

## Serie Experiencias de Buenas Prácticas N°4

# Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado

Experiencia de aplicación de la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" diseñada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, instrumento de uso público para hospitales, que evalúa diversos ámbitos de la cultura de calidad de las instituciones, desde la perspectiva del personal que labora en ellas.

## 1. Contexto

En el marco de las políticas de seguridad formuladas por la OMS, el Hospital Padre Hurtado (HPH) ha definido como una de sus prioridades el mejoramiento de la calidad de atención de salud con énfasis en la seguridad clínica. En este contexto, se ha definido el Programa de Seguridad Clínica y Gestión de Riesgos y el Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Institucional, cuyo fin persigue instaurar una Cultura de Seguridad Clínica en la organización. La evidencia existente y las conclusiones de los investigadores que han

estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad como la aviación o la industria química, señalan que ésta es uno de los aspectos críticos para mejorar la seguridad de sus procesos.

Conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las "buenas prácticas" o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado el 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, en cuya última actualización, se indica además, la medición de la cultura de seguridad, retroalimentación de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

La adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para

mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Con este proyecto se buscó fortalecer la implementación de la seguridad clínica del paciente, proceso iniciado oficialmente en el Hospital Padre Hurtado a partir del año 2005, formulando un diagnóstico base respecto de la percepción de seguridad de los profesionales del HPH, que a futuro permita evaluar el impacto de las acciones que se implementen. Más específicamente, el estudio tuvo como objetivos:

1. Evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo.
2. Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente.
3. Identificar oportunidades de mejora que promuevan la seguridad clínica en el HPH.

## 2. Descripción de la Experiencia

El estudio fue realizado el año 2009, por el equipo de la Gerencia de Calidad, los miembros del Comité de Calidad y la Unidad de Gestión de Riesgo Clínico.

Los sujetos de estudio fueron profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Padre Hurtado, incluyendo médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos. La muestra estimada, para un universo total de 527 profesionales (con 95% de nivel de confianza y 7% de estimación de error) fue de 143 sujetos.

## Metodología

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal. El instrumento consistió en una encuesta de autoaplicación anónima. 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), en su versión traducida al español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. La encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes 12 dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados (3 ítems)
2. Percepción de seguridad (4 ítems)
3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (4 ítems)
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems)
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (4 ítems)
6. Apertura en la comunicación (3 ítems)
7. Retroalimentación y comunicación sobre errores (3 ítems)
8. Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems)
9. Dotación de personal (4 ítems)
10. Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente (3 ítems)

11. Trabajo en equipo entre unidades (4 ítems)
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems)

La recolección de la información se realizó en los meses de agosto y septiembre del 2009. El proceso de recolección de información y tabulación duró dos meses, y el análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original.

### **3. Resultados de la Experiencia**

El porcentaje de respuestas completas fue cercano al 90%, participando finalmente 125 profesionales de la salud pertenecientes a las diferentes unidades, de distintos cargos y antigüedad. Este número constituyó una muestra representativa para un nivel de confianza de 95% con una estimación de error del 8%.

Los profesionales de la salud, médicos, enfermeras (os) y matronas representan un 80 % de la muestra. El 46% de los encuestados tiene más de 10 años de experiencia en su profesión y/o especialidad, y sobre el 92% de ellos interactúa directamente con el paciente, por lo que su percepción de la seguridad clínica es considerada una significativa y válida referencia.

Los principales resultados en los distintos aspectos evaluados fueron los siguientes:

#### **A. Percepción general de Seguridad**

La percepción predominante sobre la seguridad es buena: 64% de los

encuestados considera que los sistemas de atención son efectivos en la prevención de los eventos adversos (EA), el 56% no considera que haya problemas con la seguridad de los pacientes al interior de la Unidad, y sólo el 13% cree que podrían ocurrir más errores. Por otra parte, un 56% consideró que la seguridad clínica se ve afectada por la sobrecarga de trabajo.

#### **B. Frecuencia de notificación de Eventos Adversos (EA)**

La encuesta se centra aquí en los incidentes que no llegaron a provocar daño (porque fueron pesquisados y corregidos antes de afectar al paciente, porque pudiendo haber dañado al paciente no lo hicieron, o porque simplemente no tenían potencial de daño).

Un 58% de los encuestados, considera que este tipo de incidentes son reportados siempre o casi siempre, y otro 20% que lo son algunas veces. Es decir, la opinión mayoritaria es que la notificación ocurre con bastante frecuencia, percepción que no varía sustancialmente si se analiza por separado las tres categorías de eventos.

#### **C. Eventos Adversos notificados en los últimos 12 meses.**

Casi el 60% de los encuestados ha reportado eventos en el último año, lo cual es consistente con la alta percepción de notificación mencionada en el punto previo. Destaca además que casi la mitad de quienes han notificado eventos han reportado 3 o más de éstos en los últimos 12 meses.

#### **D. Identificación del procedimiento de notificación de EA Institucional.**

Destaca el importante porcentaje (90,4%) de encuestados que afirma conocer el procedimiento de notificación de EA Institucional, uno de los objetivos fundamentales de las estrategias de difusión desarrolladas por la Unidad de Riesgo Clínico del Hospital en los últimos 3 años.

### E. Valoración general de la seguridad del paciente en el área de trabajo.

Para un 47,8% la seguridad en el área de trabajo resulta excelente o muy buena, y para un 39,4 es aceptable. Sólo el 1,6% la considera como "pobre" y ninguno de los encuestados evalúa como "malo" el nivel de seguridad del área de atención.

### F. Aprendizaje organizacional y mejora continua

Con una media del 66%, los encuestados consideran que el Hospital tiende a la mejoría continua, y un alto porcentaje (86%) reconoce la implementación de medidas para evitar que se repitan los EA cuando ocurre algún fallo.

### G. Retroalimentación y comunicación de los EA

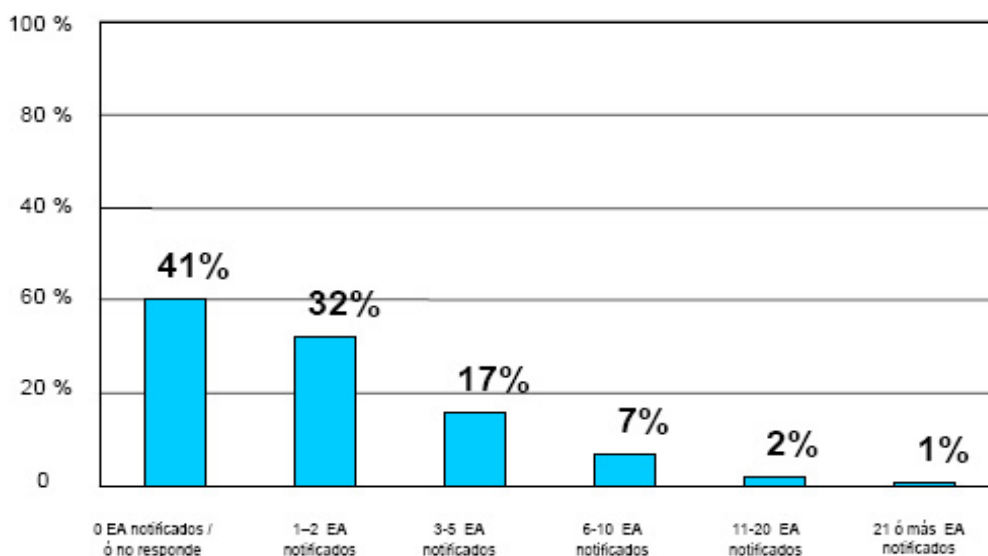
Un 61% de los encuestados tiene la percepción de que existe retroalimentación en su Unidad respecto de la ocurrencia de EA, que se informan los cambios realizados a partir de los sucesos que han notificado, se les comunica sobre los errores que se cometen, y se discute cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.

### H. Respuesta no punitiva a los EA

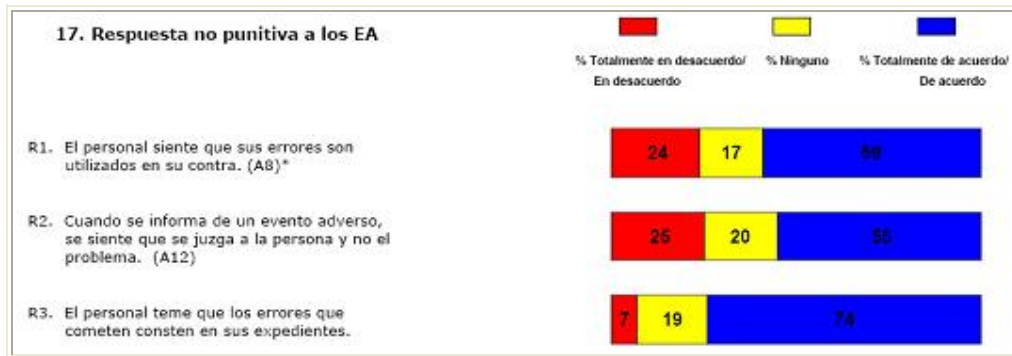
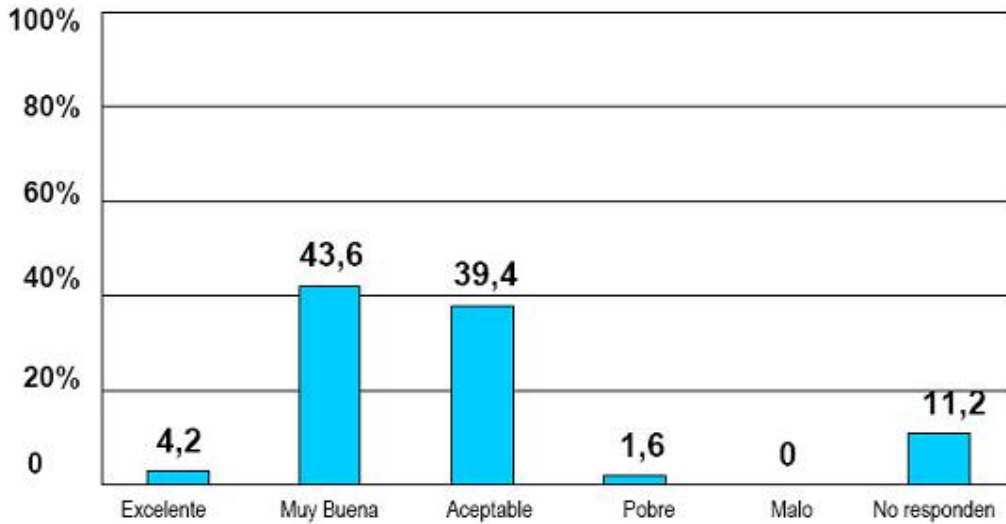
Con una media de 67% llama la atención la percepción de una política punitiva frente a los E, y que un alto porcentaje (74%) teme que los errores notificados sean considerados en sus antecedentes personales. Este ítem se considera la debilidad más importante para la seguridad clínica de la Institución.

### I. Apoyo de la Dirección para la Seguridad

Sólo un 38% (media) considera que la Dirección actúa como un apoyo para la seguridad clínica y que le da alta prioridad a ésta, y apenas un 11% cree que ésta propicia un ambiente favorable para la seguridad del paciente.



## Valoración general de la seguridad del paciente en el área de trabajo



### Fortalezas

De acuerdo a la metodología del Estudio, sólo se considera como fortaleza la dimensión que obtenga un 75% ó más de respuestas positivas o negativas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

De esta forma, destaca la percepción que tienen los encuestados respecto del trabajo de equipo al interior de las unidades o áreas (en promedio un 87%

las preguntas referidas a este ámbito fueron contestadas en forma positiva). Sin alcanzar el porcentaje requerido para ser considerado una fortaleza, pero cercano a éste, se puede mencionar el resultado obtenido en relación al aprendizaje organizacional y la mejora continua, y en la percepción de los encuestados respecto de la retroalimentación y comunicación de los eventos identificados.

## Debilidades

Según el método del Estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un 50% ó más de respuestas negativas o positivas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

En esta categoría se encuentra la percepción acerca de la Respuesta no punitiva a los EA, que alcanzó una media de 63%, y la percepción que tienen los encuestados acerca de la dotación de personal, con una media de 52% de respuestas que la considera inadecuada.

## Comentarios y Discusión

La línea de base establecida permite identificar que el Hospital Padre Hurtado, institución donde se llevó a cabo este Estudio, ha desarrollado un importante trabajo para lograr construir y alcanzar una cultura de seguridad del paciente al interior de cada Unidad y del Hospital como totalidad. Proceso inicial que podría evaluarse exitosamente, ya que la mayor parte 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 plazo 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 trabaja en la institución.

En cuanto a las políticas del Hospital, un alto porcentaje de encuestados 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 varios autores lo han reseñado "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".

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 en la Institución, requiere ser fortalecido en el día a día.

La vivencia de los encuestados frente a los errores que cometen está matizada por el temor a las represalias, lo que conlleva un sub-registro 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.

Al interior de cada Unidad 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 unidades, aspecto difícil de lograr debido a que culturalmente, cada Unidad 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, pues 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 por hacerse más complejo 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 otro profesional de la salud.

El manejo de la comunicación es otra dimensión clave de la cultura de

seguridad del paciente en el hospital. Se percibe que la práctica de informar el error y discutirlo existe en unas unidades 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.

En síntesis, es posible afirmar que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su utilidad 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". 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.

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". 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.

## Conclusiones

Éste es el primer Estudio de Percepción de la Seguridad Clínica efectuado en el Hospital Padre Hurtado, cuyos resultados permiten tener una información de base para medir el impacto del desarrollo del Programa de Gestión de Riesgo Clínico y Seguridad de la Institución, cuya implementación se inició desde el año 2007.

Según la metodología del Estudio, se identifica como una importante fortaleza la percepción del Trabajo de Equipo al interior de las áreas incluidas en el estudio, cualidad que debe ser promovida y considerada en el mejoramiento de la Seguridad Clínica. Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura.

De acuerdo a esto, las propuestas de intervención serían las siguientes:

1. Fomentar la notificación interna y discusión en equipo de los errores que pudieran ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos, es una fortaleza que debe ser aprovechada.
2. Tratar los problemas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. Enfocar el análisis con énfasis en los factores sistémicos más que en los personales y avanzar en estrategias cada vez menos punitivas frente a la identificación de EA.
3. La buena percepción de la importancia de mejorar la interrelación entre las Unidades debe ser aprovechada y cimentar las estrategias tendientes a mejorar la seguridad en el trabajo de equipo.
4. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se pueden ver sometidos.
5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de las Gerencias y la Dirección.

La realización de un nuevo Estudio en un plazo de aproximadamente 3 años, permitirá evaluar el impacto de las estrategias implementadas por la Institución para el desarrollo de una Cultura de Seguridad. Es posible evaluar además, la posibilidad de hacer extensivo este estudio al personal técnico paramédico del Hospital. Alcanzar una Cultura de Seguridad



significa un largo camino de iniciativas coordinadas no sólo para establecer las mejores prácticas clínicas y los sistemas de barreras más efectivos, sino también de hacer cada vez más participe al propio paciente sobre su seguridad y asumir en equipo el riesgo que conlleva la atención, intentando aprender de la experiencia obtenida en la Gestión del Riesgo Clínico implementada en el Hospital tendiendo a conseguir "hacer todas las cosas bien, todo el tiempo, a todos los pacientes".

Fono (02) 836 9000

Horario de atención: Lunes a jueves de 8.30 a 16.00 horas. Viernes de 8.30 a 15.00 horas

#### **4. Recomendaciones para quienes deseen replicar la iniciativa**

No hay.

#### **5. Material de apoyo**

Versión original del estudio (incluye versión completa de la "Encuesta sobre la Seguridad del Paciente"): Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado

#### **6. Datos de contacto**

Carmen Gloria Alarcón 5760685 -  
260685 calarcon@hurtadohosp.cl

Armando Ortiz Pommier 5760684 -  
260684 aortiz@hurtadohosp.cl

Hospital Padre Hurtado

Esperanza 2150- San Ramón - Teléfono  
5760600 - [www.hurtadohosp.cl](http://www.hurtadohosp.cl)

Oficina Central: Alameda 1449, Edificio  
Santiago Downtown torre 2, Atención  
de Público en Local 12, Santiago, Chile -  
Metro La Moneda