

Transformaciones institucionales y cultura de la seguridad de los pacientes. percepción de los trabajadores de la salud

MARTIN DE LELIS*

CAROLINA INTERLANDI**

Resumen: El objetivo general es analizar la cultura de la seguridad del paciente (SP) para promover la implementación de planes de mejora en los servicios de salud. Se efectuó una medición cuantitativa mediante la adaptación local del Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency of Healthcare Research and Quality 2.0 (AHRQ, 2016), aplicado a una muestra de trabajadores pertenecientes a una clínica polivalente de la Ciudad de Buenos Aires. Se obtuvieron estos hallazgos: a) Existe una red de apoyo grupal percibida para actuar ante eventos que pueden afectar la SP; b) El interés por la seguridad es manifiesto en todos los equipos y niveles jerárquicos, pero las intervenciones suelen efectuarse luego de que se produzcan incidentes adversos, no en su prevención; d) Las respuestas se centran habitualmente en la culpabilización del personal involucrado, reflejando una carencia de contención psicológica y capacitación al mismo.

Palabras clave: Seguridad; Cultura; Paciente; Trabajadores; Salud.

Transformações institucionais e cultura de segurança do paciente. percepção dos trabalhadores de saúde

Resumo: O objetivo geral é analisar a cultura de segurança do paciente (PS) para promover a implementação de planos de melhoria nos serviços de saúde. Uma medida quantitativa foi feita através da adaptação local do Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire da Agency of Healthcare Research and Quality 2.0 (AHRQ, 2016), aplicado a uma amostra de trabalhadores pertencentes a uma clínica multifuncional na cidade de Buenos Aires. Esses achados foram obtidos: a) Existe uma rede de apoio grupal percebida para atuar diante de eventos que podem afetar a PP; b) O interesse pela segurança é evidente em todas as equipes e níveis hierárquicos, mas as intervenções geralmente são realizadas após a ocorrência de incidentes adversos, não na sua prevenção; d) As respostas geralmente se concentram na culpabilização do pessoal envolvido, refletindo a falta de apoio psicológico e treinamento para eles.

Palabras chave: Segurança; Cultura; Paciente; Trabalhadores; Saúde.

Institutional transformations and patient safety culture. perception of health workers.

Abstract: The general objective is to analyze the patient's safety culture (PS) to promote the implementation of improvement plans in health services. For the quantitative measurement was used the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire of the Agency of Healthcare Research and Quality 2.0 (AHRQ, 2016). The questionnaire was applied to a sample of workers belonging to a clinic in Buenos Aires City. The principal results were: a) Workers perceived a support network if an event may affect PS; b) The interest in safety is evident in all teams and hierarchical levels, but interventions are usually carried out after adverse incidents, not in their prevention; d) The responses focus the problem resolution on personal blame and shame, reflecting a lack of psychological support for the staff involved.

Key words: Safety; Culture; Patient; Workers; Health.



* **MARTIN DE LELIS** é Especialista em Gestão de Políticas Sociais (PRONATASS) y Magister en Administración Pública (UBA). Profesor Titular Regular de la Universidad de Buenos Aires. Investigador del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (USAL).



** **CAROLINA INTERLANDI** é Doctora en Psicología (UBA, Argentina); funcionaria de la dirección nacional de salud mental y adicciones, Ministerio de Salud. Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud (USAL).

Introducción

Desde hace al menos cinco décadas se han impulsado en todo el mundo políticas de mejoramiento de la calidad y seguridad en la atención de la salud, expresadas en la producción de protocolos, directrices y recomendaciones, cuyo objetivo es incidir sobre las prácticas y comportamientos del capital humano que forma parte de los servicios del sector.

Asimismo, durante el mismo período todas las instituciones monovalentes psiquiátricas han sido impelidas por la normativa internacional a producir transformaciones desde un enfoque de derechos, manifestadas en iniciativas tales como la protección de las internaciones, la ampliación de servicios ambulatorios y/o de dispositivos de base comunitaria destinada a usuarios con distinto grado de padecimientos, requiriendo respuestas competentes para afrontar las nuevas demandas de atención.

En el lapso más reciente se ha producido otro hecho altamente relevante: la emergencia del fenómeno pandémico debido al COVID-19. Esta circunstancia de carácter global ha producido un considerable impacto sobre la actividad sanitaria, en virtud de varios factores concurrentes: a) las medidas de cuarentena y otras restricciones a la movilidad impuestas por los poderes públicos; b) el control de factores ambientales que pudieran convertirse en vectores potenciales de la enfermedad; c) las medidas de vigilancia poblacional, cuyo propósito ha sido detectar posibles portadores de síntomas compatibles con el COVID-19, y así garantizar el debido control y tratamiento.

En el caso específico de los establecimientos que brindan servicios de internación de larga estadía se observó, durante el contexto de pandemia y aislamiento sanitario, que las internaciones

prolongadas podían constituirse en prácticas de alto riesgo, que la proximidad física en un contexto de convivencia forzada implicaba un mayor riesgo de contagio entre los internados, a lo que debía añadirse la condición añosa y las comorbilidades clínicas que padecían muchos de ellos, y que aumentaban su vulnerabilidad.

Por ello, entre los aprendizajes positivos fundamentales que ha dejado la pandemia en las instituciones de salud mental se cuenta la necesidad de garantizar prácticas seguras, y que tales medidas no eran sólo relevantes para asegurar mayor seguridad y calidad en un contexto amenazante, sino que ofrecían una contribución indirecta a la protección y el bienestar de los trabajadores y de las personas con padecimientos psíquicos.

Factor humano y cultura de la seguridad en el proceso de atención

En la actualidad, la seguridad del paciente ha cobrado gran importancia, debido a que se estima, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (SLAWOMIRSKI; AURAAEN, 2017) que, mundialmente, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió eventos negativos asociados a las prácticas en los sistemas de salud. Este problema es la decimocuarta causa de carga de enfermedad y mortalidad en el mundo, mayormente en los países de bajos y de medianos ingresos.

Los estudios sobre la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud revelan que dicha cultura se puede identificar a partir del desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y la actitud del personal de salud para utilizarlos y aprender de ellos, así como participar en el rediseño de procesos para evitar que se repitan (PARKER; HUDSON, 2006).

Lo antedicho nos lleva a jerarquizar la relevancia del factor humano, constituido por los factores psicosociales -la

comunicación abierta, la confianza mutua, el tipo de liderazgo, la disposición al cambio- que afectan la interacción humana en el ámbito del trabajo. A través del análisis de tales atributos resulta posible identificar las potencialidades y debilidades institucionales para desarrollar prácticas seguras, tema que ha resultado de enorme relevancia tras la emergencia de la pandemia de COVID-19.

Entre las evidencias que destacan la importancia del factor humano en torno a la cuestión de la seguridad hallamos, por ejemplo, que en un estudio descriptivo realizado con una muestra representativa en establecimiento de salud, los resultados indican que el 56% del personal encuestado percibe un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% tuvo un nivel medio y el 28% percibió un nivel bajo. El 78% de los participantes sintió una alta satisfacción laboral y el 68% observó que se incentivó el trabajo en equipo. Sin embargo, el clima de seguridad fue evaluado como en un nivel medio (52 %) y un 76% de la muestra presentó un alto nivel de estrés (MERCADO YUPANQUI, 2018).

En los Estados Unidos, los resultados de la encuesta sobre la cultura de la seguridad de los pacientes en 885 hospitales, muestran que la respuesta punitiva al error y las fallas durante los cambios de turno o el traspaso de pacientes, son percibidos como las dimensiones más problemáticas para la calidad asistencial, en tanto que el trabajo en equipo dentro del servicio y la acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad en las prácticas son vistas como las más beneficiosas (AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016).

En España, un estudio similar, en una muestra aleatoria de 24 hospitales, encontró que la dimensión con la menor calificación fue la correspondiente a *dotación de personal* y la más alta calificación la obtuvo la dimensión denominada *acciones de las*

áreas directivas para favorecer la seguridad (incluye dirección, supervisión y jefaturas de servicio) (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESPAÑA, 2009). En México, en 10 hospitales, el mayor porcentaje de puntajes positivos lo obtuvieron las dimensiones apertura y franqueza en la comunicación, reporte de EA e incidentes y trabajo en equipo dentro del servicio (FAJARDO DOLCI et al., 2010).

En Brasil, se ha hallado, en una muestra representativa del personal de un Hospital del sur del país, puntuaciones positivas para todos los dominios de la cultura de la seguridad, solo siendo negativos los resultados para la percepción de estrés (KOLANKIEWICZ, 2020).

En Argentina se determinó la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud de un hospital privado en Córdoba en el año 2015. Las áreas de fortaleza identificadas corresponden al aprendizaje organizacional y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal (RAMOS, 2017).

Más allá de los datos obtenidos en cada caso, lo más importante es el análisis efectuado en cada situación particular y su utilización como insumo para definir acciones cuyo fin debería ser la mejora de la cultura de seguridad de los pacientes. Las encuestas en las que se ha utilizado el cuestionario de la AHRQ, han mostrado que puede ser provechoso para conocer el grado de cultura de seguridad de los pacientes tanto a nivel hospitalario como en servicios de atención específica.

Pese a la existencia de tales antecedentes, las investigaciones en la región aún son fragmentadas y poco sistematizadas. Por ello es prioritario, en la actualidad, incentivar el avance en investigación y seguridad en la atención del paciente, lo

cual requiere de un abordaje sistémico que se vea reflejado en políticas públicas acordes a las necesidades de la población. Por otro lado, el desarrollo de la interdisciplina es fundamental en la cultura de la seguridad y una de las cuestiones que debe ser promovida en las intervenciones que buscan, desde una perspectiva más amplia, trabajar sobre las fallas con un enfoque sistémico.

En síntesis, los supuestos básicos que guían nuestra aproximación conceptual y empírica al problema de la seguridad y calidad en la atención de los pacientes en el ámbito institucional son los siguientes:

- a) Los procesos asistenciales son cada vez más complejos, e involucran una combinación de interacciones humanas y tecnologías, que conllevan un riesgo creciente de eventos adversos.
- b) Conocer y medir la cultura de la seguridad es esencial para minimizar tales eventos adversos, para así diseñar actividades de mejora.
- f) Para que las acciones sanitarias produzcan la menor cantidad posible de errores, los equipos de salud deben ser interdisciplinarios.
- d) El análisis de la cultura institucional, que se expresa en el desempeño diario de los servicios, permite identificar potencialidades y debilidades para desarrollar prácticas seguras.
- e) El cambio hacia una cultura de la seguridad implica un proceso gradual y continuo de intervenciones, que deben ser evaluadas sistemáticamente para su ajuste y corrección.

El objetivo general de esta investigación se orienta a caracterizar aspectos psicosociales vinculados con la cultura de la seguridad, en

una Institución psiquiátrica que se ha visto afectada por el fenómeno pandémico.

Contexto institucional: reforma de la atención en Salud Mental y emergencia pandémica

Entre los aprendizajes positivos fundamentales que ha dejado la pandemia en las instituciones de salud se destaca la necesidad de garantizar prácticas seguras de atención, mediante programas de intervención que, de un modo continuo y sistemático, protejan tanto al personal de salud como a las personas asistidas por los establecimientos asistenciales.

La Institución sede del estudio ha sido originalmente de tipo monovalente – psiquiátrica- pero actualmente se halla en proceso de transformación hacia un establecimiento que brinda cuidados integrales de salud, y cuyos procesos de transformación institucional descansan en:

- a) La ampliación en la oferta de servicios, para dar atención preferente a pacientes de baja complejidad;
- b) Las estrategias tendientes a disminuir los plazos de la internación;
- c) La conformación de equipos interdisciplinarios; reforzando una tendencia destacada y de importancia crítica en todas las Instituciones de Salud Mental (DE LELLIS; FOTIA, 2019)
- d) El mayor empleo de las TICs en los procesos de atención.

Además de dar continuidad a tales procesos, el control adoptado en el ámbito institucional durante la pandemia descansó en una serie de pasos o etapas subsecuentes: a) seguimiento de las reuniones de pases de sala entre los médicos clínicos, con especial interés en el tratamiento de los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19; b) Vigilancia epidemiológica, mediante

serología, muestreo y tratamiento oportuno; c) manejo de casos sospechosos y confirmados de coronavirus (covid-19); d) Sectorización de diversos espacios en la estructura de la Institución, creando un área de aislamiento para pacientes COVID + y dos sectores para pacientes que debían cumplir con la cuarentena correspondiente; e) Medidas de higiene y cuidado para asegurar la protección y Seguridad del Trabajador; f) Capacitación incidental y programada sobre el uso de insumos y elementos de protección; g) Restricción de las reuniones presenciales y contactos personales entre el equipo de salud.

Todas las acciones enumeradas han descansado en la institucionalización de normas y prácticas que, si bien ha ido variando según la situación epidemiológica y la disposición de medidas oficiales de acatamiento obligatorio, han garantizado mejor protección para los pacientes y trabajadores de la institución.

Otro de los aspectos remarcables ha sido la institucionalización de un Comité de Crisis, que resultó un ámbito propicio para acordar decisiones tales como: a) fortalecer el trabajo en equipo, b) incorporar tecnología adecuada y segura; c) mejorar el sistema de comunicación; d) sostenimiento del clima laboral, a fin de mejorar la cohesión grupal y evitar situaciones conflictivas.

Asimismo los procesos descritos han sido posibles por la contratación de una mayor cantidad de profesionales que integran el equipo interdisciplinario de salud. No obstante, quedó de relieve que, entre los profesionales que cumplen tareas de mayor centralidad y relevancia en los servicios de salud se halla el personal de enfermería, quienes conforman aproximadamente el 30% de toda la plantilla de trabajadores que se desempeña en la institución, y realizan sus prácticas en todas las especialidades médicas así como en los distintos momentos que configuran el proceso de atención.

En el diagnóstico institucional preliminar que antecedió en forma inmediata a la realización del estudio durante la emergencia pandémica, se detectaron situaciones que podían gravitar negativamente sobre la seguridad institucional: a) Incremento de las situaciones que provocan ansiedad, estrés y mayores tensiones interpersonales; b) Convalidación de situaciones de excepción, que conspiró contra una política proactiva orientada a la calidad de atención; d) Medidas de restricción que limitaron el contacto del paciente con sus familiares, y afectaron también el vínculo con los profesionales tratantes.

Método e instrumento

Para la medición cuantitativa de esta investigación, de tipo descriptivo, se ha utilizado el Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), en su versión 2.0. Las dimensiones de la cultura de la seguridad permiten identificar los aspectos que pueden incidir en los procesos de mejora y monitorear los cambios culturales en los establecimientos al ofrecer un diagnóstico más preciso de la realidad bajo estudio.

El instrumento es autoadministrado y tiene como finalidad, mediante 51 preguntas, proporcionar información sobre la percepción relativa a diversas dimensiones de la cultura de seguridad de los pacientes en cada Unidad/Área de trabajo (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora Continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente), las dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (trabajo en equipo entre unidades/servicios,

problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades). Adicionalmente, la prueba incluye una pregunta sobre la calificación global de la seguridad en el entorno y otra sobre el número de eventos notificados en el último año, siempre en el caso de contar con sistemas de notificación formales en el Hospital. La escala tiene dos tipos de preguntas, unas formuladas en sentido positivo y otras en sentido negativo y para ambas se utiliza una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo. también se presenta una escala de valoración en cuanto a calificación de la SP en la unidad de trabajo, con una escala que va de mala a excelente.

Adaptación transcultural del instrumento en el contexto local

Se siguieron las recomendaciones de la INTERNATIONAL TEST COMMISSION (2017) para la adaptación cultural de pruebas. Se procedió a tomar una serie de diez entrevistas cognitivas con personal de salud. Estas entrevistas se efectivizaron para comprobar la comprensión de las palabras, las frases, y mejorar la formulación de las preguntas, adaptándolas al vocabulario de uso frecuente. También se realizó una revisión de las dimensiones y variables del instrumento base, agregando aquellos temas e ítems que se consideraron importantes para medir comportamientos, actitudes, prácticas y percepciones.

Con el objetivo de estudiar la validez de constructo se efectuó un Análisis de Componentes Principales que permitió conocer las dimensiones del instrumento. Asimismo, se evaluó la confiabilidad realizando un análisis de consistencia interna a través del cálculo del alfa de cronbach.

El universo de estudio estuvo comprendido por médicos, enfermeros, farmacéuticos,

psicólogos, bioquímicos, como así también el personal técnico, de limpieza y maestranza de la institución seleccionada como sede del estudio. En todos los casos se entrevistó a personal fijo e interino y en formación, con el objetivo de lograr el mayor conocimiento posible de la realidad hospitalaria. Para que la muestra final sea representativa su tamaño se determinó en función del personal que se hallaba trabajando en cada servicio.

En primer lugar, los sujetos completaron un formulario de consentimiento informado. Se aplicó también un instrumento de relevamiento de datos sociolaborales que comprendió preguntas sobre profesión, antigüedad en su actual profesión/especialidad, en qué año comenzó a trabajar en el hospital, en qué servicio trabaja, en qué año comenzó a trabajar en su servicio, cuál es su carga horaria semanal y su puesto actual de trabajo. La recolección de datos fue realizada entre abril y julio de 2021. Las respuestas fueron anónimas.

La muestra estuvo conformada por 98 personas. De ellos, 30 eran enfermeros, 16 profesionales de diferentes disciplinas, 10 administrativos y 42 se dedicaban a tareas de mantenimiento y limpieza. Más de la mitad de las personas entrevistadas (n=51) tenían entre 1 a 5 años de antigüedad en el establecimiento. Solo 8 tienen menos de un año en la institución y el resto más de 6 años. 40 entrevistados trabajan en la Unidades de Salud Mental y el resto realizan tareas en varios lugares y servicios del establecimiento. El 61,2 % (n=60) trabaja entre 30 y 40 horas semanales, el 23,5 % (n=23) menos de 30 y un 14,3 % (n=14) más de 40.

Resultados

La confiabilidad del instrumento, calculada mediante el alfa de cronbach fue de .870, considerada como buena según GEORGE y MALLERY (2003). El cuestionario del que

se dispone posee propiedades psicométricas satisfactorias, desde el punto de vista de la consistencia interna y de las evidencias de validez de constructo.

Con el objetivo de estudiar las dimensiones subyacentes al cuestionario se llevó a cabo un estudio factorial exploratorio de los reactivos de la técnica sometido a rotación Varimax; con la finalidad de lograr factores con correlaciones altas en un número pequeño de variables y correlaciones nulas en el resto, quedando así redistribuidas las varianzas. Se consideró que como mínimo cada factor debía estar compuesto por al menos 3 variables con pesos substanciales en el mismo (FERRANDO; ANGUIANO-CARRASCO, 2010).

Asimismo, para definir la agrupación de los reactivos se optó por mantener aquellos elementos que obtenían cargas iguales o superiores a .40 en un único factor y, como estrategia metodológica, aquellos ítems que no cumplieron este requisito fueron excluidos del análisis. La cantidad final de reactivos incluidos en el análisis fue de 21.

En este caso se obtuvieron 4 dimensiones, que explicitaremos conforme exponemos los principales hallazgos observados.

a) **Procesos de seguridad y mejora continua, apoyo de las autoridades:** congrega las preguntas sobre la revisión periódica de procesos de cambio para mejorar la SP, la consideración por parte del superior jerárquico de las sugerencias del personal para una atención más segura, la escucha de preocupaciones del equipo de salud por parte de autoridades, las acciones de la dirección que demuestran la priorización y el otorgamiento de recursos para la SP y el tiempo para el intercambio de información durante los cambios de turno.

En cuanto a la revisión periódica de los procesos de trabajo, el 46,7%, es decir, 44 de los participantes informaron que si se realiza; en cambio, para 28 personas de la muestra (33,4%) esto no ocurre. Es muy interesante considerar que un porcentaje alto de los entrevistados, el 63% siente que se aprende de los problemas ocurridos (n=58). En 42 de los casos (46%) se percibe que el supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. Para el 55,1 % (n=54) de los entrevistados la seguridad es la prioridad principal.

b) **Comunicación y cooperación del personal en seguridad de los pacientes:** reunió los reactivos sobre si es suficiente el personal para efectuar el trabajo, la ayuda mutua frente al exceso de trabajo, la comunicación acerca de las fallas y los cambios basados en reportes de eventos.

En cuanto a los resultados, cuando se constata sobrecarga de trabajo, para el personal la colaboración entre pares se da en el 71,5 % de los casos (n=70). El 50 % (n=46) opina que el recurso humano con el que se cuenta es el suficiente para realizar las tareas. En cuanto a la comunicación, el 33,7% de la muestra (n=31) piensa que siempre se les informa sobre los eventos que afectan la seguridad y el 18,5 % (n=17) que esto ocurre algunas veces. Es importante mencionar que solo para el 37 % (n=34) se habla siempre sobre las formas de evitar que vuelvan a ocurrir estas situaciones.

c) **Respuesta frente a los incidentes y/o eventos adversos:** quedó compuesta por los ítems sobre cultura punitiva (cuando ocurre un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo acusada y no se ven las causas del problema, falta apoyo para el

personal involucrado en los problemas de seguridad del paciente), la función del jefe en cuanto a los riesgos de no realizar correctamente los procesos, la postura de la alta dirección frente a los eventos adversos y las pérdidas de información importante sobre el cuidado del paciente en los cambios de turno.

Respecto de la tercera dimensión considerada, cabe señalar que para el 30.6% de los casos (n=28) cuando ocurre una falla se culpabiliza a una persona, pero para casi el mismo porcentaje de encuestados esto no pasa, 28 entrevistados, 28.6 %, prefieren tener una respuesta neutra al respecto. sin embargo, consideran que falta apoyo para el personal involucrado en los problemas de seguridad del paciente casi el 40 % de las personas (n=38). esto concuerda con que casi el 50 %, admite que la dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso.

d) Trabajo en equipo, ritmo de trabajo y miedo a hablar frente a una falla: esta dimensión se conformó por ítems sobre el comportamiento respetuoso del personal, el ritmo de trabajo y el miedo a hacer preguntas cuando algo no está bien. estas cuestiones afectan el trabajo conjunto, en equipo y la comunicación necesaria.

Al responder a la pregunta relativa a la cantidad de horas trabajadas, 26 personas (el 28,3%) percibe que trabajan más horas de lo que es mejor para una atención de calidad hacia el paciente; sin embargo, el mismo número de entrevistados opina lo contrario. el 43,5 % (n=40) no tiene miedo de preguntar cuando algo parece no estar correcto y podría llegar a producir una falla para la seguridad del paciente.

Para finalizar, es necesario destacar que, en cuanto a la calificación que se le da a la seguridad del paciente, esta es considerada buena en el 35,9% de los casos (n=33) y regular en el 34,8 % (n=32), el resto de las personas la ven como muy buena o excelente (menos del 20 %) y el 6,5 % la percibe como mala.

Conclusiones y recomendaciones

Las dimensiones antes descriptas y sus resultados permitieron tener una visión integral sobre los aspectos que pueden incidir en los procesos de mejora en la seguridad de los pacientes en un contexto institucional específico, como el de un establecimiento de Salud Mental que, a la par de desarrollar iniciativas de reforma en el modelo de atención, debió atravesar las difíciles contingencias de la emergencia pandémica, en la cual la cuestión de la seguridad del paciente adquirió un carácter totalmente prioritario para la gestión asistencial.

Tal como ha sido reportado en trabajos relevados y que antecedieron al presente, los aspectos positivos destacables en cuanto a la seguridad en el proceso de atención, implican una alta valoración de la seguridad del paciente, del aprendizaje personal y del grupal; e incluyen la importancia de contar con un grupo de apoyo y una adecuada coordinación del trabajo en equipo.

Podría conjeturarse además con fundamento que el desarrollo de la interdisciplina y de los procesos comunicacionales son fundamentales para fortalecer la cultura de la seguridad, siendo las cuestiones centrales que deben ser promovidas en las intervenciones que buscan incidir en la mitigación de los incidentes y los eventos adversos con un enfoque sistémico.

Asimismo, es destacable señalar que la supervisión del personal de jefatura es planteada como necesaria para que las intervenciones sean efectuadas de manera

correcta y cumpliendo con requerimientos de calidad.

Otro de los aspectos señalados en trabajos previos y que cabe recobrar en estas consideraciones finales es la percepción extendida en torno al papel positivo que cumple la red de apoyo grupal para actuar ante situaciones que pueden afectar la seguridad. Pero en términos de gestión organizacional, subsiste el problema acerca de cómo evitar los eventos adversos, ya que no parece haberse desarrollado una cultura de la seguridad que actúe proactivamente ante estas situaciones.

Como hemos visto ya en trabajos citados, el interés por la seguridad es manifiesto en todos los equipos y niveles jerárquicos, pero a menudo las intervenciones y los procesos de mejora se efectúan luego de que se produzcan fallas o incidentes, no para prevenir los mismos.

Además, y como se ha planteado en la tercera de las dimensiones desplegadas en el análisis se observa un alto porcentaje de respuestas que centran en la culpabilización personal gran parte de la resolución del problema, develando la percepción de que subsisten carencias en el nivel de apoyo y contención al personal involucrado. Asimismo, la alta carga horaria podría ser un factor coadyuvante para incrementar la inseguridad en el trabajo.

Si bien la calificación general sobre la seguridad en la atención es buena, poco personal piensa que es muy buena o excelente, lo cual es un analizador a considerar para futuras intervenciones y para motivar al equipo de salud en función de las dimensiones exploradas en este trabajo. Uno de los datos que debe considerarse en favor de la sustentabilidad de iniciativas futuras es el compromiso manifiesto de los directivos, cuestión fundamental para que se instale una cultura de la seguridad en los establecimientos de salud, y en el que participen todos aquellos

actores que se encuentren implicados y sensibilizados en torno a este tema.

Por otra parte, y a la luz de los datos relevados, se impone como necesario conformar un equipo adecuadamente calificado en el tema de calidad y seguridad de los pacientes que trabaje con personal abocado a la adaptación y/o elaboración de protocolos y otras herramientas de estandarización/mejora de procesos para la seguridad de los pacientes. Asimismo, es prioritaria la formación de todo el personal asistencial para detectar y analizar situaciones de riesgo y eventos adversos en los usuarios con padecimiento psíquico, ya sea en régimen ambulatorio o, principalmente, aquellos que se hallen en la condición de internados.

Para finalizar, los resultados obtenidos indican la importancia de efectuar intervenciones sistémicas que permitan lograr mejoras en la comunicación y en la atención interdisciplinaria, cuyo objetivo final sea el logro de una cultura de la seguridad de los pacientes.

En esta línea, las actuaciones deberían centrarse en los cambios positivos en las actitudes y habilidades de los trabajadores en relación con la seguridad y la prevención a través del incentivo para adoptar prácticas seguras, e involucrar al equipo directivo de la institución para que forme parte de estas estrategias, con el fin de mejorar su liderazgo, repercutiendo esto en la labor con los trabajadores de las áreas involucradas.

Referencias

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Surveys on patient safety culture**. Rockville MD: AHRQ, 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1TW3vG6>

DE LELLIS M, FOTÍA G. La interdisciplina en el campo de la Salud Mental. En: TRÍMBOLI, A. **El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos**. Buenos Aires: Noveduc, p. 83-100, 2019.

FAJARDO DOLCI, G.; RODRÍGUEZ SUÁREZ, J.; ARVOLEYA CASANOVA, H.; ROJANO FERNÁNDEZ, C.; HERNÁNDEZ-TORRES, F.; SANTACRUZ VARELA, J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. **Cirugía y cirujanos**, v. 78, n. 6, p. 527-532, 2010.

FERRANDO, P.; ANGUIANO-CARRASCO, C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. **Papeles del Psicólogo**, v. 31, n. 1, p. 18-33. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles>

GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference**. 11.0 update. 4. Allyn & Bacon; Boston: 2003.

HAMBLETON, R.; MERENDA, P.; SPIELBERGER, C. **Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2005.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. **International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests**, 2017. Disponible en: <http://www.intestcom.org>.

KOLANKIEWICZ, A.; SCHMIDT CATIELE, R.; CARVALHO RHANNA, E.; SPIES, J.; DAL PAI, S.; LORENZINI, E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 41, 2020.

Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100408&lng=en.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español**. Madrid: Informes, Estudios e Investigación del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

PARKER, D.M.; HUDSON P. A framework for understanding the development of organizational safety culture. **Safety Science**, v. 44, n. 6, p. 551-62, 2006.

RAMOS, F.; COCA S.; ABELDAÑO, R. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. **Enfermería Universitaria**, vol. 14, n. 1, p. 47-53, 2017.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level**. Paris: OECD Health Working Papers, 2017.

Recebido em 2022-06-14

Publicado em 2022-08-01