal hospitalario sobre las diferentes dimensiones que la constituyen.

Las dos perspectivas pueden abordarse de manera complementaria permitiendo manejar de forma integral la seguridad como parte de la calidad. Se posibilita así el aumento de conciencia sobre la relevancia de asumir prácticas seguras para generar una cultura de seguridad.

La presente investigación se desarrolló dentro del segundo enfoque utilizando un instrumento que permite el acercamiento a la percepción cuantitativa de la seguridad del paciente como uno de los aspectos a indagar cuando se realiza una evaluación de la cultura de seguridad.

*Esandi et al (2006) señala que, "La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas".* Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente AHRQ (2004).

Lo que pretendió el presente estudio fue contribuir a aumentar el conocimiento del tema en nuestro país, al establecer una línea de base de la cultura de seguridad en un hospital universitario que le permitirá a éste evaluarse en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución.

Al establecer la línea de base de la cultura de seguridad del paciente en el hospital, partiendo de la percepción general de seguridad que tiene el personal que trabaja allí con respecto a las siete dimensiones claves que la conforman, se identificó y describió la percepción que tienen los colaboradores referente a si las políticas y procedimientos existentes para lograr

la seguridad del paciente son efectivos; a si la composición de la fuerza de trabajo en las diferentes áreas y en el hospital en general garantizan la seguridad del paciente; a si el liderazgo del jefe o superior inmediato promueve la cultura de seguridad; a si el manejo de la comunicación favorece la seguridad del paciente; y se estableció el grado de seguridad percibido y la frecuencia con que se presentan incidentes y eventos adversos.

## METODOLOGÍA

### *Diseño*

El presente trabajo investigativo fue un estudio aplicado de tipo descriptivo transversal, de acuerdo a la clasificación establecida por Hernández (2003). Se estudió el fenómeno en el contexto natural donde se sucede y se buscó dar elementos para describir la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

### *Participantes*

Participaron 194 colaboradores de un hospital universitario pertenecientes a las diferentes unidades y cargos y con distinta antigüedad. Este número constituyó una muestra representativa para un nivel de confiabilidad del 95%.

### *Instrumento*

Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004). Se aplicó la versión traducida por el Centro de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (2006).

### *Procedimiento*

La recolección de la información se realizó en los meses de noviembre y diciembre del 2007. La oficina de calidad de la institución envió un comunicado a las diferentes áreas o unidades del hospital informándoles acerca del objetivo del estudio, de las personas que recogerían la información y del instrumento que se utilizaría. En cada unidad se pidió a los jefes que ayudaran a motivar a los subalternos para que contestaran la encuesta.

Éstas se repartieron unidad por unidad de acuerdo al número que se estableció era representativo en cada una. La consigna fue que serían recogidas a los dos días o que tan pronto como estuvieran diligencia-

das fueran enviadas a la oficina de calidad.

El proceso de recolección de información y tabulación duró dos meses, debido a dificultades que expresaron los funcionarios en cuanto a una carga laboral muy elevada o a que en algunos casos las personas consideraban que sus cargos no tenían nada que ver con la seguridad del paciente<sup>2</sup>. En algunas áreas o unidades el número suministrado por la oficina de calidad no correspondía a las personas que estaban laborando, lo que obligó a ajustes en la muestra diseñada inicialmente.

El análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original, respetando la información suministrada por las personas encuestadas.

### RESULTADOS

Se analizaron los datos teniendo en cuenta las frecuencias de respuestas para cada una de las variables y dimensiones de cultura a través de una matriz; los resultados se expresan en porcentajes. El último punto de la encuesta hacía referencia a las sugerencias que el personal tenía respecto al tema, las cuales fueron tabuladas por temáticas.

#### Variables y Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente

##### 1. Políticas del Hospital

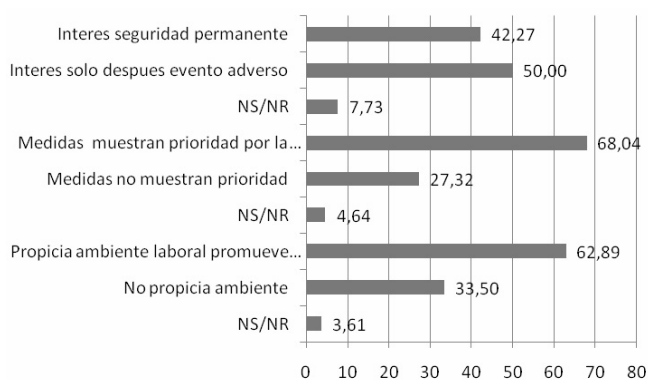


FIGURA 1.1. Apoyo a la seguridad del paciente por parte de la administración del hospital.

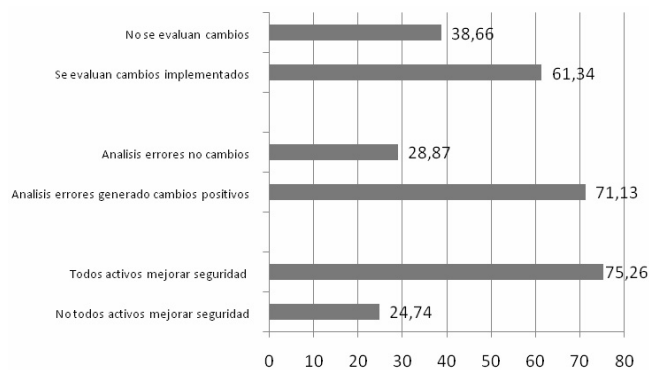


FIGURA 1.2. Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo

##### 2. Procedimientos

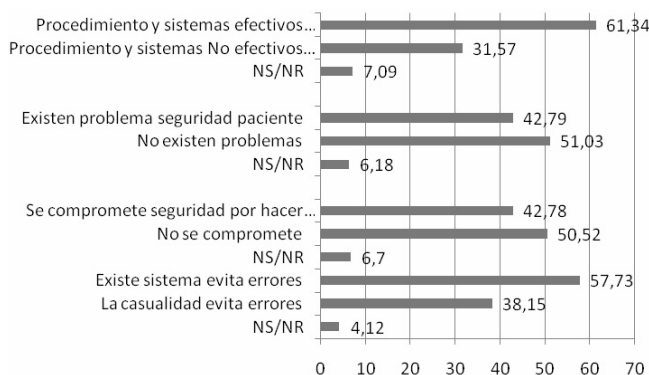


FIGURA 2.1. Sistema para manejo de la seguridad del paciente

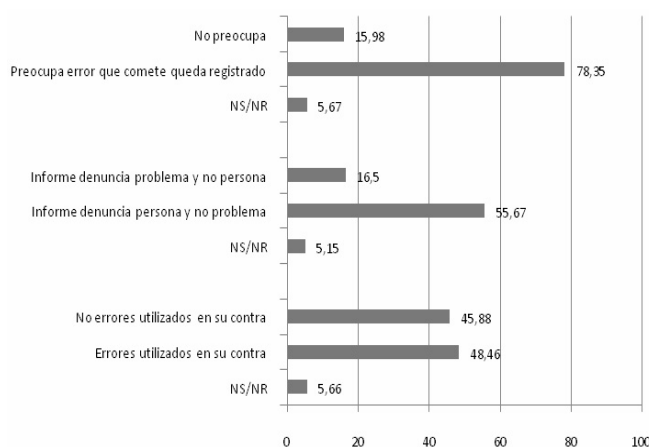


FIGURA 2.2. Manejo frente a errores o incidentes

<sup>2</sup> El personal administrativo considera que su labor no tiene que ver la seguridad del paciente, razón por la cual no contestaron la totalidad de las preguntas.

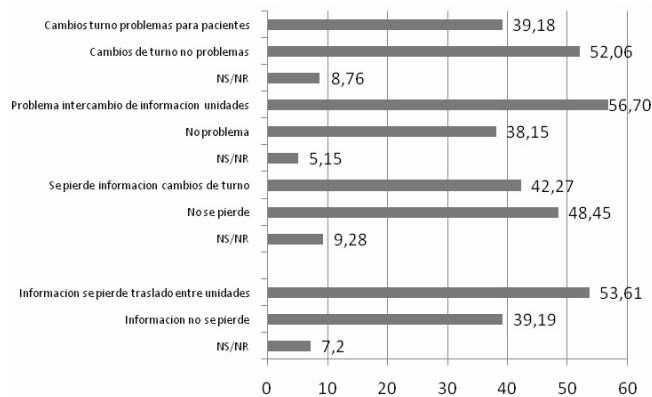


FIGURA 2.3. Remisiones y transiciones

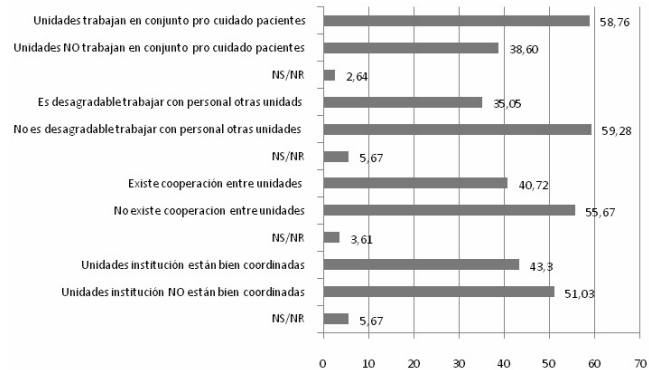


FIGURA 3.3. Equipo de trabajo entre las unidades.

### 3. Composición de la Fuerza de Trabajo

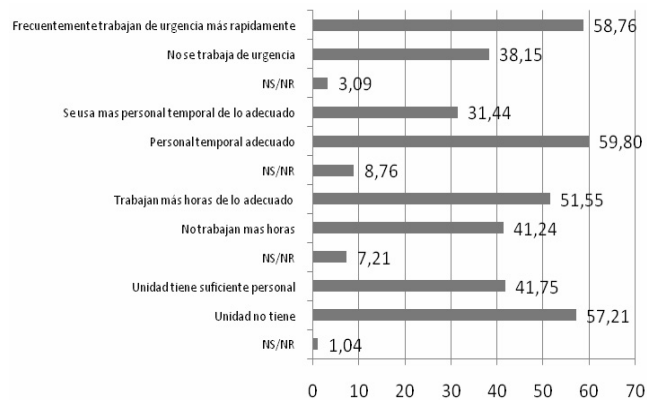


FIGURA 3.1. Staff

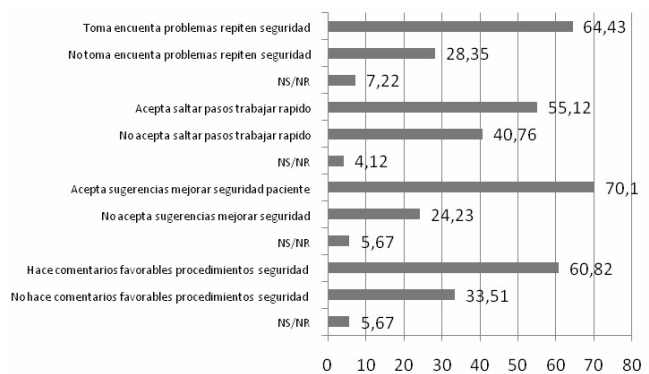


FIGURA 4. El Liderazgo del Jefe o Superior Inmediato

### 5. Manejo de la Comunicación

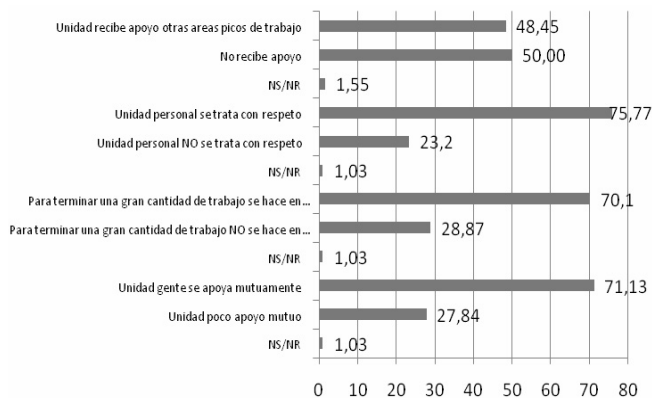


FIGURA 3.2. Trabajo en equipo al interior de las unidades

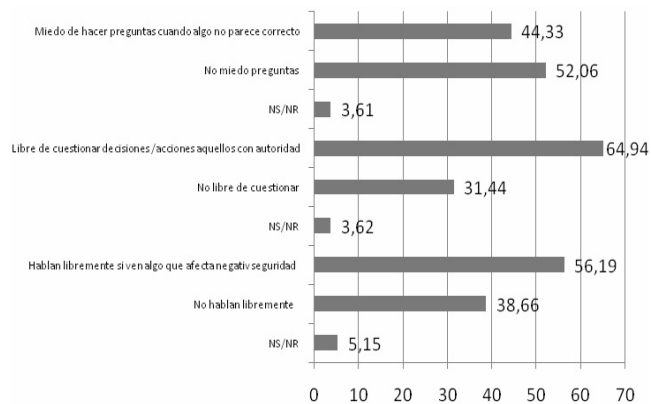


FIGURA 5.1. Apertura en la comunicación

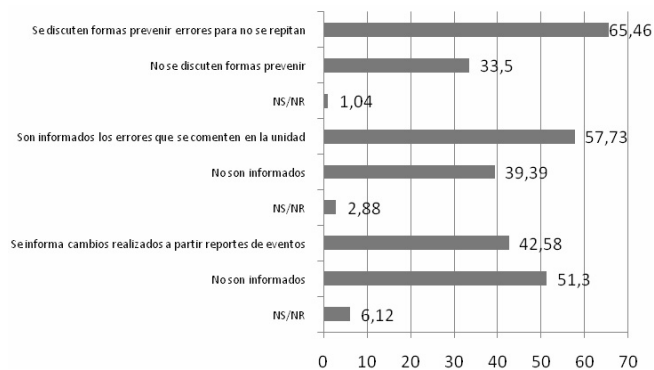


FIGURA 5.2. Retroalimentación y comunicación de los errores

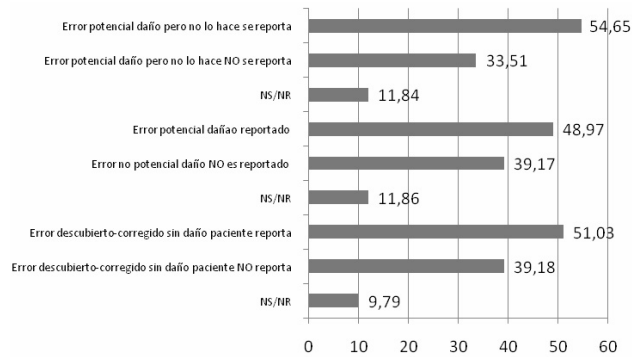


FIGURA 7.2. Frecuencia de eventos reportados

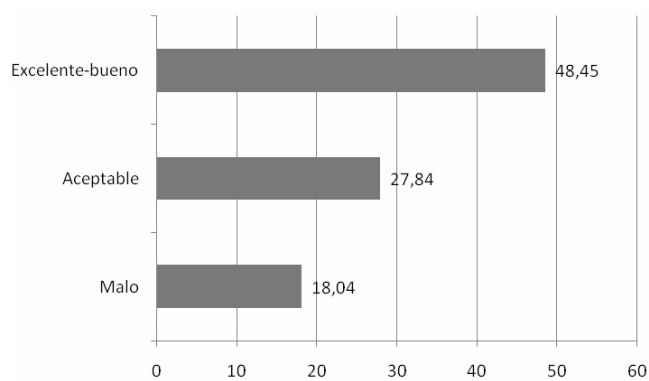


FIGURA 6. Grado de Seguridad Percibido

7. Descriptores de Eventos o Incidentes Reportados

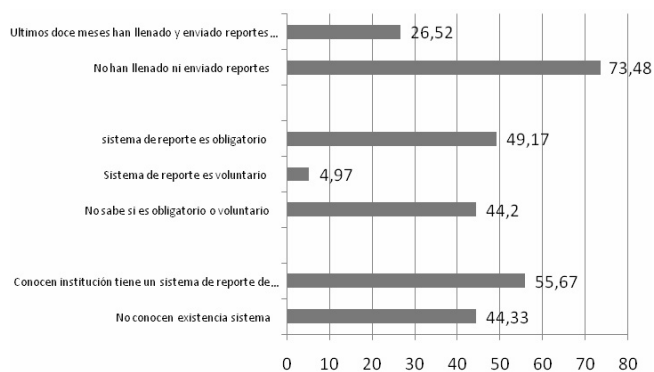


FIGURA 7.1. Sistema de reporte de incidente adverso

TABULACIÓN DE LAS SUGERENCIAS

1. Percepción Global de Seguridad

Dentro de la percepción global de seguridad se encuentran los procedimientos y sistemas existentes para manejar la seguridad del paciente. Con respecto a este tema se destacan algunos aspectos en las sugerencias.

Hay quienes dicen no conocer la existencia de un sistema de reportes de incidentes. Los que si lo conocen, una tercera parte, considera que funciona y genera beneficios para el manejo de la seguridad del paciente. Señalan que de su uso se deriva un aprendizaje positivo para la prevención de incidentes y para el ajuste de procedimientos en el manejo del paciente. Otros piensan que en su implementación existen problemas. Para muchos no es obligatorio, solo se registran los que han causado daño en el paciente, se culpabiliza a personas específicas; a veces el informe es verbal y no quedan registros. Generalmente solo reportan las enfermeras y el resto del personal de salud parece que no lo hace. En el reporte no existe un espacio para las acciones a seguir y por tanto debe anexarse una hoja.

La ausencia de un sistema de reporte o de conocimiento del mismo o el no acatarlo genera subregistros, culpabilización de personas, centralización de la información en quienes tienen poder en la organización y en algunos casos no se toman correctivos. Algunos problemas se conocen por quejas de los pacientes.

El personal administrativo desconoce la existencia de un sistema de reporte y no relaciona su trabajo con la cultura de seguridad del paciente.

Los estudiantes no consideran que sean parte del staff del hospital y por tal razón no asumen como parte de su trabajo el conocimiento de la cultura de seguridad del paciente de la institución.

Los encuestados proponen las siguientes características para el sistema de reporte de incidentes adversos dañinos o potencialmente dañinos:

- Diligenciamiento con carácter obligatorio para el personal de salud que labora en el hospital.
- Sistema de reporte conocido por todo el personal incluidos los estudiantes de las diversas facultades que rotan por los distintos servicios.
- Inclusión de la forma en que se va hacer la retroalimentación a todo el personal de manera que la divulgación permita corregir y prevenir incidentes.
- Inclusión de las distintas áreas y las causas potenciales del error.
- Objetivo del sistema preventivo, de mejoramiento continuo y no punitivo.
- Reporte escrito y reuniones para discutir y promover las acciones pertinentes.

## 2. Infraestructura

Aunque no está dentro de las variables que configuran la cultura de seguridad en el instrumento utilizado, en las sugerencias aparece como un tema clave para garantizar la seguridad del paciente.

Reiterativamente se informa que hay un número insuficiente de camillas y de camas con barandas en el hospital, e igualmente carencia de manijas para sostenerse en los baños. Las escaleras metálicas y los elevadores para pacientes están en mal estado y no tienen cauchos o gomas protectoras. No existen inmovilizadores adecuados para los pacientes, motivo por el cual se utilizan compresas, sabanas, esparadrapos, que muchas veces maltratan la piel. Hay problema de mantenimiento de camillas y camas. En urgencias se atiende pacientes en sillas sin ningún tipo de apoyo.

En el área quirúrgica lo anterior cobra relevancia porque las camillas aunque con barandas no tiene protectores laterales para evitar que los pacientes se golpeen, ni correas accesorias para inmovilizarlos mientras recuperan el estado de conciencia. Igual sucede con las mesas quirúrgicas en donde se requiere inmovilizar manualmente a los pacientes. Los mayores de 60 años deben quedarse en recuperación hasta que se consigan camas con barandas.

En cuanto a los equipos los residentes tienen dificultad para llenar a tiempo las historias porque los computadores son lentos.

Tener los elementos necesarios para funcionar adecuadamente y equipos más modernos, junto con el mantenimiento adecuado de los implementos son sugerencias que se hacen.

## 3. Aprendizaje Organizacional

El departamento de enfermería se preocupa por la prevención de accidentes y allí el equipo esta comprometido con esto. Los errores que se cometen y que no dañan al paciente se comentan inmediatamente tratando de evitar que se repitan. Comparativamente con años anteriores ha habido un incremento en la seguridad, aunque el margen de error aun es alto y el esfuerzo se verá con el tiempo. Para algunos esto es reciente, comenzó hace dos años, para otros se viene realizando desde hace diez. En todo el hospital se intenta implementar la seguridad; sin embargo, el personal administrativo no relaciona su trabajo con el problema de la seguridad.

Se requiere comunicarle a todo el personal la existencia de una forma de reporte puesto que hay gente que no está enterada de que este existe y tampoco de que aparecen incidentes adversos en el manejo del paciente.

Los encuestados destacan el trabajo en equipo y recomiendan estar siempre atentos a evitar el error a pesar de que se lleve mucho tiempo en ese trabajo. Perciben que la mayoría hacen lo mejor que pueden por lograr la seguridad del paciente.

En medicina interna consideran que se cumple con las normas establecidas y que el grupo de trabajo propone soluciones a los incidentes, con compromiso de todos para trabajar con el objetivo de la seguridad. En el grupo existe autocrítica.

Destacan la importancia de capacitar a todo el personal de la institución en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente y tener retroalimentación en todas las áreas por lo importante que es la seguridad y la motivación para mejorar el trabajo cada día con "humanismo".

## 4. Staff

Reiterativamente plantean sobrecarga de trabajo y falta de personal. El énfasis lo ponen en la carga laboral muy pesada. Cuando aumenta la carga laboral también aumenta el margen de error. Hay aumento en las funciones lo que impide dedicar más tiempo a los pacientes. Al personal lo rotan constantemente y llega personal inexperto sin importar la especialidad del servicio aumentando así los riesgos.

Los estudiantes no se consideran parte del staff, aducen desconocimiento del sistema de registro y poca divulgación para su implementación. Piensan que sería importante prestar atención a los accidentes generados por el personal médico.

Consideran que falta capacitación en el manejo de los componentes de la bioseguridad; un mayor sentido de pertenencia y sensibilidad en la mayoría de los médicos e inducción al personal nuevo y entrenamiento al personal de vigilancia para que orienten adecuadamente a los usuarios.

Los encuestados dieron sugerencias acerca del recurso humano para algunos servicios que consideraron requieren intervención urgente:

- En la unidad de cuidados intensivos se encuentran muchos pacientes de alta complejidad y el personal es insuficiente para ofrecerles la ayuda y los cuidados requeridos lo que influye para que se cometan errores.
- En urgencias hace falta personal médico y de enfermería. El Treage está en manos de enfermeras sin mucha capacitación por lo cual la clasificación de los pacientes es deficiente. Se requiere capacitación especial para las enfermeras que tienen a cargo los pacientes en observación. Es allí donde se puede cometer un gran número de errores por cansancio y estrés personal. Se sugiere que haya cuatro auxiliares a cargo para mejorar la calidad del servicio y disminuir el riesgo de accidente. No obstante ya se han realizado capacitaciones para identificar los pacientes con mayores riesgos de caídas y asumir las medidas preventivas necesarias.

Se requiere disminuir el tiempo de espera en el área de urgencias y mejorar la atención de los médicos los cuales suelen no ser muy cordiales y remiten los pacientes a sus casas cuando efectivamente se hallan enfermos. La demora en la atención de los pacientes se origina por una gran demanda lo que a su vez genera estrés en el equipo.

##### 5. Manejo del Paciente

En cuanto al manejo del paciente, los encuestados señalan situaciones y actitudes que pueden estar ocasionando eventos adversos. En los traslados que se deben realizar para toma de exámenes no hay personal suficiente ni infraestructura adecuada. El personal del hospital no siempre tiene en cuenta que un paciente es vulnerable así sea joven o esté en compañía de un familiar, no hay que confiarse por estas circunstancias. El volumen de trabajo es uno de los factores que inciden en la seguridad tranquilidad y bienestar no solo del paciente sino también de su familia.

Los encuestados dieron sugerencias para mejorar y garantizar la seguridad del paciente. Se enumeran a continuación:

- Ubicar en diferentes lugares de las áreas de hospitalización avisos alusivos a las medidas de seguridad como pueden ser el uso de barandas para evitar caídas.
- Mejorar las normas de asepsia y antisépticas.
- Autorizar acompañantes permanentes para pacientes de tercera edad, niños o personas en estado crítico.
- Explicar al paciente la necesidad de inmovilizarlo para garantizar su integridad.
- Se requiere dar información clara y concisa al paciente así como educación continua e información que le permita ubicarse para poder utilizar los servicios.
- Los pacientes comentan que hay falta de comunicación con ellos y con sus familias.
- Capacitar a los familiares para que entienda que la seguridad no es agresión.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La línea de base establecida permite identificar que el hospital universitario en donde se llevó a cabo la investigación viene trabajando para lograr construir y consolidar una cultura de seguridad del paciente al interior de cada unidad y del hospital como totalidad. Es un proceso que podría pensarse que va por buen camino ya que al menos la mitad de los encuestados, ha tenido algún contacto con el sistema y con los procedimientos existentes para el manejo del evento adverso.

Existen muchos aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en el corto tiempo para lograr prestar atención de calidad y dentro de ésta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente asumida por todo el personal que labora en la institución. Es lógico encontrar que el proceso no está consolidado por completo si se tiene en cuenta que la normatividad frente al tema en nuestro país lleva pocos años de ser diseñada y de estar empezando a ser implementada en los hospitales (Ministerio de Protección Social, 2007).

En cuanto a las políticas del hospital, un alto porcentaje de empleados reconocen que la dirección muestra interés en la seguridad del paciente sin embargo, parece ser que dicho interés es mayor cuando se sucede un incidente adverso. Quizás esto obedezca a que como lo reseña Franco, A. *“La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud, ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado. Es claro ahora*

*en el ámbito de la salud que la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio” (Franco, 2005).*

Se percibe que existe un aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores que lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente y que todos los esfuerzos están orientados a este fin. Se reconoce que el mejoramiento continuo se da pero requiere ser fortalecido en el día a día.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente en el hospital se aprecia que si existen pero se considera que no siempre son suficientemente eficaces, bien porque no se conocen, o bien porque no se aplican, ya sea por descuido o por exceso de trabajo.

En este punto podrían hacerse dos consideraciones, la primera tiene que ver con el planteamiento que hace Robbins (2004) quien señala que frente a los procesos de cambio que se dan cuando se implementan nuevas políticas, procedimientos y sistemas en las organizaciones es común encontrar resistencias de orden individual e institucional que lentifican o dificultan lo que se quiere lograr. Es posible entonces que funcionarios del hospital no consideren de vital importancia la implementación de los procedimientos o que existan grupos de profesionales que no lo han asumido por completo. Otra consideración se refiere a lo que plantea Peiro (2004), respecto a los efectos que la globalización viene teniendo en el mundo laboral dentro de los cuales se encuentran demandas excesivas de trabajo, especialmente en las empresas de servicios, que generan niveles de estrés altos con repercusiones en la salud de los trabajadores y en su productividad. Lo cual es ratificado por García (2006) al describir las transformaciones que perciben los trabajadores al asumir al hospital como una empresa, en la que lo importante es producir.

La vivencia de los empleados frente a los errores que cometen está matizada por el temor a las represalias, lo que conlleva un subregistro de errores cometidos sin importar si son potencialmente dañinos o no. Es pues necesario consolidar una cultura institucional educativa y no punitiva que parta del informe y análisis de los errores y eventos adversos, en la que se reconozca que los errores siempre van a existir porque hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos adversos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos.

En la dimensión de la cultura correspondiente a procedimientos también se percibe que existen difi-

cultades en el manejo de la información de los pacientes cuando es transferida de una unidad a otra o cuando hay cambios de turno; podría pensarse que la mayoría no es consciente de que un mal manejo en el cambio de turno puede generar incidentes adversos. La cultura de seguridad del paciente es un elemento de la cultura de calidad en la prestación de servicios de salud que contempla tres componentes claves como lo señala Donabedian (1984) y que es asumido en el sistema de garantía de calidad vigente en Colombia: estructura, proceso y resultado, en este caso se podría pensar que existen problemas de calidad no detectados en el proceso de atención del paciente que generan riesgos en su seguridad (Ministerio de Protección Social, 2003).

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error (Franco, 2005; MPS, 2007).

En cuanto a la dimensión de la cultura que hace referencia a la composición de la fuerza de trabajo, se percibe que falta un mayor número de trabajadores para prestar una atención adecuada a los usuarios, lo cual genera recarga de trabajo y aumento en la posibilidad de error por apresuramiento o por cansancio. A lo que se suma que en la institución existen fallas en el mantenimiento de los equipos, muebles y enseres e insumos requeridos para prestar atención de calidad a los pacientes. Estos dos aspectos tienen que ver con uno de los tres componentes claves de la calidad en la prestación de servicios de salud señalados por Donabedian 1984 y que en este caso se referiría a la estructura: contar con personal competente y en número suficiente para atender eficazmente las demandas de atención; así como garantizar la infraestructura física y los insumos necesarios que cumplan con estándares óptimos para su adecuado funcionamiento, son un soporte clave para apoyar la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

Al interior de cada área existe una percepción positiva en relación al apoyo, respeto y colaboración, lo cual minimiza la posibilidad de error en la atención. Sin embargo se reconoce que es necesario fortalecer estas actitudes porque cuando se presenta mucho trabajo la ayuda no se da con la intensidad que se requiere. De igual manera se considera que es necesario



fortalecer el trabajo en equipo entre las áreas, aspecto difícil de lograr porque culturalmente, por lo general, cada área se asume como una isla que no tiene conexión con otras lo cual objetivamente puede incrementar los riesgos de errores o eventos adversos.

Una dimensión de la cultura muy importante tiene que ver con las actitudes y comportamiento de los jefes frente al tema de la seguridad del paciente. La percepción general es que los jefes realizan acciones para promoverla con sus subalternos, tomando en cuenta los procedimientos establecidos y las sugerencias de estos sin alterarlos para aumentar la velocidad.

En la cultura hospitalaria existe una estructura de poder jerarquizada que hace que la comunicación del personal de base hacia los jefes sea deficiente por temor a criticarlos o a que ellos se puedan sentir criticados, lo que va en detrimento de la seguridad del paciente porque de alguna manera el jefe queda excluido del equipo de trabajo y se incrementa su posibilidad de error. Esto sucede con mayor frecuencia en relación a los jefes médicos, lo que termina de complejizarse si se tiene en cuenta las brechas establecidas en las relaciones al interior de las instituciones de salud por considerar que el estatus del profesional de la medicina es mayor al de cualquier profesional de la salud.

El manejo de la comunicación es otra dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente en la institución estudiada. Se percibe que la práctica de informar el error y discutirlo existe en unas áreas más que en otras. Se evidencia gran necesidad de mejoramiento en este aspecto de la cultura ya que se precisa la necesidad de verificar que todos sean informados de los cambios implementados a partir de las discusiones de los errores reportados. Igualmente se requiere mejorar la comunicación de los subalternos con los jefes y viceversa para que no esté marcada por temores mutuos y pueda generarse realmente un trabajo en equipo.

El grado de seguridad del paciente es percibido como deficiente, lo cual indica que es necesario realizar acciones a corto y mediano plazo para fortalecer las dimensiones de la cultura de seguridad. En el estudio del hospital de Bahía Blanca Argentina (Esandi 2006), se detectó que dicha evaluación era percibida como más deficiente por el personal técnico, en el caso del presente estudio el personal de enfermería son las que perciben mayores dificultades, quizás porque son las de mayor interacción con el paciente en el contexto hospitalario colombiano.

En síntesis puede afirmarse que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, trabajando para que el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de ineficiencia técnica. *“Hasta hace unos años se asumía que el trabajador de la salud brindaba la atención con ética y responsabilidad, nunca con la intención de producir daño. Por tanto se creía ingenuamente que la atención era perfecta sin posibilidades de equivocación”* (MPS, 2007). Los resultados de los servicios en salud y la investigación han demostrado que los procesos de atención en salud implican pensar en sistemas de riesgo que incluyan barreras de seguridad para minimizar los fallos involuntarios que se dan.

En la nueva comprensión del tema se requiere trabajar para que la gente comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias y que todos conocen el sistema. Esto es considerado en otras investigaciones como un aspecto necesario a desarrollar para lograr que la cultura de seguridad del paciente sea eficaz (Esandi 2005).

Lograr que las prácticas se vuelvan rutinarias implica arraigar hábitos y esto lleva tiempo. *“Las personas no cambian su conducta solo con acciones educativas sino se requieren actividades en el campo que demuestren la bondad del cambio sugerido”* (Franco 2005). Se requiere transformar la cultura a nivel de creencias, actitudes, comportamientos, rituales y paradigmas, en este contexto puede decirse con seguridad que el cambio va en camino.

## REFERENCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). U.S. Department of Health and Human Services. September (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. <http://www.ahrq.gov>
- Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Centro de Investigaciones, Epidemiológicas (2006). Encuesta sobre la Cultura de la Seguridad de los Pacientes en la Institución.
- Developed by Westat under contract for the Agency Healthcare Research and Quality. (AHRQ). March 24, (2005). Comparing your results: Preliminary Benchmarks on the Hospital Survey on Patient Safety Culture.
- Donavedian, A. (1984). La Calidad de la Atención Médica. La prensa Medica Mexicana. México.
- Esandi, M. et al. (2006). La cultura de Seguridad: Estudio realizado en un hospital de Bahía Blanca. Publicado por

- el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina Argentina. [eesandi@infovia.com.ar](mailto:eesandi@infovia.com.ar)
- Franco, A. (2005). La seguridad Clínica de los Pacientes: Entendiendo el problema. *Revista Colombia Médica*. 36:130-133.
- García, C. Abr. (2006). El hospital como empresa: nuevas practicas, nuevos trabajadores. *Revista Univeerstias Psicologica*. Vol. 6. No 1. *Revista Universitas Psychologica*, vol.5, no.1, p.143-154. ISSN 1657-9267.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Ministerio de Protección Social República de Colombia. Dirección General de Calidad Consultado Nov(2007). El Estudio IBEAS y la Política de Seguridad del Paciente en Colombia. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>.
- Ministerio de Protección Social República de Colombia (2003). Dirección General de Calidad del Servicio. Consultado Nov (2007) Sistema de Garantía de Calidad. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/SOGC/home.asp>
- Ministerio de Salud. Colombia. Decreto 2309 de 2002.
- Nieva, V and Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Qual. Saf. Health Care*: 12; 17-23. [http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/12/suppl\\_2/ii17](http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/12/suppl_2/ii17)
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Consultado Noviembre 12 de 2007. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En: [http://www.who.int/patient-safety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patient-safety/en/brochure_final.pdf).
- Peiro, J.. abr. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*, vol.3, no.2, p.179-186. ISSN 1657-9267.
- Pronovost P, et al. (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*; 12:405-410
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional*. Pearson Education.
- Sorra, J y Nieva, V. (2003). Pilot Study for the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Summary of Reliability and Validity Findings. <http://www.ahrq.gov>.