



Maestría en

GERENCIA EN SALUD

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Gerencia en Salud

AUTOR: Dr. Francisco Cueva Navarrete

TUTOR: Dra. Kathy Bustamante

Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal del
Hospital Vozandes Quito en el año 2023

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Kathy Alexandra Bustamante Paredes, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito en el año 2023” del maestrante Francisco Guillermo Cueva Navarrete, quien es autor exclusivo de la presente investigación, que es original y auténtica.

CI: 110392489-8

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Francisco Guillermo Cueva Navarrete, en calidad de autor del trabajo de titulación denominado “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito en el año 2023”, de acuerdo a lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para que utilice el contenido que comprende el presente trabajo de titulación, con fines estrictamente académicos o de investigación.

CI: 171542227-3

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Francisco Guillermo Cueva Navarrete, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito en el año 2023” es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

CI: 171542227-3

Acta de defensa de grado

En la ciudad de Quito, a los X días del mes de XX de 2023, se suscribe la siguiente acta de Defensa de Grado del/la maestrante XXX, de la Maestría en Gerencia en Salud, siendo las principales autoridades: Rector de la UIDE, Ph. D. Gustavo Vega y el Vicerrector académico, Ph. D. XXXX.

Miembros del tribunal:

Mgt. Nombres completos, Presidente del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Aceptado y firmado:

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Dedicatoria

A Dios, por darme salud y vida para seguir el camino que tiene preparado para mí;
a mis padres, por el gran esfuerzo de educarme y guiarme siempre;
a mis hermanos por las lágrimas y las risas que me han forjado;
a mi esposa, Ana Paula, por su apoyo incondicional y su inmenso cariño;
a mis amigos, compañeros de batalla en buenas, malas, y peores;
y con profundísimo cariño a mi Mamá, y a mi mentor, mi guía y mi cómplice de travesuras,
mi queridísimo Papille.

Agradecimiento

A Dios y a mi familia y por haberme guiado por el camino correcto, sin importar las adversidades que se puedan presentar y cuyo amor me permitió embarcarme y seguir mi vocación con total seguridad.

A mis maestros, seres que supieron formarme como profesional y como persona íntegra con su vasto conocimiento y mediante la mejor forma de enseñanza: su ejemplo.

A la Doctora Kathy Bustamante, directora del presente trabajo de titulación, quien siempre dispuso de buena actitud y voluntad para ayudarme a realizar de la mejor manera posible esta investigación.

Finalmente, agradezco profundamente al Hospital Vozandes Quito, fuente de enseñanza y mejora continua en mi desarrollo profesional, y a su valiosa cooperación que me permitió la elaboración del presente trabajo de titulación.

Índice

Acta de defensa de grado	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de anexos	xi
Índice de tablas	xii
Índice de gráficos	xiii
Resumen.....	1
Abstract.....	3
1. Introducción	5
2. Justificación	10
3. Objetivos	12
a. General	12
b. Específicos.....	12
4. Marco teórico y conceptual.....	13
4.1 Conceptos Generales en Calidad y Seguridad del Paciente	13
4.2 Seguridad del Paciente y Organizaciones Altamente Confiables	17
4.3 Cultura de Seguridad del Paciente	19
4.4 Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Vozandes Quito	25
4.5 Marco conceptual.....	25

5. Metodología y diseño de la investigación.....	28
a. Tipo de estudio.....	28
b. Área de estudio	28
c. Universo y muestra	28
Criterios de inclusión y exclusión.....	28
Operacionalización de variables	29
d. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
e. Plan de tabulación y análisis.....	35
f. Procedimientos	35
6. Resultados	36
6.1 Análisis univariado:	36
6.1.1 Datos Generales y sociodemográficos:.....	36
6.1.2 Resultados de cultura de seguridad del paciente:.....	41
6.2 Análisis Bivariado.....	52
7. Análisis e interpretación de resultados	59
7.1 Datos generales y sociodemográficos	59
7.2 Cultura de seguridad del paciente	62
7.2.1 Nivel de cultura de seguridad del paciente	62
7.2.2 Fortalezas	63
7.2.3 Oportunidades de mejora	66
7.2.5 Limitaciones.....	68

8. Conclusiones	69
9. Recomendaciones	70
10. Bibliografía	72
11. Anexos	79
Carta de exención CEISH	79

Índice de anexos

Anexo 1: Carta de exención CEISH	79
--	----

Índice de tablas

Tabla 1: Miembros del personal que respondieron a la encuesta clasificados por cargo.....	36
Tabla 2: Distribución del personal del Hospital Vozandes Quito que respondió a la encuesta con respecto al área(s) en la que se desempeña diariamente.	38
Tabla 3: Porcentaje de respuestas positivas de los dominios de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito por cargo y con respecto al promedio institucional.	41
Tabla 4: Frecuencias absolutas y relativas de respuestas positivas, negativas y neutrales de cada una de las preguntas de la encuesta HSOPSC 2.0	47
Tabla 5: Tablas de contingencia con relación de variables entre los dominios de cultura de seguridad del paciente y los datos generales y sociodemográficos de los individuos incluidos en el estudio.	54

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribución de frecuencias relativas de los miembros del personal del HVQ por su cargo.....	37
Gráfico 2: Distribución de frecuencias absolutas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según el tiempo que llevan en la institución.	39
Gráfico 3: Distribución de frecuencias relativas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según el tiempo que llevan en su área de trabajo actual.....	39
Gráfico 4: Distribución de frecuencias absolutas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según su carga de horas de trabajo por semana.....	40
Gráfico 5: Distribución de frecuencias relativas de los miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta según la condición de estar en contacto con pacientes típicamente durante sus funciones laborales.	40
Gráfico 6: Distribución de frecuencias relativas de respuestas positivas de los dominios de cultura de seguridad del personal por cargo y en referencia con el promedio institucional y el referente internacional.....	46
Gráfico 7: Diagrama de Pareto de las respuestas negativas correspondientes a cada uno de los dominios de cultura de seguridad del paciente.	50
Gráfico 8: Distribución porcentual del personal del Hospital Vozandes Quito con respecto a la frecuencia de reporte de eventos adversos en el último año.	51
Gráfico 9: Distribución porcentual del personal del Hospital Vozandes Quito con respecto a su percepción de la seguridad del paciente en el hospital.....	51

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito (HVQ) en el año 2023.

Métodos: El estudio realizado corresponde a un diseño cuantitativo observacional de corte transversal con una fase descriptiva que comprende la presentación de los resultados de la evaluación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal del HVQ mediante el instrumento HSOPSC 2.0, y la segunda fase analítica en busca de factores condicionantes de este aspecto.

Resultados: Se incluyeron en el estudio las respuestas de 344 miembros del personal del hospital obteniéndose un índice de respuesta de 39,31%. El grupo más significativo del personal que respondió a la encuesta corresponde al cuerpo médico (39,83%). El 37,77% del personal lleva trabajando entre uno y cinco años en el hospital y de la misma manera, 38,37% se desempeñan este periodo de tiempo en su área de trabajo actual. Adicionalmente, 81,68% de las personas que respondieron a la encuesta trabajan al menos 30 horas a la semana. La proporción del personal que tiene contacto típico con pacientes corresponde al 83,72%. Se determinó un nivel promedio de cultura de seguridad del paciente de 63,86% encontrándose cifras mayores en los cargos de liderazgo y entre el personal médico. Las dimensiones de cultura de seguridad del paciente determinadas como fortalezas son el trabajo en equipo y el apoyo de la dirección del hospital en seguridad del paciente, y como oportunidades de mejora figuran la respuesta frente a los errores, y la dotación de personal y ritmo de trabajo. Se encontraron diferencias significativas entre los resultados de los dominios de cultura de seguridad del paciente y los aspectos: cargo del personal, tiempo de trabajo en el hospital, tiempo de trabajo en el área o unidad actual, horas semanales de trabajo, y contacto típico con pacientes durante las actividades diarias.

Conclusiones: El nivel de cultura de seguridad del paciente del personal del HVQ es concordante con los rangos evidenciados en la literatura científica disponible y, de la misma manera, las fortalezas y debilidades en el personal de la institución, concuerdan con respecto a referentes internacionales, recalcando como fortaleza en este estudio el apoyo de la dirección del hospital en seguridad del paciente. Adicionalmente, se encontraron aspectos del personal que se asocian significativamente con los resultados de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente obteniéndose así indicios valiosos con base científica en la propuesta de planes de mejora de la cultura de seguridad del paciente en la institución.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Cultura de seguridad, Cultura organizacional

Abstract

Objective: To determine the level of patient safety culture in the staff of Hospital Vozandes Quito (HVQ) in the year 2023.

Methods: Cross-sectional observational quantitative study with a descriptive phase comprising the presentation of results of the evaluation about the level of patient safety culture in the HVQ staff using the HSOPSC 2.0 instrument, and the second analytical phase in search of conditioning factors of this aspect.

Results: 344 hospital personnel answers were included in the study, with a response rate of 39.31%. The most significant group of personnel responding to the survey corresponds to the medical staff (39.83%). 37.77% of the personnel have been working at the hospital for one to five years and, likewise, 38.37% have been working in their current area of work for this period of time. In addition, 81.68% of the survey respondents work at least 30 hours per week. The proportion of personnel who have typical contact with patients corresponds to 83.72%. An average level of patient safety culture of 63.86% was determined, with higher figures found in leadership positions and among medical staff. The dimensions of patient safety culture identified as strengths are teamwork and the hospital management support in patient safety, and as opportunities for improvement were response to errors, and staffing and work rhythm. Significant differences were found between the results of the patient safety culture domains and: staff position, time spent working in the hospital, time spent working in the current area or unit, weekly working hours, and typical contact with patients during daily activities.

Conclusions: The level of patient safety culture of the HVQ staff is consistent with the ranges evidenced in the available scientific literature and, likewise, the strengths and weaknesses of the institution's staff are consistent with international references, emphasizing as a strength in this study the support of the hospital's management in patient safety. In addition, aspects of the

personnel were found to be significantly associated with the results of the patient safety culture dimensions, thus obtaining valuable scientifically based indications for the proposal of plans to improve the patient safety culture in the institution.

Key words: Patient safety, Safety culture, Organizational culture.

1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de la población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”(1). Dentro de la calidad, un atributo muy importante es la seguridad del paciente, que a su vez se define como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención en salud a un nivel mínimo aceptable. Un nivel mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas dadas por el conocimiento actual, recursos disponibles y el contexto en el que el cuidado fue entregado con base al riesgo de no tratar o proveer un tratamiento distinto”(2). Además, el cuidado de la salud es una actividad que resulta del manejo interdisciplinario de múltiples variables y que, con el avance del conocimiento científico se torna cada vez más complejo, incrementando la posibilidad de errores o fallos sistémicos que provocan un daño no intencionado en el paciente, mismo que se denomina: evento adverso (EA) (2–4).

Recientemente se estimó que en países de bajos y medianos ingresos cada año se dan entre 5,7 y 8,4 millones de muertes atribuibles a servicios de salud de escasa calidad, aproximadamente el 60% de estas muertes son imputables directamente a las deficiencias en la calidad del cuidado y 40% se relacionan con el acceso a servicios de salud. El costo económico de estos efectos conlleva a pérdidas en la productividad de aproximadamente 1.4 a 1.6 billones de dólares anuales (3). Teniendo en cuenta estos antecedentes la OMS publicó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, mismo que tiene como objetivo: “eliminar los daños evitables en la atención de salud con la visión de «un mundo en el que nadie sufra daños en la atención de salud y todos los pacientes reciban una atención segura y respetuosa,

en todo momento y en todo lugar»” (5). Finalmente, en el mes de febrero del presente año, se llevó a cabo la Quinta Cumbre Ministerial Mundial en Seguridad del Paciente en Montreal donde uno de los mensajes principales fue tratar a la seguridad del paciente como una prioridad global en salud pública y el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS dio el siguiente mensaje haciendo referencia al cuidado de la salud: “Si no es seguro, no es cuidado” (6).

Desde el punto de vista organizacional, existen dos frentes que reciben de forma directa el impacto de una organización carente de la seguridad necesaria: De cara al profesional sanitario, el daño resultante de un evento adverso en su paciente representa una experiencia traumática al momento de enfrentar la situación con el paciente y su familia como al momento de hacerlo frente a los directivos de la organización cuyo modelo tradicional dicta el responsabilizar al profesional por el error humano provocando así un deterioro en su desempeño profesional y en última instancia, una alta tasa de rotación de personal de una Organización (7–9). El segundo ámbito organizacional por considerar es el financiero ya que los errores en la práctica sanitaria, y sobre todo aquellos que implican daño al paciente significan una carga importante en tema de costos, situación que afecta la eficiencia del desempeño de una Organización. Adicionalmente, los costos punitivos han contribuido con el aumento de costos en salud y algunas organizaciones han respondido a este fenómeno aplicando la llamada “Medicina defensiva” (7,8).

Pese a que se han dado pasos importantes en la salud en temas de calidad y seguridad, se requiere un enfoque inmediato en seguridad del paciente no como una iniciativa clave de mejora, sino como un valor central que se encuentra completamente integrado en la industria sanitaria y en la filosofía de las organizaciones (5,9). Para conseguir esto, el punto de partida

comprende el establecer una cultura de seguridad en el personal de una organización (10) ya que resulta un factor condicionante de sus resultados y, considerando que en toda organización de salud la responsabilidad última de los errores sistémicos y sus resultados recae en el gerente y el directorio ejecutivo (incluyendo la responsabilidad por daños y muerte), representa una práctica fundamental entre los líderes de estos establecimientos (9,11).

Se puede definir como cultura de seguridad del paciente al “producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y las pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan las características de la gestión de la salud y la seguridad de la organización.”(5,12). Paralelamente, muchos administradores han iniciado cambios sin progreso significativo, sin embargo, quienes sí lo han logrado atribuyen su éxito a la aplicación de la teoría de las Organizaciones Altamente Confiables (OAC) (7). Una cultura de seguridad compatible con una OAC tiene tres atributos centrales: confianza, reporte y mejora. La confianza se obtiene una vez que se elimina en la organización los comportamientos intimidantes o punitivos que suprimen el reporte de fallos, se toman medidas oportunamente frente a los reportes y se socializan periódicamente las mejoras al sistema (13). Otra de las características más importantes de la cultura de seguridad del paciente es la denominada “cultura justa” cuya ausencia es muy común en la mayoría de los escenarios salud. La cultura justa hace referencia a que “los profesionales de la salud son responsables por una conducta no profesional, pero no castigados por errores humanos; los errores son identificados y mitigados antes de que el daño ocurra; los sistemas están diseñados para permitir al personal aprender de los errores y casi-eventos y prevenir la recurrencia” (9). Sin embargo, el Dr. Lucian Leape, considerado el padre del movimiento moderno por la seguridad del paciente enuncia repetidamente que “el único y gran impedimento para la prevención de errores en la industria médica es que castigamos a las personas por cometer errores” (9). Reconociendo que el

establecimiento de una cultura de seguridad del paciente es un paso fundamental en el camino hacia la alta confiabilidad lo primero que se tiene que hacer es medirla y evaluarla, con esto es posible crear una línea de base, identificar áreas de mejora, generar consciencia acerca de seguridad del paciente en el personal; evaluar las intervenciones en seguridad del paciente y dar seguimiento al cambio sobre el tiempo; realizar benchmarking interno y externo; y cumplir con directrices o requerimientos regulatorios como los estándares de una determinada acreditación, siendo todo esto especialmente particular en países de recursos limitados (14,15). Además, la OMS recomienda “Realizar encuestas periódicas sobre la cultura de seguridad de la organización, determinar las deficiencias e introducir enfoques innovadores para construir una cultura de seguridad, en consonancia con la experiencia internacional y las mejores prácticas.”(5)

Una herramienta de medición de la cultura organizacional que se encuentra ampliamente difundida a nivel global es la encuesta de cultura de seguridad del paciente en hospitales (HSOPSC por sus siglas en inglés) (19). Esta herramienta fue desarrollada en Estados Unidos por la agencia “AHRQ” en el año 2004 y actualizada a su segunda versión en el año 2019. Según Camacho-Rodríguez y cols., la primera versión de la encuesta HSOPSC ha sido validada y empleada en varias publicaciones latinoamericanas, sin embargo, la versión 2.0 no ha sido sujeta de estudios académicos (3).

En el marco nacional, existen dos estudios de tesis que hacen referencia la cultura de seguridad del paciente. El primero consiste en un análisis de la cultura de seguridad realizada en una institución de salud en la ciudad de Quito (16). En este trabajo se realizó una medición de la cultura de seguridad del paciente mediante la primera versión de la encuesta HSOPSC, obteniéndose un resultado global para la institución de 55,52% en el año 2019. En segundo

lugar, Gavilanez, Aucatoma, Moreno y cols. (17) realizaron una investigación cualitativa con el fin de analizar la relación entre los conocimientos, actitudes, prácticas y cultura de seguridad entre los estudiantes de posgrados clínicos en la ciudad de Ambato. Entre los resultados se mencionan deficiencias en formación médica de pregrado y posgrado en términos de cultura de seguridad del paciente, evidenciando que la mayor parte de la formación en esta área se da a través de la aplicación de prácticas seguras durante las actividades asistenciales de los médicos posgradistas en distintos establecimientos de salud. Por último, los autores mencionan que se asocia al error médico a múltiples causas como la fatiga, la falta de conocimiento/entrenamiento, entre otras; sin considerar a la posibilidad de error como un factor inherente a la condición humana. El Hospital Vozandes Quito es una institución de salud docente de tercer nivel de complejidad con una capacidad instalada de 83 camas que pertenece a la red privada complementaria del sistema nacional de salud. En este hospital, la gestión de la seguridad del paciente inició en el año 2015 y en la actualidad constituye uno de los seis ejes transversales de gestión en esta casa de salud. En el año 2023 se realizó una medición de la cultura de seguridad del paciente como indicador de gestión interna en el personal en el mes de junio en consonancia con el cronograma anual recomendado por la agencia AHRQ (18).

2. Justificación

Reconociendo que el establecimiento de una cultura de seguridad del paciente es un paso fundamental en el camino hacia la alta confiabilidad lo primero que se tiene que hacer es medirla y evaluarla, con esto es posible crear una línea de base, identificar áreas de mejora, generar consciencia acerca de seguridad del paciente en el personal; evaluar las intervenciones en seguridad del paciente y dar seguimiento al cambio sobre el tiempo; realizar benchmarking interno y externo; y cumplir con directrices o requerimientos regulatorios como los estándares de una determinada acreditación, siendo todo esto especialmente particular en países de recursos limitados (14,15). Además, la OMS recomienda “Realizar encuestas periódicas sobre la cultura de seguridad de la organización, determinar las deficiencias e introducir enfoques innovadores para construir una cultura de seguridad, en consonancia con la experiencia internacional y las mejores prácticas” (5).

El Hospital Vozandes Quito es una institución de salud docente de tercer nivel de complejidad con una capacidad instalada de 83 camas que pertenece a la red privada complementaria del sistema nacional de salud. En el hospital, la gestión en materia de seguridad del paciente inició en el año 2015 y actualmente la misma comprende uno de sus seis ejes transversales de gestión. La unidad de seguridad del paciente realiza una medición anual de la cultura de seguridad del paciente al considerarla un pilar fundamental en el desarrollo de mecanismos de mejora continua y constituye un exponente que aplica la encuesta HSOPSC 2.0, cuya aplicación no ha sido descrita aún en el marco de la evidencia científica nacional y regional.

Teniendo en cuenta este sustento teórico, la evidencia de que los niveles de cultura de seguridad del paciente del personal son escasamente conocidos en las instituciones de salud de

Latinoamérica⁽³⁾ y la ausencia de estudios similares en el país; resulta de gran importancia el investigar este aspecto de la cultura organizacional en una institución sanitaria de nuestro contexto nacional y de esta manera, dar pie a un proceso de mejora continua en esta arista fundamental de la calidad asistencial en salud, así como promover la generación de evidencia científica que permita una adecuada toma de decisiones desde el punto de vista gerencial de la industria sanitaria.

3. Objetivos

a. General

Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito en el año 2023.

b. Específicos

- Describir las características de los dominios de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito acorde a los resultados de la encuesta HSOPSC 2.0 en el año 2023.
- Identificar la presencia de factores que condicionen el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito en el año 2023.
- Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente del Hospital Vozandes Quito con respecto a cifras de referentes internacionales.

4. Marco teórico y conceptual

4.1 Conceptos Generales en Calidad y Seguridad del Paciente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de la población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”(1). Dentro de la calidad, un atributo muy importante es la seguridad del paciente, que a su vez se define como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención en salud a un nivel mínimo aceptable. Un nivel mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas dadas por el conocimiento actual, recursos disponibles y el contexto en el que el cuidado fue entregado con base al riesgo de no tratar o proveer un tratamiento distinto”(2). Además, el cuidado de la salud es una actividad que resulta del manejo interdisciplinario de múltiples variables y que, con el avance del conocimiento científico se torna cada vez más complejo, incrementando la posibilidad de errores o fallos sistémicos que provocan un daño no intencionado en el paciente, mismo que se denomina: evento adverso (EA) (2–4).

Pese a que la seguridad del paciente recae en el principio fundamental de la atención sanitaria “Primum non nocere”, se puede marcar como punto de origen de la evidencia científica del daño asociado a la atención en salud a los resultados publicados en el famoso “Harvard Medical Practice Study” en 1991. En este estudio, tras la revisión de 30121 historias clínicas de 51 hospitales de Nueva York, se estimó una incidencia de eventos adversos (EA) de 3,7%. De estos eventos 70,5% provocaron discapacidad menor a seis meses, 2,6% provocaron discapacidad permanente y 13,6% conllevaron a la muerte del paciente (19). Posteriormente,

en el año 2000, el Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) publicó el documento “Errar es Humano” (20) con devastadoras conclusiones, ya que se determinó que los eventos adversos prevenibles constituían una de las primeras causas de muerte en Estados Unidos, incluso por encima de los accidentes automovilísticos y las muertes atribuibles al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Paralelamente, estos eventos relacionados con la calidad de la atención y concretamente con la seguridad del paciente, representaron un rubro económico estimado de 37,6 a 50 billones de dólares a causa de eventos adversos y de éstos, entre 17 y 29 billones de dólares corresponden a eventos adversos prevenibles, impactando fuertemente en la eficiencia del sistema sanitario (20). A partir de este informe se publicó en el año 2001: “Cruzando el abismo en Calidad: Un sistema de salud para el siglo 21” (21), postulando que no existe una brecha, sino un abismo de calidad entre la práctica sanitaria ideal y la actual. Entre los factores que contribuyen a la aparición de este abismo se enunciaron: una tasa de crecimiento en tecnología y conocimiento científico sin precedentes con un sistema insuficiente en términos de implementación de nuevas prácticas; una complejidad creciente en los cuidados de la salud; un aumento de la esperanza de vida de la población que obliga a cambiar el paradigma de atención enfocado en trastornos agudos hacia enfermedades crónicas; y por último, un sistema de salud pobremente organizado y demasiado complejo, que evidencia un importante desperdicio de recursos, presenta problemas de pérdida de la información, y con una fuerza de trabajo multidisciplinaria que labora con escasa coordinación. A raíz de esto, el IOM (22) propuso seis metas de mejora que se son interdependientes y se citan a continuación:

- El cuidado de la salud debe ser seguro: mucho más allá de exigir a los profesionales el extremar las medidas de su práctica habitual con base en el principio fundamental de la atención sanitaria: “Primero, no hacer daño”, se trata de que la seguridad debe ser una propiedad del sistema. Esto debido a que la teoría de integración de los factores

humanos ha demostrado que el primer requisito es por demás inútil en la práctica.

- El cuidado de la salud debe ser efectivo: debe estar en sintonía con el conocimiento científico actual evitando desperdicios para obtener resultados favorables en la salud de los pacientes.
- El cuidado de la salud debe ser centrado en las personas: la cultura, contexto social y necesidades de los pacientes merecen respeto.
- El cuidado de la salud debe ser oportuno: Se busca reducir tiempos de espera innecesarios.
- El cuidado de la salud debe ser eficiente: reducción de los desechos (y por ende el costo) de insumos, espacios, equipamiento, capital, ideas, tiempo y oportunidades.
- El cuidado de la salud debe ser equitativo: condiciones de raza, etnia, genero, situación socioeconómica no deberían privar a nadie del acceso a una atención de salud en alta calidad.

Regionalmente, en el año 2009 se publicó el estudio IBEAS (23) como fruto de la colaboración entre la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y de los países México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia, quienes expresaron su deseo de conocer la frecuencia de EA en sus hospitales para orientar las políticas estratégicas en la mejora de seguridad de los pacientes que se venían desarrollando. En este estudio se incluyeron 11379 pacientes de 58 hospitales de los países mencionados y se evidenció que 1 de cada 10 pacientes sufre daño relacionado con la atención en salud. Además, de cada 100 pacientes que experimentaron daño: siete fallecieron de los cuales dos murieron como efecto directo del evento y cinco a causa del evento y otros factores contribuyentes; 17 padecieron una discapacidad permanente; 12 sufrieron una discapacidad severa y 64

presentaron discapacidades leves o nulas. Por último, se encontró que 6 de cada 10 eventos adversos fueron prevenibles.

Recientemente se estimó que en países de bajos y medianos ingresos cada año se dan entre 5,7 y 8,4 millones de muertes atribuibles a servicios de salud de escasa calidad, aproximadamente el 60% de estas muertes son imputables directamente a las deficiencias en la calidad del cuidado y 40% se relacionan con el acceso a servicios de salud. El costo económico de estos efectos conlleva a pérdidas en la productividad de aproximadamente 1.4 a 1.6 billones de dólares anuales (3). Teniendo en cuenta estos antecedentes la OMS publicó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, mismo que tiene como objetivo: “eliminar los daños evitables en la atención de salud con la visión de «un mundo en el que nadie sufra daños en la atención de salud y todos los pacientes reciban una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todo lugar»” (5). Finalmente, en el mes de febrero del presente año, se llevó a cabo la Quinta Cumbre Ministerial Mundial en Seguridad del Paciente en Montreal donde uno de los mensajes principales fue tratar a la seguridad del paciente como una prioridad global en salud pública y el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS dio el siguiente mensaje haciendo referencia al cuidado de la salud: “Si no es seguro, no es cuidado”(6).

Abordando el contexto nacional, en el año 2016 se publicó por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador la primera edición del Manual de Seguridad del Paciente que contiene los procedimientos y herramientas técnicas que permiten una atención segura y es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (24). Adicionalmente, en el presente año se conformó como entidad reguladora la Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario cuya misión es “Desarrollar

y gestionar políticas públicas, normativas, metodologías y herramientas necesarias para garantizar la calidad de la atención en salud, el control y vigilancia sanitaria de los productos de uso y consumo humano y establecimientos sujetos a control; así como el mejoramiento continuo de los servicios de salud, en el marco de modelos de calidad, leyes y lineamientos estratégicos para el Sistema Nacional de Salud” (25).

4.2 Seguridad del Paciente y Organizaciones Altamente Confiables

Los datos presentados anteriormente evidencian que los errores prevenibles en el cuidado de los pacientes siguen ocurriendo pese a los esfuerzos de las distintas estrategias de las entidades reguladoras en el panorama local e internacional y se vuelve evidente la necesidad de un cambio (7,8). Desde el punto de vista organizacional, existen dos frentes que reciben de forma directa el impacto de una organización carente de la seguridad necesaria: De cara al profesional sanitario, el daño resultante de un evento adverso en su paciente representa una experiencia traumática al momento de enfrentar la situación con el paciente y su familia como al momento de hacerlo frente a los directivos de la organización cuyo modelo tradicional dicta el responsabilizar al profesional por el error humano provocando así un deterioro en su desempeño profesional y en última instancia, una alta tasa de rotación de personal de una Organización (7–9). El segundo ámbito organizacional por considerar es el financiero ya que los errores en la práctica sanitaria, y sobre todo aquellos que implican daño al paciente significan una carga importante en tema de costos, situación que afecta la eficiencia del desempeño de una Organización. Adicionalmente, los costos punitivos han contribuido con el aumento de costos en salud y algunas organizaciones han respondido a este fenómeno aplicando la llamada “Medicina defensiva” (7,8). Muchos líderes descartan o no priorizan la inversión en programas de calidad en el sector sanitario ya que, tradicionalmente el embarcarse

en un programa de mejora continua de la calidad recae solamente bajo el principio de “hacer lo correcto” y cualquier beneficio financiero que resulte de esto se considera solamente un efecto secundario favorable. Actualmente, se conoce que el implementar la detección sistemática de desperdicios y corregirla puede significar un ahorro de 1 a 3% en costos operativos por año, y de esta manera se elimina el costo en calidad que resulta en el mejoramiento de la eficiencia (7,26).

Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, muchos administradores han iniciado cambios sin progreso significativo, sin embargo, quienes sí lo han logrado atribuyen su éxito a la aplicación de la teoría de las Organizaciones Altamente Confiables (OAC) (7). Se entiende por Organizaciones Altamente Confiables a aquellas que operan manteniendo los errores al mínimo en un periodo de tiempo sostenible y toman decisiones que consistentemente resultan en alta calidad y confiabilidad. Sus orígenes se remontan a la industria de extinción de incendios en la que la seguridad ganó relevancia tras el apareamiento de muertes innecesarias en incendios en campos abiertos y en la actualidad, algunos de sus exponentes pertenecen a la industria militar, nuclear, de seguridad pública y de aviación comercial, sin embargo, es un concepto relativamente nuevo en el ámbito sanitario(12,27,28). La estructura de una OAC se basa en la fusión de una serie de principios que en conjunto, determinan la cultura de seguridad entre los miembros de su personal (29), los cinco principios básicos fueron enunciados por Weick y Sutcliffe (30): Preocupación por las fallas, sensibilidad a las operaciones, reluctancia a simplificar, deferencia por la experiencia y compromiso con la resiliencia.

Pese a que los principios mencionados han sido altamente difundidos y han demostrado tener éxito en distintos escenarios, resulta desafiante el conseguir alta confiabilidad en una industria donde las prácticas clave de seguridad suelen fallar como en el caso del cuidado de la salud

(31). Esto se puede explicar comparando las altas tasas de muertes por infecciones asociadas a la atención en salud con niveles subóptimos de adherencia del personal sanitario a prácticas de higiene de manos (13). De hecho, una de las grandes barreras a la implementación de las prácticas de las OAC a la industria sanitaria es una cultura en la que, en lugar de preocuparse por las fallas los hospitales y profesionales de salud actúan como si aceptaran las fallas como eventos inevitables en su diario hacer (13). Para conseguir una implementación de la teoría de las OAC se ha propuesto el modelo de madurez en alta confiabilidad en el cuidado de la salud (HRHCM) que propone un abordaje centrado en tres grandes dominios: Liderazgo, Cultura de Seguridad y Mejora Robusta de los procesos, siendo la cultura de seguridad uno de los primeros pasos a dar (13). La transición hacia una organización que busca confiabilidad mejorará el reporte a las entidades reguladoras, mejora la seguridad para los pacientes y el personal, contribuye a la lealtad del personal, y reduce los costos operacionales y punitivos (8).

4.3 Cultura de Seguridad del Paciente

Pese a que se han dado pasos importantes en la salud en temas de calidad y seguridad, se requiere un enfoque inmediato en seguridad del paciente no como una iniciativa clave de mejora, sino como un valor central que se encuentra completamente integrado en la industria sanitaria y en la filosofía de las organizaciones (5,9). Para conseguir esto, el punto de partida comprende el establecer una cultura de seguridad en el personal de una organización (10) ya que resulta un factor condicionante de sus resultados y, considerando que en toda organización de salud la responsabilidad última de los errores sistémicos y sus resultados recae en el gerente y el directorio ejecutivo (incluyendo la responsabilidad por daños y muerte), comprende una práctica necesaria entre los líderes de estos establecimientos (9,11). De hecho, la OMS menciona que “Establecer una cultura de la seguridad es fundamental para cualquier esfuerzo

sostenible por mejorar la seguridad del paciente” y constituye uno de los principios rectores del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 (5). Además, una cultura sólida de seguridad del paciente impacta positivamente en los estilos de liderazgo, valores éticos, procesos de comunicación, prácticas basadas en la evidencia, aprendizaje organizacional, mejora continua y atención centrada en la persona (32).

Se puede definir como cultura de seguridad del paciente al “producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y las pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan las características de la gestión de la salud y la seguridad de la organización.”(5,12). Acorde a la teoría de las OAC, existen principios que se reflejan en una serie de normas socioculturales que se citan a continuación (13,30):

Preocupación por las fallas: Las OAC están en constante preocupación debido a que su sistema puede fallar, no se conforman con no haber presentado incidentes en largos periodos de tiempo y se encuentran alertas a la más mínima señal de fallo en sus procesos.

Sensibilidad a las operaciones: Las amenazas para el desempeño de las OAC suelen iniciar manifestándose con pequeños cambios en sus operaciones por lo que los colaboradores deben encontrarse en pleno conocimiento de las operaciones y reportar sus fallos más sutiles.

Reluctancia a simplificar: Las amenazas a la seguridad pueden ser muy complejas y presentarse de diversas formas y la capacidad de su detección temprana puede marcar la diferencia entre una medida correctiva y una catástrofe.

Deferencia a la experiencia: Al encontrarse bajo una amenaza a la seguridad de sus procesos, una OAC posee mecanismos para identificar a la persona o grupo de personas con mayor

experiencia para manejarla y la colocan en una posición de toma de decisiones independientemente de su rango jerárquico en la Organización.

Compromiso con la resiliencia: Las OAC reconocen que pese a su mejor esfuerzo los errores van a ocurrir y la seguridad se verá amenazada, por este motivo el sello de marca de una OAC es el compromiso para “estar libre de daños, no libre de errores”.

Adicionalmente, una cultura de seguridad compatible con una OAC tiene tres atributos centrales: confianza, reporte y mejora. La confianza se obtiene una vez que se elimina en la organización los comportamientos intimidantes o punitivos que suprimen el reporte de fallos, se toman medidas oportunamente frente a los reportes y se socializan periódicamente las mejoras al sistema (13). Otra de las características más importantes de la cultura de seguridad del paciente es la denominada “cultura justa” cuya ausencia es muy común en la mayoría de los escenarios salud. La cultura justa hace referencia a que “los profesionales de la salud son responsables por una conducta no profesional, pero no castigados por errores humanos; los errores son identificados y mitigados antes de que el daño ocurra; los sistemas están diseñados para permitir al personal aprender de los errores y casi-eventos y prevenir la recurrencia”(9). Sin embargo, el Dr. Lucian Leape, considerado el padre del movimiento moderno por la seguridad del paciente enuncia repetidamente que “el único y gran impedimento para la prevención de errores en la industria médica es que castigamos a las personas por cometer errores” (9). Esto podría deberse a que, acorde al IOM (20), existe una expectativa irrealista de la perfección que se asigna a los médicos. Los profesionales médicos son instruidos para ser perfectos y en un paradigma donde el error no es una opción (33). Una consecuencia no deseada de esto es la construcción de barreras y la organización del personal sanitario en silos que reducen la comunicación abierta y el trabajo en equipo. Esto se traduce en una comunicación

limitada entre los médicos con sus equipos por la expectativa de realizar sus labores sin error. El impacto de esta cultura punitiva se traduce en el ocultamiento de los errores en lugar de su reporte, bloquea las oportunidades de aprendizaje organizacional junto con los posibles esfuerzos de mejora y, en última instancia, favorece su recurrencia (34). Una OAC posee una cultura justa al caracterizarse por tener procesos claros y transparentes para medir la adherencia a los protocolos de seguridad y distinguir los errores involuntarios (humanos) de las conductas imprudentes o de riesgo deliberado (5,8).

Reconociendo que el establecimiento de una cultura de seguridad del paciente es un paso fundamental en el camino hacia la alta confiabilidad lo primero que se tiene que hacer es medirla y evaluarla, con esto es posible crear una línea de base, identificar áreas de mejora, generar consciencia acerca de seguridad del paciente en el personal; evaluar las intervenciones en seguridad del paciente y dar seguimiento al cambio sobre el tiempo; realizar benchmarking interno y externo; y cumplir con directrices o requerimientos regulatorios como los estándares de una determinada acreditación, siendo todo esto especialmente particular en países de recursos limitados (14,15). Además, la OMS recomienda “Realizar encuestas periódicas sobre la cultura de seguridad de la organización, determinar las deficiencias e introducir enfoques innovadores para construir una cultura de seguridad, en consonancia con la experiencia internacional y las mejores prácticas.”(5)

Una herramienta de medición de la cultura organizacional que se encuentra ampliamente difundida a nivel global es la encuesta de cultura de seguridad del paciente en hospitales (HSOPSC por sus siglas en inglés) (19). Esta herramienta fue desarrollada en Estados Unidos por la agencia “AHRQ” en el año 2004 y actualizada a su segunda versión en el año 2019 en inglés y español, tiene 40 ítems que se citan a continuación (19):

Ocho ítems individuales miden:

- Uno mide cuántos eventos de seguridad ha reportado la persona.
- Uno pide una calificación general de la seguridad del paciente para su unidad o área.
- Seis miden características generales.

32 ítems se agrupan para medir 10 medidas compuestas:

- Comunicación sobre el error (3).
- Apertura para la comunicación (4).
- Transferencias e Intercambio de información (3).
- Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente (3).
- Aprendizaje organizacional – mejora continua (3).
- Reporte de eventos de seguridad del paciente (2).
- Respuesta al error (4).
- Dotación de personal y ritmo de trabajo (4).
- Apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente (3).
- Trabajo en equipo (3).

Una medida compuesta consiste en un grupo de preguntas que en conjunto evalúan una misma área o dominio de la cultura de seguridad del paciente. Los resultados obtenidos son calificados con puntajes del 1 al 5 y de esta manera permiten identificar resultados fuertes acerca de un dominio (cuando su puntaje se encuentra entre cuatro y cinco, neutrales cuando el puntaje es de tres y débiles cuando el puntaje obtenido es uno o dos. Tiene además una opción de “no sé o no aplica” que no se contabiliza en los resultados. El nivel de cultura de seguridad del paciente se interpreta calculando el porcentaje de respuestas fuertes con respecto al total de respuestas,

sin contabilizar las respuestas de la categoría “No sé o No aplica”. Algunos autores han adoptado la metodología proveniente de la agencia AHRQ en el sentido de considerar una dimensión o dominio de la cultura de seguridad del paciente una fortaleza si tiene al menos 75% de respuestas positivas y una oportunidad de mejora si el porcentaje de las mismas es inferior a 50% (4).

Cabe recalcar que la traducción al español de la segunda versión de la encuesta se realizó a cargo de tres traductores certificados para asegurar que la traducción fuera conceptual, lingüística y culturalmente equivalente a la versión en inglés. Además, se realizó una prueba con miembros del staff hospitalario en EEUU que sean originarios de diferentes países hispanohablantes para asegurar que la encuesta sea de fácil entendimiento y respuesta y por último un estudio piloto en 4345 colaboradores de 25 hospitales donde se calculó el alfa de Cronbach para cada pregunta como un parámetro de fiabilidad del instrumento (35). Según Camacho-Rodríguez y cols., la primera versión de la encuesta HSOPSC ha sido validada y empleada en varias publicaciones latinoamericanas, sin embargo, la versión 2.0 no ha sido sujeta de estudios académicos (3).

En el marco nacional, existen dos estudios de tesis que hacen referencia la cultura de seguridad del paciente. El primero consiste en un análisis de la cultura de seguridad realizada en una institución de salud en la ciudad de Quito (16). En este trabajo se realizó una medición de la cultura de seguridad del paciente mediante la primera versión de la encuesta HSOPSC, obteniéndose un resultado global para la institución de 55,52% en el año 2019. En segundo lugar, Gavilanez, Aucatoma, Moreno y cols (17) realizaron una investigación cualitativa con el fin de analizar la relación entre los conocimientos, actitudes, prácticas y cultura de seguridad entre los estudiantes de posgrados clínicos en la ciudad de Ambato. Entre los resultados se

mencionan deficiencias en formación médica de pregrado y posgrado en términos de cultura de seguridad del paciente, evidenciando que la mayor parte de la formación en esta área se da a través de la aplicación de prácticas seguras durante las actividades asistenciales de los médicos posgradistas en distintos establecimientos de salud. Por último, los autores mencionan que se asocia al error médico a múltiples causas como la fatiga, la falta de conocimiento/entrenamiento, entre otras; sin considerar a la posibilidad de error como un factor inherente a la condición humana.

4.4 Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital Vozandes Quito

El Hospital Vozandes Quito es una institución de salud docente de tercer nivel de complejidad con una capacidad instalada de 83 camas que pertenece a la red privada complementaria del sistema nacional de salud. En este hospital, la gestión de la seguridad del paciente inició en el año 2015 y en la actualidad constituye uno de los seis ejes transversales de gestión en esta casa de salud. Desde el año 2021 se realiza una medición anual de la cultura de seguridad del paciente como indicador de gestión interna en el mes de junio en consonancia con el cronograma anual recomendado por la agencia AHRQ (18).

4.5 Marco conceptual

- Cultura de Seguridad del Paciente: Producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y las pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan las características de la gestión de la salud y la seguridad de la organización. (5,12)
- Seguridad del Paciente: “Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención en salud a un nivel mínimo aceptable. Un nivel mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas dadas por el conocimiento actual, recursos disponibles y el

contexto en el que el cuidado fue entregado con base al riesgo de no tratar o proveer un tratamiento distinto” (2).

- Evento adverso: Desviación en el proceso asistencial que resulta de errores o fallos sistémicos provoca un daño no intencionado en el paciente. (2–5).
- Calidad asistencial: “Grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de la población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios”(1)
- Medida compuesta: Grupo de preguntas de la encuesta HSOPSC 2.0 que en conjunto evalúan una misma área o dominio de la cultura de seguridad del paciente (11).
- Comunicación sobre el error: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que el personal es informado cuando ocurren errores, discute formas para prevenirlos, y es informado cuando se realizan cambios. (11)
- Apertura para la comunicación: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que el personal comunica abiertamente la detección de situaciones inseguras y se siente cómodo preguntando al respecto. (11)
- Intercambio de información: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que la información importante del paciente se transfiere a través de distintas unidades del hospital y durante cambios de turno.(11)
- Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que los directivos del hospital muestran que la seguridad del paciente es una prioridad máxima y provee recursos adecuados para la seguridad de los pacientes.(11)
- Aprendizaje organizacional – mejora continua: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que los procesos de trabajos son revisados regularmente, se realizan cambios para evitar que la recurrencia de los errores y estos

cambios son evaluados.(11)

- Reporte de eventos de seguridad del paciente: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que los siguientes eventos son reportados: errores que son detectados y corregidos antes de alcanzar al paciente, y errores que pudieron haber causado daño al paciente, pero no lo hicieron.(11)
- Respuesta al error: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que el personal es tratado con justicia cuando cometen errores y existe un enfoque en aprender de los errores y apoyar al personal involucrado en ellos.(11)
- Dotación de personal y ritmo de trabajo: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que existe una dotación suficiente de personal para afrontar la carga de trabajo, el personal trabaja en horas apropiadas y no se siente apresurado, y existe una dependencia adecuada en personal temporal, flotante o PRN.(11)
- Apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que los supervisores, gerentes o líderes clínicos consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, no alientan la toma de atajos, y toman acciones para direccionar las inquietudes en términos de seguridad del paciente.(11)
- Trabajo en equipo: Dominio de la cultura de seguridad del paciente que comprende la medida en que el personal trabaja en conjunto como un equipo efectivo, se ayuda entre sí en situaciones adversas y es respetuoso.(11)

5. Metodología y diseño de la investigación

a. Tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño cuantitativo observacional de corte transversal con una fase descriptiva que comprende la presentación de los resultados de la evaluación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito, y la segunda fase analítica en busca de factores condicionantes del nivel de cultura de seguridad del paciente ya sea de forma general o en cada uno de sus dominios.

b. Área de estudio

El presente es un estudio de fuente secundaria en el que se utilizaron datos correspondientes al personal del Hospital Vozandes Quito. Esta institución ubicada en la ciudad de Quito – Ecuador, corresponde a un Hospital docente de tercer nivel de complejidad con una capacidad instalada de 83 camas que pertenece a la red privada complementaria del sistema nacional de salud.

c. Universo y muestra

Adicionalmente, la agencia AHRQ otorga la facultad a cada institución de realizar el cálculo de una muestra o de optar por realizar un censo entre todo el personal, para de esta manera con el fin de aumentar la consciencia en el personal acerca de seguridad del paciente y tomar en cuenta el aporte de todos los miembros que deseen participar (11). Por este motivo el Hospital Vozandes Quito aplicó la encuesta HSOPSC 2.0 a todo el personal como un indicador de gestión interna acorde al cronograma recomendado. Consecuentemente, el universo corresponde a los 344 miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron el cuestionario a la fecha de la medición y no procede el cálculo de una muestra, por el contrario, se incluyeron todos los registros completos provistos por la institución. Cabe recalcar que se solicitó el acceso a los datos de esta medición correspondiente mediante una base de datos anonimizada.

Crterios de inclusión y exclusión

Con respecto a los criterios de inclusión y exclusión, se incluyó en el estudio todos los registros completos. Y se excluyó del mismo a los registros incompletos.

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Cargo en el hospital	Cargo que desempeña una personal dentro de la institución acorde a sus funciones.	Enfermería: Médico: Otro cargo clínico:	Frecuencia Porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA, CNS, CNM). • Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés). • Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería. • Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés). • Asistente Médico • Residente, interno • Médico • Dietista. • Farmacéutico, Técnico farmacéutico • Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla. • Psicólogo. • Terapeuta Respiratorio. • Trabajador social. • Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología). • Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general. • Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel. • Mantenimiento de instalaciones. • Personal de alimentación. • Personal de limpieza, 	Cualitativa nominal politómica

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
		Supervisor, jefe clínico, director, jefe clínico, directivo de alto cargo: Apoyo: Servicios ambientales.		<ul style="list-style-type: none"> • Informática, Administración de información de salud, Informática clínica • Seguridad • Transporte • Dependiente departamental, Secretaria, • Recepcionista, Personal de oficina <p>Otro: (Campo abierto)</p>	
Unidad/ Área de trabajo	Área física del hospital donde el respondedor pasa la mayor parte de su tiempo.	Unidades médicas/quirúrgicas : Unidades de cuidado de pacientes:	Frecuencia Porcentaje	<p>Varias unidades, ninguna unidad específica.</p> <p>Unidad médica/quirúrgica combinada. Unidad médica (no quirúrgica). Unidad quirúrgica.</p> <p>Cardiología. Departamento de emergencias, Observación, Estadía breve. Gastroenterología. Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos). Partos, Obstetricia y Ginecología. Oncología, Hematología. Pediatria (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos (NICU)/Unidad pediátrica de cuidados intensivos (PICU)). Psiquiatría, Salud conductual. Neumología. Rehabilitación/Medicina física. Telemetría.</p> <p>Anestesiología.</p>	Cualitativa nominal politómica

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
		<p>Servicios quirúrgicos:</p> <p>Servicios clínicos:</p> <p>Administración /Dirección:</p>		<p>Endoscopia, Colonoscopia. Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op.</p> <p>Patología/Laboratorio. Farmacia. Radiología/Imágenes. Terapia respiratoria. Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta.</p> <p>Administración, Dirección. Servicios financieros, Facturación. Recursos humanos, Capacitación. Informática, Administración de información de salud, Informática clínica. Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes.</p> <p>Admisiones/Registro. Personal de alimentación. Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones. Servicios de seguridad. Transporte.</p> <p>Otro: (Campo abierto)</p>	

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
		Servicios de apoyo:			
Tiempo en la institución	Intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de funciones del colaborador en el hospital hasta la realización de la encuesta.	No Aplica	Frecuencia Porcentaje	Menos de 1 año. De 1 a 5 años. De 6 a 10 años. 11 o más años.	Cualitativa ordinal politémica
Tiempo en la unidad o área de trabajo actual.	Intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio de funciones del colaborador en el en el área actual en la que se desempeña hospital hasta la realización de la encuesta.	No Aplica	Frecuencia Porcentaje	Menos de 1 año. De 1 a 5 años. De 6 a 10 años. 11 o más años.	Cualitativa ordinal politémica
Horas de trabajo a la semana.	Número de horas semanales que el trabajador	No Aplica	Frecuencia Porcentaje	Menos de 30 horas a la semana. De 30 a 40 horas a la semana. Más de 40 horas a la semana.	Cualitativa ordinal politémica

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
	desempeña sus funciones en el hospital.				
Inter-acción directa con pacientes.	Característica del rol del colaborador dentro del hospital que determina si en que quehacer diario interactúa típicamente con pacientes.	No Aplica	Frecuencia Porcentaje	SÍ, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.	Cualitativa nominal dicotómica
Cultura de Seguridad	Creencias, valores, y normas compartidas por el personal de salud que influye en sus acciones y comportamiento s en torno a las prácticas seguras de la organización (11).	Trabajo en equipo.	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Presión y ritmo de trabajo.	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Aprendizaje organizativo — Mejorías continuas.	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Respuesta a los errores.	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Apoyo que dan los supervisores,	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cualitativa ordinal

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
		directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente		4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	politómica
		Comunicación acerca de errores	Frecuencia Porcentaje	1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = La mayoría de las veces 5 = Siempre 9 = No aplica/ No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Comunicación y receptividad	Frecuencia Porcentaje	1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = La mayoría de las veces 5 = Siempre 9 = No aplica/ No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Informar eventos relacionados con la seguridad del paciente	Frecuencia Porcentaje	1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = Algunas veces 4 = La mayoría de las veces 5 = Siempre 9 = No aplica/ No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Transferencias e Intercambio de información	Frecuencia Porcentaje	1 = Muy en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = De acuerdo 5= Muy de acuerdo 9 = No aplica/No sabe	Cualitativa ordinal politómica
		Número de incidentes reportados en los últimos 12 meses.	Frecuencia Porcentaje	Ninguno 1 a 2 3 a 5 6 a 10 11 o más	Cualitativa ordinal politómica
		Calificación de la seguridad del	Frecuencia Porcentaje	Mala Regular Buena Muy buena Excelente	Cualitativa ordinal

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
		paciente			politémica

d. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como se explicó anteriormente, se recibieron los datos en una base anonimizada y en conformidad con la Normativa Vigente (36). Por este motivo en el presente trabajo no se incluyó una fase de recolección de datos. En cuanto a los instrumentos de recolección, los datos corresponden a la medición del nivel de cultura de seguridad del paciente mediante la aplicación del instrumento HSOPSC 2.0, mismo que se describe a detalle en el apartado de Marco Teórico y Conceptual.

e. Plan de tabulación y análisis

Una vez recibida la base de datos anonimizada, se procedió a su depuración eliminando registros incompletos. Posteriormente, los resultados fueron codificados para facilitar el análisis de los datos en plataformas electrónicas. Las plataformas que se utilizó para el análisis de datos serán Excel y R 4. 3. 1.

f. Procedimientos

El Hospital Vozandes Quito realizó la medición de la cultura de seguridad del paciente como un indicador de gestión interna, esta medición se realizó en el mes de junio de 2023 acorde al cronograma recomendado y a cargo de personal capacitado de la unidad de seguridad del paciente. Para obtener la información, se realizó una solicitud de acceso a los datos de esta medición tras recibir la aprobación del protocolo de investigación mediante una carta de exención emitida por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) vigente en el marco de la normativa actual (Véase Anexos) (36). Cabe ratificar por tanto, que el presente es un estudio de fuente secundaria.

6. Resultados

6.1 Análisis univariado:

6.1.1 Datos Generales y sociodemográficos:

La encuesta HSOPSC 2.0 fue enviada a un universo comprendido por 875 miembros del personal del hospital. La base de datos provista comprende 344 respuestas completas que fueron incluidas durante el estudio. Considerando que se trata de una encuesta de participación voluntaria se obtuvo un índice de respuesta de 39,31%. En la tabla 1 y gráfico 1 se puede evidenciar que el grupo más significativo del personal que respondió a la encuesta corresponde al cuerpo médico (137; 39,83%) y de ellos, los médicos tratantes (108; 31,39%). En el último lugar se encuentra el grupo correspondiente a los cargos directivos de alto y bajo nivel (14; 4,06%).

Tabla 1: Miembros del personal que respondieron a la encuesta clasificados por cargo.
Fuente: Hospital Vozandes Quito

Cargo	N°
Médico	137
Médico	108
Residente, Interno	29
Enfermería	78
Enfermera vocacional con licencia (LVN, por sus siglas in inglés), Auxiliar de enfermería con licencia (LPN, por sus siglas en inglés)	31
Enfermera registrada (RN, por sus siglas en inglés)	22
Ayudante de cuidado de pacientes, Ayudante hospitalario, Ayudante de enfermería	13
Enfermera de práctica avanzada (NP, CRNA,CNS, CNM)	12
Apoyo	72
Dependiente departamental, Secretaria, Recepcionista, Personal de oficina	37
Personal de limpieza, Servicios ambientales	30
Informática, Administración de información de salud, Informática clínica	3
Transporte	1
Mantenimiento de instalaciones	1
Otro cargo clínico	43
Tecnólogo, Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)	25
Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla	6

Terapeuta Respiratorio	4
Dietista	3
Psicólogo	2
Farmacéutico, Técnico farmacéutico	2
Trabajador social	1
Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	14
Supervisor, Director, Director de departamento, Jefe clínico, Administrador, Director general	13
Directivo de alto cargo, Ejecutivo, Ejecutivos de primer nivel	1
Total general	344

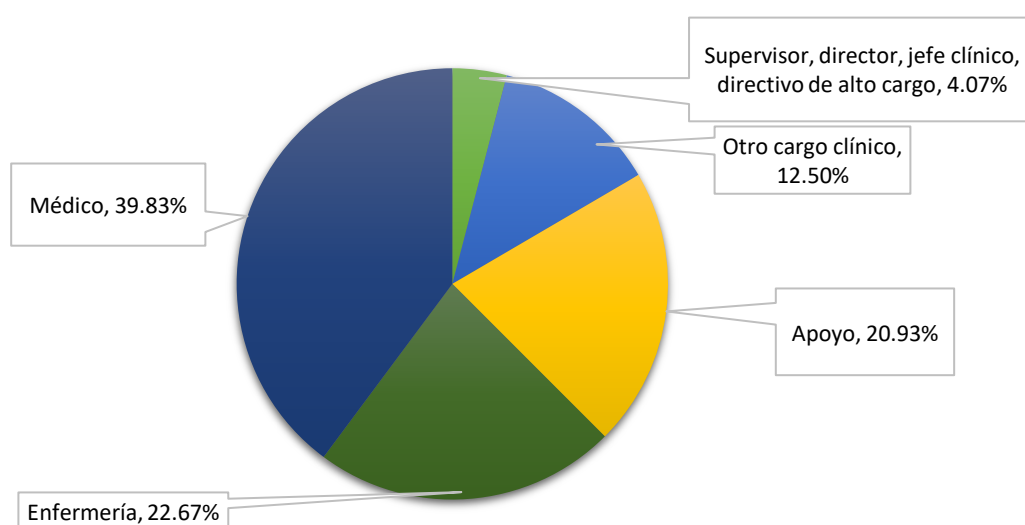


Gráfico 1: Distribución de frecuencias relativas de los miembros del personal del HVQ por su cargo.

Fuente: Hospital Vozandes Quito.

Con respecto a las áreas del hospital, la tabla 2 evidencia la distribución de frecuencias del personal con respecto a su área de trabajo. El personal pertenece principalmente a las áreas médicas y quirúrgicas y en menor grado al departamento de emergencias, patología/laboratorio y limpieza, llegando a representar con estas áreas el 50,63% del total. Existe adicionalmente una proporción representativa (14,73%) del personal que seleccionó la opción “Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica”. Es importante recalcar que el número de áreas seleccionadas supera el correspondiente a los individuos que respondieron a la encuesta debido a que muchos de ellos están asignados a más de un área del hospital o a más de un

cargo, situación que dificulta el seleccionar una sola área del hospital.

Tabla 2: Distribución del personal del Hospital Vozandes Quito que respondió a la encuesta con respecto al área(s) en la que se desempeña diariamente.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

Área del hospital	Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas
Unidad médica (no quirúrgica)	67	10,50%
Pre Op, quirófano, PACU/Post Op, Peri Op	63	9,87%
Unidad médica/quirúrgica combinada	61	9,56%
Unidad quirúrgica	42	6,58%
Departamento de Emergencias, Observación, Estadía breve	34	5,33%
Patología/Laboratorio	30	4,70%
Servicios de limpieza, Servicios ambientales, Mantenimiento de instalaciones	26	4,08%
Unidad de cuidados intensivos (todo tipo de adultos)	21	3,29%
Calidad, Gestión de riesgos, Seguridad de los pacientes	20	3,13%
Pediatría (incluyendo Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos /Unidad pediátrica de cuidados intensivos)	19	2,98%
Endoscopía, Colonoscopía	16	2,51%
Radiología/Imágenes	16	2,51%
Servicios sociales, Manejo de casos, Planeación de alta	14	2,19%
Administración/Dirección	12	1,88%
Gastroenterología	10	1,57%
Servicios financieros, Facturación	10	1,57%
Anestesiología	8	1,25%
Informática, Administración de Información de salud, Informática clínica	8	1,25%
Partos, Obstetricia y Ginecología	7	1,10%
Rehabilitación/Medicina física	7	1,10%
Terapia respiratoria	7	1,10%
Recursos Humanos, Capacitación	6	0,94%
Admisiones/Registro	6	0,94%
Cardiología	5	0,78%
Neumología	5	0,78%
Oncología, Hematología	5	0,78%
Servicios de seguridad	5	0,78%
Psiquiatría, Salud conductual	4	0,63%
Transporte	4	0,63%
Farmacia	3	0,47%
Personal de alimentación	3	0,47%
Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica	94	14,73%

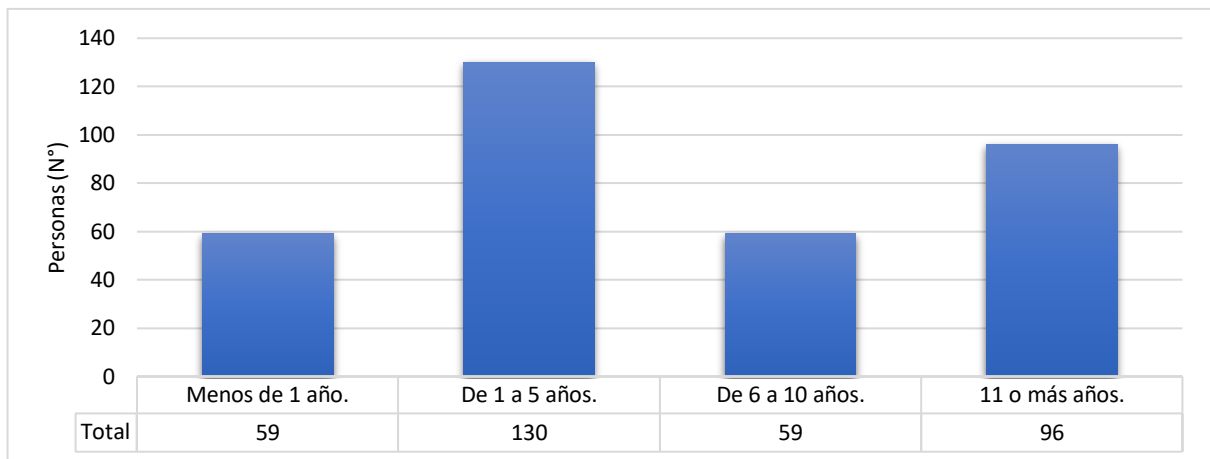


Gráfico 2: Distribución de frecuencias absolutas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según el tiempo que llevan en la institución.

Fuente: Hospital Vozandes Quito.

En el gráfico 2, se evidencia que el grupo que lleva entre uno a cinco años en el Hospital es el más representativo constituyendo el 37,79% del total. El segundo grupo en orden de frecuencia corresponde a los miembros del personal que llevan 11 o más años en este establecimiento, formado por 27,90% de las personas que respondieron a la encuesta. Por otra parte, en el gráfico 3, se puede evidenciar que la mayor parte del personal que respondió a la encuesta lleva menos de cinco años en la su área actual de trabajo (212; 61,63%), además el grupo más representativo corresponde a quienes forman parte del personal por un periodo de 1 a 5 años, representando el 38,37% del total.

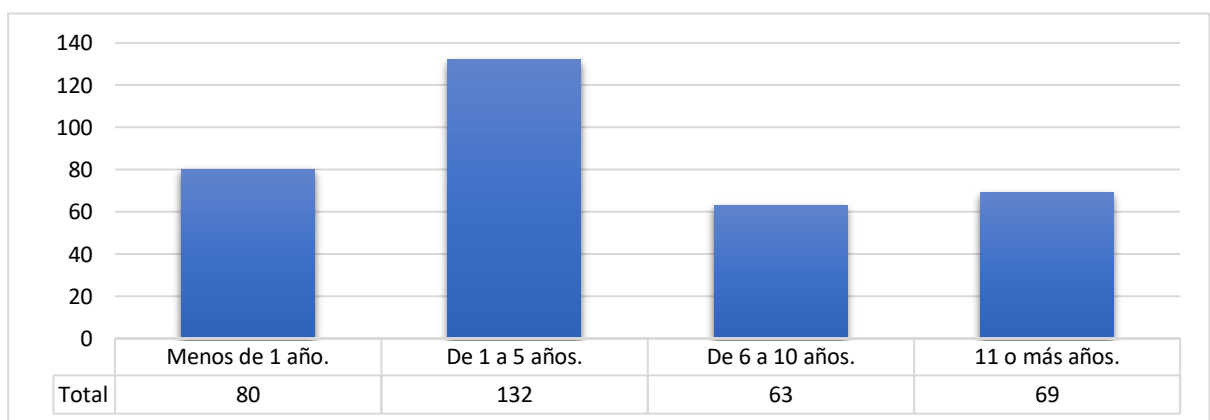


Gráfico 3: Distribución de frecuencias relativas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según el tiempo que llevan en su área de trabajo actual.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

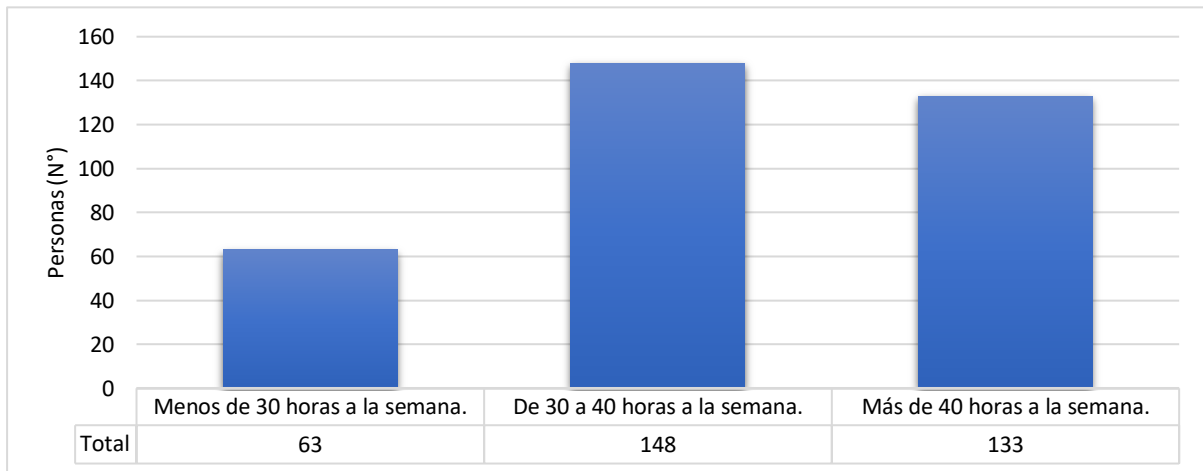


Gráfico 4: Distribución de frecuencias absolutas de miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta HSOPSC 2.0 según su carga de horas de trabajo por semana.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

En cuanto a carga horaria, se evidencia en el gráfico 4 que el 81,68% de las personas que respondieron a la encuesta trabajan al menos 30 horas a la semana, y del total, el 38,66% de los miembros del personal incluidos en esta medición afirman trabajar más de 40 horas por semana. Por último, cabe mencionar que la gran mayoría de los participantes (288) tienen interacción típica con pacientes en el desarrollo de sus actividades diarias.

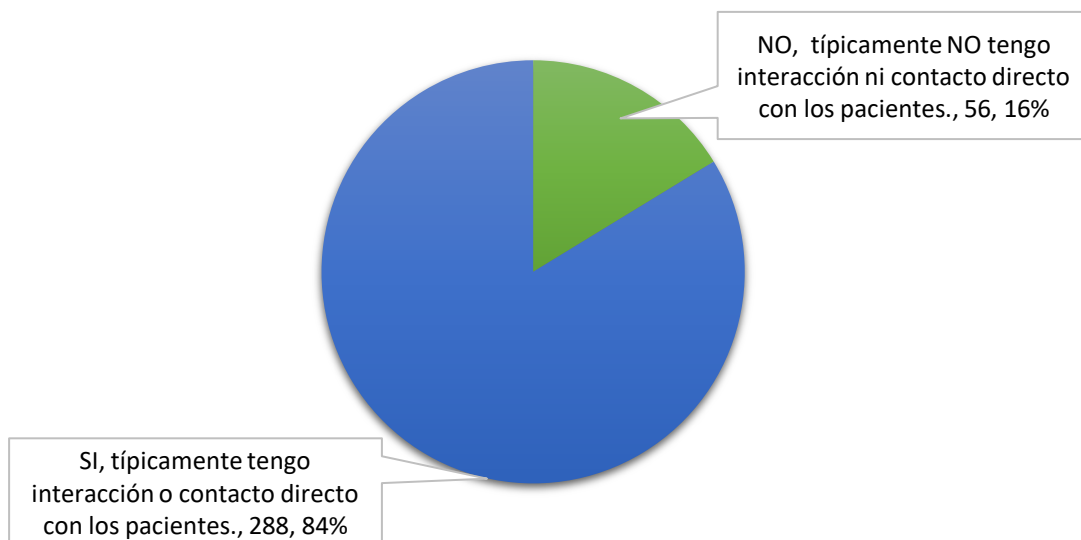


Gráfico 5: Distribución de frecuencias relativas de los miembros del personal del Hospital Vozandes Quito que respondieron a la encuesta según la condición de estar en contacto con pacientes típicamente durante sus funciones laborales.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

6.1.2 Resultados de cultura de seguridad del paciente:

En la tabla 3 se pueden evidenciar los resultados de las respuestas positivas para cada dominio de la cultura de seguridad del paciente de los miembros del Hospital Vozandes Quito, estos se encuentran agrupados bajo las cinco grandes categorías de cargos que ofrece el instrumento HSOPSC 2.0 y posteriormente se encuentran los valores de referencia del hospital, que a su vez presenta un nivel promedio de cultura de seguridad del paciente de 63,86%. Se puede evidenciar que los miembros del personal pertenecientes a los grupos de liderazgo poseen los niveles más altos de cultura de seguridad del paciente en todos los dominios, superando el promedio institucional, excepto en los de aprendizaje organizacional y mejora continua, y de transferencias e intercambio de información donde el mayor nivel de cultura se atribuye al cuerpo médico con 79,05% y 63,36% de respuestas positivas respectivamente. Por el contrario, el servicio de enfermería presenta los niveles más bajos de respuestas positivas en ocho de los diez dominios de cultura de seguridad del paciente, en los dos restantes, correspondientes a trabajo en equipo y comunicación de errores, los valores más bajos corresponden a los cargos de apoyo, con 67,97% y 59,11% de respuestas positivas respectivamente.

Tabla 3: Porcentaje de respuestas positivas de los dominios de cultura de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito por cargo y con respecto al promedio institucional. Fuente: Hospital Vozandes Quito

Dominio	Médicos	Enfermería	Jefatura	Otro Cargo Clínico	Apoyo	HVQ
Trabajo en equipo	85,16%	75,00%	90,48%	69,67%	67,97%	77,46%
Apoyo del Supervisor, Gerente o Líder Clínico a la Seguridad del Paciente	79,96%	53,65%	82,83%	72,59%	75,40%	71,94%
Apertura comunicativa	70,10%	48,51%	74,86%	63,38%	56,82%	61,42%
Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente	74,55%	65,07%	77,78%	65,73%	70,06%	70,25%
Comunicación de errores	64,38%	65,21%	77,99%	63,29%	59,11%	63,85%
Aprendizaje organizacional- Mejora continua	79,05%	65,67%	76,46%	65,58%	69,65%	72,09%

Gestión Hospitalaria, Apoyo a la Seguridad del Paciente	80,27%	73,01%	85,71%	73,13%	77,29%	77,33%
Respuesta al error	51,97%	31,65%	55,77%	40,02%	42,00%	43,62%
Transferencias e intercambio de información	63,36%	52,80%	60,00%	53,82%	54,14%	57,61%
Dotación de personal y ritmo de trabajo	50,21%	36,78%	53,59%	37,20%	37,25%	43,05%
Promedio institucional:	69,90%	56,74%	73,55%	60,44%	60,97%	63,86%

Adicionalmente, en el gráfico 6 se evidencia que pese a las diferencias mencionadas el nivel de cultura de seguridad del hospital es similar al publicado por la agencia AHRQ en el año 2022 con una brecha promedio de 9,10 puntos porcentuales en ocho de los diez dominios, sin tener en cuenta los dominios de aprendizaje organizacional y mejora continua; y de gestión hospitalaria y apoyo para la seguridad del paciente, dominios en los que el Hospital Vozandes presenta niveles superiores con respecto al referente internacional en 2,09% y 13,33% respectivamente. En el mismo análisis comparativo del Hospital Vozandes con respecto al referente internacional, existe una reducción de la brecha en el dominio de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente donde la diferencia es de 3,75% en relación con el referente internacional y la misma aumenta en los dominios de apertura comunicativa y comunicación de errores con diferencias de 14,58% y 9,15% respectivamente.

La tabla 4 reúne los datos correspondientes a cada una de las preguntas que conforman los dominios de cultura de seguridad del paciente. En cuanto al trabajo en equipo, que es la dimensión con mayor nivel de cultura de seguridad del paciente, la pregunta con menor cantidad de respuestas positivas corresponde a “Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad”, en la que 67,15% de los individuos están en desacuerdo con esta afirmación. En cuanto al dominio que corresponde al apoyo del líder

inmediato en seguridad del paciente existe también un predominio de respuestas positivas, sin embargo, el ítem “mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si eso significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente” representa la menor cantidad de respuestas positivas reuniendo en esta categoría al 59,30% de los miembros del personal. Abordando el dominio “Apertura para la comunicación”, las preguntas más significativas en cuanto al porcentaje de respuestas negativas son “En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (redactado en negación)” y “Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice.” Constituyendo el 20,64% y el 15,99% respectivamente. Considerando el reporte de eventos de seguridad del paciente, ambos ítems tienen valores similares, con un porcentaje de respuestas positivas de 59,59% en la pregunta “Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿Con qué frecuencia se reporta?”, y 62,50% en “Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿Con qué frecuencia se reporta?”. Existe un comportamiento similar de los datos en la dimensión de comunicación sobre el error, área en la que sobresale el porcentaje de respuestas positivas en el ítem “Cuando se comenten errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir” con una cifra de 66,28%. En la dimensión de aprendizaje organizacional y mejora continua los porcentajes de respuestas positivas son levemente mayores, con el mayor número de estas en el ítem “Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente” donde esta cifra alcanza el 70.93%.

Por otro lado, la dimensión de cultura de seguridad del paciente que comprende el apoyo de la dirección del hospital en seguridad del paciente, las cifras no son homogéneas, ya que en los

ítems “Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal” y “La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente” los porcentajes de respuestas positivas son 89,83% y 85,76% respectivamente, mientras que en el ítem “La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso”, la proporción de respuestas positivas comprende 52,62% de los miembros del hospital.

Con respecto a el dominio “respuesta al error”, la mayoría de respuestas negativas giran en torno a las afirmaciones “En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra (redactado en negación)” y “En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente (redactado en negación)” representado el 39,24% y 30,23% de respuestas negativas respectivamente.

En la dimensión de “Transferencias e intercambio de información”, las respuestas negativas se distribuyen de una forma relativamente homogénea en todas sus preguntas, representando para cada una de ellas un porcentaje que oscila entre el 15,41% y el 22,67%, siendo este último valor, correspondiente a la pregunta: “Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente (redactado en negación)”.

Por último, en la dimensión correspondiente a la dotación y ritmo de trabajo, la pregunta más significativa es aquella que evidencia que el 47,38% de personas están de acuerdo con la afirmación: “El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente”, mientras que solamente el 19,19% de las mismas se encuentran en desacuerdo con este postulado. Además, esta pregunta representa el 36,55% de todas las respuestas negativas de esta dimensión.

En resumen, se puede considerar como fortalezas a las dimensiones de trabajo en equipo y apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente, mismas que evidencian niveles de cultura de seguridad del paciente de 77,46% y 77,33% respectivamente. En contraste, se categorizan como oportunidades de mejora a las dimensiones de respuesta al error y dotación de personal y ritmo de trabajo, donde los porcentajes de respuestas positivas arrojan cifras de 43,62% y 34,05% para cada uno.

Al momento de identificar las respuestas negativas, se realizó un diagrama de Pareto (gráfico 7), en el mismo se evidencia que el 51,59% de respuestas negativas corresponden a los dominios de dotación de personal y ritmo de trabajo, respuesta al error y transferencias e intercambio de información, que corresponden de la misma manera a las tres últimas categorías del gráfico 6, que considera las respuestas positivas. Sin embargo, las dos dimensiones siguientes representan a la apertura para la comunicación y el apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente, dominios que figuran también entre los primeros al momento de abordar el promedio de las respuestas positivas. Cabe recalcar que tomando en cuenta estas cinco dimensiones, se abarca el 70,41% de respuestas negativas de la encuesta realizada.

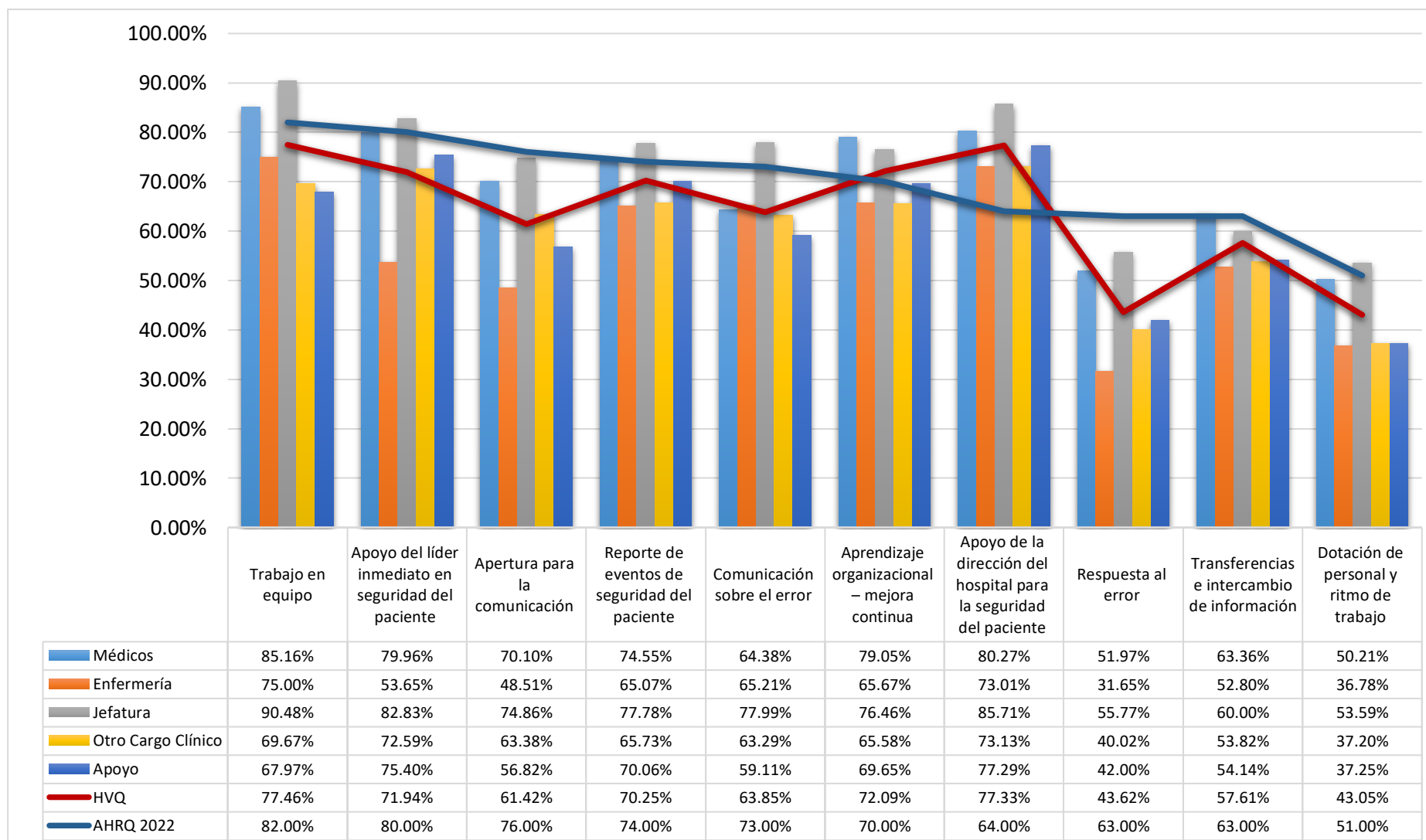


Gráfico 6: Distribución de frecuencias relativas de respuestas positivas de los dominios de cultura de seguridad del personal por cargo y en referencia con el promedio institucional y el referente internacional.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

Tabla 4: Frecuencias absolutas y relativas de respuestas positivas, negativas y neutras de cada una de las preguntas de la encuesta HSOPSC 2.0

Fuente: Hospital Vozandes Quito

Pregunta	No sabe/ No responde		Negativo	Neutral	Positivo
	N	%			
Trabajo en Equipo					
A1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente:	N 2	0,58	20	35	287
	%	0,58	5,81	10,17	83,43
A8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente:	N 5	1,45	35	47	257
	%	1,45	10,17	13,66	74,71
A9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad (redactado en negación):	N 26	7,56	36	51	231
	%	7,56	10,47	14,83	67,15
Apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente					
B1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente:	N 14	4,07	43	37	250
	%	4,07	12,50	10,76	72,67
B2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si eso significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente (redactado en negación):	N 20	5,81	68	52	204
	%	5,81	19,77	15,12	59,30
B3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente:	N 21	6,10	27	47	249
	%	6,10	7,85	13,66	72,38
Apertura para la comunicación					
C4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente:	N 19	5,52	30	64	231
	%	5,52	8,72	18,60	67,15
C5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice:	N 40	11,63	55	69	180
	%	11,63	15,99	20,06	52,33
C6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente:	N 26	7,56	38	74	206
	%	7,56	11,05	21,51	59,88
C7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien (redactado en negación):	N 24	6,98	71	87	162
	%	6,98	20,64	25,29	47,09
Reporte de eventos de seguridad del paciente					
D1. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿Con qué frecuencia se reporta?	N 43	12,50	40	56	205
	%	12,50	11,63	16,28	59,59

Pregunta	No sabe/ No responde		Negativo	Neutral	Positivo
	N	%			
D2. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así ¿Con qué frecuencia se reporta?	N 47	% 13,66	35 10,17	47 13,66	215 62,50
Comunicación sobre el error					
C1. Se nos informa sobre los errores que se comenten en esta unidad:	N 12	% 3,49	47 13,66	79 22,97	206 59,98
C2. Cuando se comenten errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir:	N 8	% 2,33	34 9,88	74 21,51	228 66,28
C3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos:	N 18	% 5,23	46 13,37	79 22,97	201 58,43
Aprendizaje organizacional – mejora continua					
A4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente:	N 8	% 2,33	40 11,63	52 15,12	244 70,93
A12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron:	N 21	% 6,10	42 12,21	60 17,44	221 64,24
A14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo (redactado en negación):	N 25	% 7,27	35 10,17	44 12,79	240 69,77
Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente					
F1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal:	N 3	% 0,87	9 2,62	23 6,69	309 89,83
F2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente:	N 5	% 1,45	11 3,20	33 9,59	295 85,76
F3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso (redactado en negación):	N 11	% 3,20	92 26,74	60 17,44	181 52,62
Respuesta al error					
A6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra (redactado en negación):	N 24	% 6,98	109 31,69	90 26,16	121 35,17
A7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema (redactado en negación):	N 24	% 6,97	135 39,24	66 19,18	119 34,59
A10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de	N 13	% 3,78	52 15,12	65 18,90	214 62,21

Pregunta		No sabe/ No responde	Negativo	Neutral	Positivo
buscar quién tiene la culpa:					
A13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente (redactado en negación):	N	34	104	98	108
	%	9,88	30,23	28,49	31,40
Transferencias e intercambio de información					
F4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante (redactado en negación):	N	59	68	54	163
	%	17,15	19,77	15,70	47,38
F5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente (redactado en negación):	N	55	78	53	158
	%	15,99	22,67	15,41	45,93
F6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente:	N	57	53	59	175
	%	16,57	15,41	17,15	50,87
Dotación de personal y ritmo de trabajo					
A2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo:	N	3	117	48	176
	%	0,87	34,01	13,95	51,16
A3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente (redactado en negación):	N	23	163	92	66
	%	6,69	47,38	26,74	19,19
A5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN (por razones necesarias) (redactado en negación):	N	42	70	79	153
	%	12,21	20,35	22,97	44,48
A11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente (redactado en negación):	N	22	96	67	159
	%	6,40	27,91	19,48	46,22

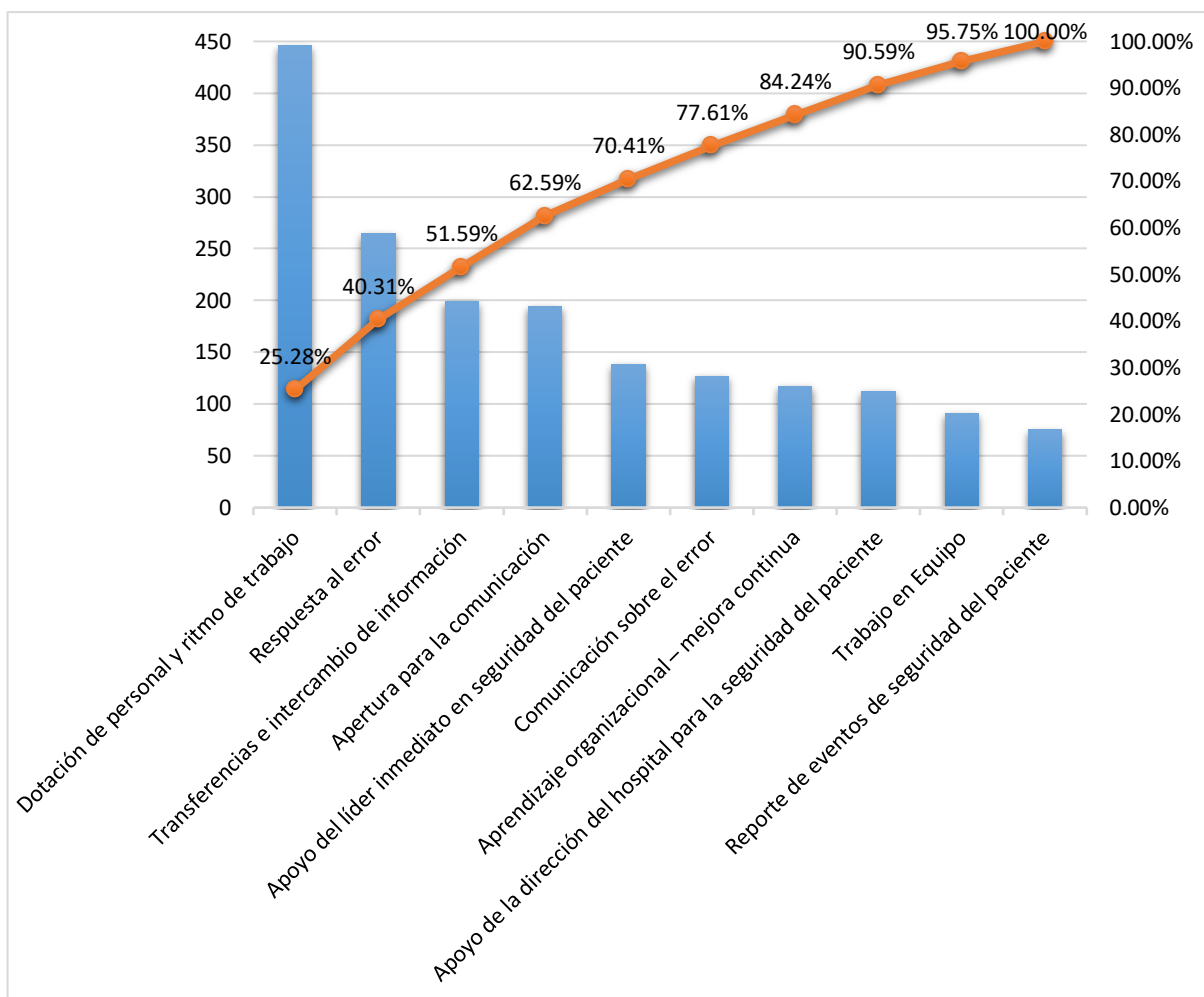


Gráfico 7: Diagrama de Pareto de las respuestas negativas correspondientes a cada uno de los dominios de cultura de seguridad del paciente.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

En cuanto a las dos últimas preguntas de la encuesta, el gráfico 8 evidencia la distribución porcentual de la frecuencia de reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente en el personal del hospital. En el mismo se observa que el 54,94% de miembros del personal no han reportado eventos de seguridad en el último año y del grupo de quienes sí lo han hecho, 29,65% ha reportado entre uno y dos eventos de seguridad en el último año.

Finalmente, en el gráfico 9 se evidencia la percepción del nivel seguridad del paciente según el criterio del personal, en el mismo, la mayoría califica a esta área de gestión en su unidad como muy buena o excelente, representado el 65,40% del personal que respondió a la encuesta.

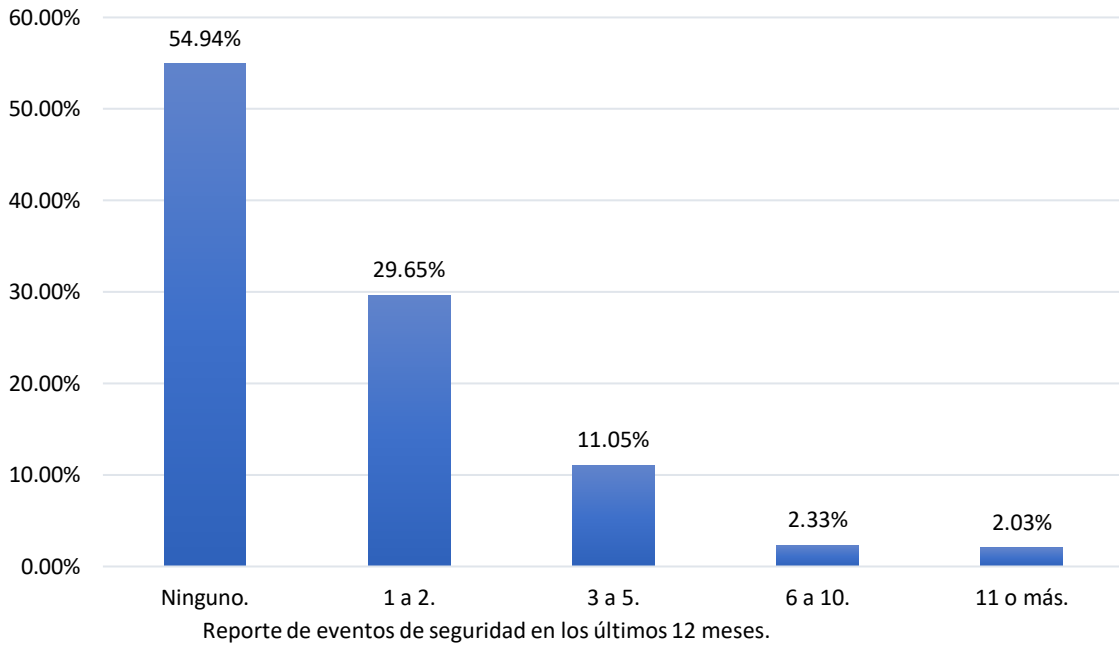


Gráfico 8: Distribución porcentual del personal del Hospital Vozandes Quito con respecto a la frecuencia de reporte de eventos adversos en el último año.

Fuente: Hospital Vozandes Quito.

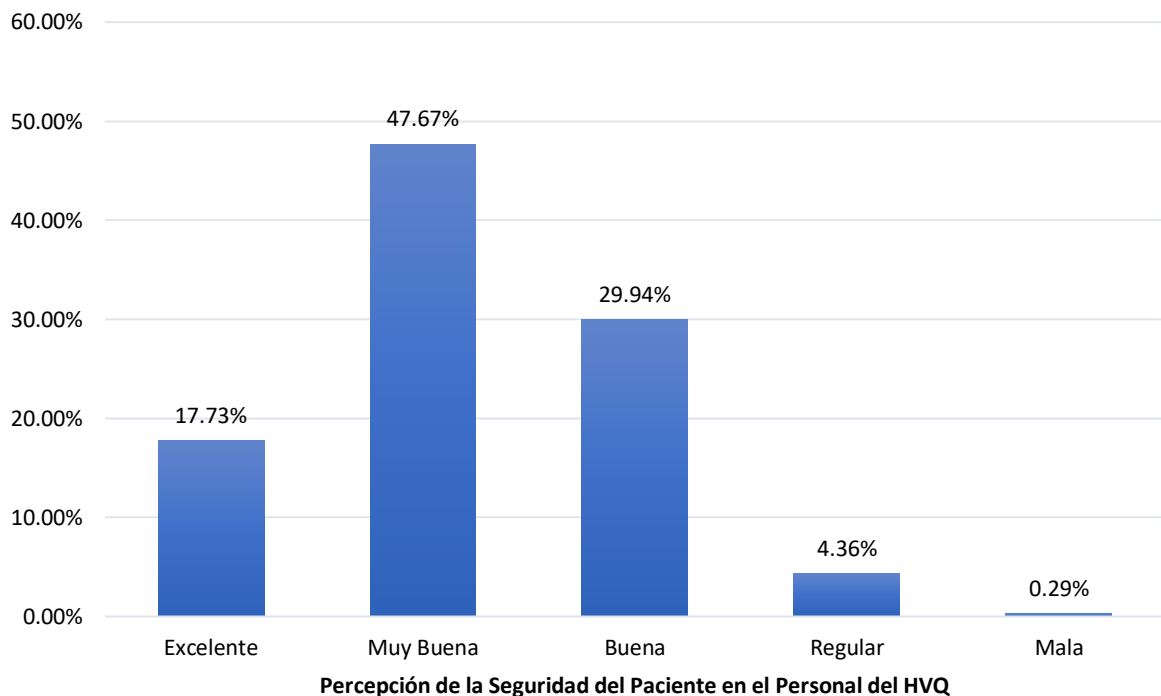


Gráfico 9: Distribución porcentual del personal del Hospital Vozandes Quito con respecto a su percepción de la seguridad del paciente en el hospital.

Fuente: Hospital Vozandes Quito

6.2 Análisis Bivariado

Para el análisis bivariado, se realizó la elaboración de tablas de contingencia con su posterior cálculo de Chi-cuadrado o Test exacto de Fisher en búsqueda de diferencias estadísticamente significativas con respecto a los dominios de cultura de seguridad del paciente y cada uno de los aspectos correspondientes los datos generales y sociodemográficos que se recolectan en la encuesta. Es importante recalcar que se excluyó de este análisis a las respuestas concordantes con la opción “No sabe/ No Aplica”. En la tabla 5 se reúnen los análisis que resultaron en diferencias estadísticamente significativas por cada dominio de la cultura de seguridad del paciente con respecto a las características de los individuos, mismas que corresponden al cargo del personal, tiempo de trabajo en el hospital, tiempo de trabajo en el área o unidad actual, horas semanales de trabajo, y contacto típico con pacientes durante las actividades diarias.

Con respecto al cargo del personal, se evidencian diferencias significativas en los dominios de la cultura de seguridad del paciente correspondientes a: trabajo en equipo, apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente, apertura para la comunicación, apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente, respuesta al error, y dotación de personal y ritmo de trabajo; adicionalmente, en la calificación de seguridad del paciente en el área de trabajo y el número de eventos reportados en los últimos doce meses. En estos dominios se encuentran porcentajes de respuestas positivas significativamente elevados en los cargos de liderazgo, colocando en segundo lugar al personal médico en todos los casos, excepto en el reporte de eventos relacionados con seguridad del paciente durante los últimos doce meses, acápite en el que el personal de apoyo ocupa el segundo lugar en frecuencia de respuestas positivas. Por el contrario, las respuestas negativas de estas ocho áreas de la cultura de seguridad del paciente son significativamente mayores para el cargo de enfermería en los dominios correspondientes a: apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente, apertura para la comunicación, y

dotación de personal y ritmo de trabajo; y adicionalmente en la calificación de seguridad del paciente en el área de trabajo. En estas dimensiones se encuentra en segundo lugar a los cargos de apoyo con excepción a la calificación de seguridad del paciente en el área de trabajo, donde el segundo lugar lo ocupan los cargos de dirección. Con respecto al trabajo en equipo y la respuesta al error, las respuestas negativas son significativamente mayores en los cargos de apoyo y en segundo lugar en la categoría “Otro cargo clínico”. Considerando la dimensión de apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente, el porcentaje de respuestas negativas es significativamente mayor en los cargos de liderazgo y en segundo lugar en los cargos de apoyo. Por último, el reporte de eventos de seguridad del paciente en los últimos doce meses exhibe una concentración de respuestas negativas significativamente mayor en la categoría de “Otro cargo clínico” y, en segundo lugar, en los médicos.

El segundo aspecto del personal en el que se encontraron resultados significativos corresponde al tiempo de trabajo en la institución. Con respecto a esto, las respuestas positivas son significativamente mayores en el personal que tiene menos de un año trabajando en el hospital y en segundo lugar quienes se encuentran vinculados con la organización entre uno a cinco años para las dimensiones de apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente, apertura para la comunicación, comunicación acerca del error, y respuesta al error. Por el contrario, en estas dimensiones las respuestas negativas tienen una proporción significativamente mayor en los miembros del personal que se encuentran en las categorías de seis a diez años y once años o más trabajando en el hospital. Lo antes mencionado es similar al tomar en cuenta el tiempo de trabajo en el área actual, aspecto en que las respuestas positivas son significativamente mayores en los grupos de menos de un año y de uno a cinco años para las dimensiones de comunicación acerca del error y apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente. Sin embargo, las respuestas negativas son significativamente mayores en el grupo de seis a diez años y, en

segundo lugar, en el grupo de más de once años en el área de trabajo para estas dimensiones. En cuanto al horario semanal de trabajo, se evidencia que en los dominios de trabajo en equipo, apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente, respuesta al error, transferencias e intercambio de información, dotación de personal y ritmo de trabajo; y adicionalmente en la calificación de seguridad del paciente en el área de trabajo, las respuestas positivas presentan una proporción significativamente mayor en los grupos que mantienen horarios de trabajo de menos de 30 horas por semana. Por el contrario, las respuestas negativas son significativamente mayores en el grupo de 30 a 40 horas semanales de trabajo para la dimensión de trabajo en equipo y en la calificación del nivel de seguridad del paciente en el área trabajo, mientras que en las demás dimensiones el grupo que predomina en respuestas negativas es el que mantiene un horario laboral que comprende más de 40 horas a la semana.

Finalmente, la ausencia de contacto directo con pacientes durante las actividades diarias fue un aspecto que presentó respuestas positivas significativamente mayores en la dimensión de respuesta al error. Cabe mencionar que las dimensiones de aprendizaje organizacional y mejora continua, así como informar de eventos relacionados a la seguridad del paciente no presentaron asociación significativa con ninguna de las características mencionadas.

Tabla 5: Tablas de contingencia con relación de variables entre los dominios de cultura de seguridad del paciente y los datos generales y sociodemográficos de los individuos incluidos en el estudio.

Trabajo en Equipo		Negativo	Neutral	Positivo	X ²	P
Cargo	Apoyo	N	9	14	49	24,5 0,002
		%	12,5%	19,4%	68,1%	
	Enfermería	N	2	19	57	
		%	2,6%	24,4%	73,1%	
	Médico	N	2	15	120	
		%	1,5%	10,9%	87,6%	
	Otro Cargo Clínico	N	2	8	33	
		%	4,7%	18,6%	76,7%	
	Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto	N	0	1	13	

	cargo	%	0,0%	7,1%	92,9%		
Horas de Trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	N	0	9	54	11,3	0,020
		%	0,0%	14,3%	85,7%		
	De 30 a 40 horas a la semana	N	9	17	122		
		%	6,1%	11,5%	82,4%		
	Más de 40 horas a la semana	N	6	31	96		
		%	4,5%	23,3%	72,2%		
Apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	5	12	51	42,5	<,001
		%	7,4%	17,6%	75,0%		
	Enfermería	N	18	24	36		
		%	23,1%	30,8%	46,2%		
	Médico	N	5	20	108		
		%	3,8%	15,0%	81,2%		
	Otro Cargo Clínico	N	1	10	32		
		%	2,3%	23,3%	74,4%		
	Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	0	1	11		
		%	0,0%	8,3%	91,7%		
Tiempo de trabajo en el hospital	Menos de 1 año	N	0	10	48	26,4	<,001
		%	0,0%	17,2%	82,8%		
	De 1 a 5 años	N	5	22	100		
		%	3,9%	17,3%	78,7%		
	De 6 a 10 años	N	7	16	33		
	%	12,5%	28,6%	58,9%			
	11 o más años	N	17	19	57		
		%	18,3%	20,4%	61,3%		
Tiempo de trabajo en el área actual	Menos de 1 año	N	1	14	62	14,9	0,021
		%	1,3%	18,2%	80,5%		
	De 1 a 5 años	N	9	27	94		
		%	6,9%	20,8%	72,3%		
	De 6 a 10 años	N	11	13	36		
	%	18,3%	21,7%	60,0%			
	11 o más años	N	8	13	46		
		%	11,9%	19,4%	68,7%		
Horas de Trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	N	2	5	54	14,8	0,004
		%	3,3%	8,2%	88,5%		
	De 30 a 40 horas a la semana	N	14	26	103		
		%	9,8%	18,2%	72,0%		
	Más de 40 horas a la semana	N	13	36	81		
		%	10,0%	27,7%	62,3%		
Apertura para la comunicación			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	7	23	41	18,2	0,020
		%	9,9%	32,4%	57,7%		
	Enfermería	N	9	25	44		
		%	11,5%	32,1%	56,4%		
	Médico	N	7	24	101		
		%	5,3%	18,2%	76,5%		
	Otro Cargo Clínico	N	1	11	31		
		%	2,3%	25,6%	72,1%		
	Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	0	1	12		
		%	0,0%	7,7%	92,3%		

Tiempo de trabajo en el hospital	Menos de 1 año	N	2	11	45	14,4	0,026
		%	3,4%	19,0%	77,6%		
	De 1 a 5 años	N	7	27	95		
		%	5,4%	20,9%	73,6%		
	De 6 a 10 años	N	3	21	33		
%		5,3%	36,8%	57,9%			
11 o más años	N	12	25	56			
	%	12,9%	26,9%	60,2%			
Comunicación acerca del error			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Tiempo de trabajo en el hospital	Menos de 1 año	N	1	6	50	22,8	<,001
		%	1,8%	10,5%	87,7%		
	De 1 a 5 años	N	14	31	85		
		%	10,8%	23,8%	65,4%		
	De 6 a 10 años	N	3	19	35		
%		5,3%	33,3%	61,4%			
11 o más años	N	17	25	54			
	%	17,7%	26,0%	56,3%			
Tiempo de trabajo en el área actual	Menos de 1 año	N	3	15	60	12,6	0,050
		%	3,8%	19,2%	76,9%		
	De 1 a 5 años	N	15	26	91		
		%	11,4%	19,7%	68,9%		
	De 6 a 10 años	N	8	17	36		
%		13,1%	27,9%	59,0%			
11 o más años	N	9	23	37			
	%	13,0%	33,3%	53,6%			
Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	2	13	57	17,3	0,027
		%	2,8%	18,1%	79,2%		
	Enfermería	N	1	22	55		
		%	1,3%	28,2%	70,5%		
	Médico	N	0	24	112		
%		0,00%	17,6%	82,4%			
Otro Cargo Clínico	N	0	13	30			
	%	0,0%	30,2%	69,8%			
Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	1	0	13			
	%	7,1%	0,0%	92,9%			
Respuesta al error			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	15	28	29	32,4	<,001
		%	20,8%	38,9%	40,3%		
	Enfermería	N	29	29	20		
		%	37,2%	37,2%	25,6%		
	Médico	N	15	46	70		
%		11,5%	35,1%	53,4%			
Otro Cargo Clínico	N	6	20	17			
	%	14,0%	46,5%	39,5%			
Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	1	3	10			
	%	7,1%	21,4%	71,4%			
Tiempo de trabajo en el hospital	Menos de 1 año	N	12	18	28	15,4	0,017
		%	20,7%	31,0%	48,3%		

	De 1 a 5 años	N	13	58	55		
		%	10,3%	46,0%	43,7%		
	De 6 a 10 años	N	18	17	23		
		%	31,0%	29,3%	39,7%		
	11 o más años	N	23	33	40		
		%	24,0%	34,4%	41,7%		
Horas de Trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	N	2	19	37	24,0	<,001
		%	3,4%	32,8%	63,8%		
	De 30 a 40 horas a la semana	N	26	55	67		
		%	17,6%	37,2%	45,3%		
	Más de 40 horas a la semana	N	38	52	42		
		%	28,8%	39,4%	31,8%		
Contacto típico con pacientes	No	N	5	18	33	8,18	0,016
		%	8,9%	32,1%	58,9%		
	Sí	N	61	108	113		
		%	21,6%	38,3%	40,1%		
Transferencias e intercambio de información			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Horas de Trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	N	1	19	35	24,2	<,001
		%	1,8%	34,5%	63,6%		
	De 30 a 40 horas a la semana	N	13	45	70		
		%	10,2%	35,2%	54,7%		
	Más de 40 horas a la semana	N	24	60	40		
		%	19,3%	48,34%	32,3%		
Presión y ritmo de trabajo			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	15	35	22	21,2	0,007
		%	20,8%	48,6%	30,6%		
	Enfermería	N	19	39	20		
		%	24,4%	50,0%	25,6%		
	Médico	N	12	60	64		
		%	8,8%	44,1%	47,1%		
	Otro Cargo Clínico	N	8	21	14		
		%	18,6%	48,8%	32,6%		
	Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	1	4	9		
		%	7,1%	28,6%	64,3%		
Horas de Trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	N	4	28	31	20,2	<,001
		%	6,3%	44,4%	49,2%		
	De 30 a 40 horas a la semana	N	16	74	58		
		%	10,8%	50,0%	39,2%		
	Más de 40 horas a la semana	N	35	57	40		
		%	26,5%	43,2%	30,3%		
Reporte de eventos de seguridad del paciente en el último año			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p
Cargo	Apoyo	N	56	12	4	15,7	0,047
		%	77,8%	16,7%	5,6%		
	Enfermería	N	64	12	2		
		%	82,1%	15,4%	2,6%		
	Médico	N	123	7	7		
		%	89,8%	5,1%	5,1%		
	Otro Cargo Clínico	N	39	3	1		
		%	90,7%	7,0%	2,3%		

		Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	9	4	1		
			%	64,3%	28,6%	7,1%		
Calificación de la seguridad del paciente en la unidad/área de trabajo			Negativo	Neutral	Positivo	X ²	p	
Cargo	Apoyo	N	5	23	44	31,8	<,001	
		%	6,9%	31,9%	61,1%			
	Enfermería	N	6	39	33			
		%	7,7%	50,0%	42,3%			
	Médico	N	3	27	107			
		%	2,2%	19,7%	78,1%			
	Otro Cargo Clínico	N	1	12	30			
	%	2,3%	27,9%	69,8%				
Horas de Trabajo a la semana	Supervisor, director, jefe clínico, directivo de alto cargo	N	1	2	11	14,6	0,006	
		%	7,1%	14,3%	78,6%			
	Menos de 30 horas a la semana	N	2	7	54			
		%	3,2%	11,1%	85,7%			
	De 30 a 40 horas a la semana	N	8	49	91			
		%	5,4%	33,1%	61,5%			
	Más de 40 horas a la semana	N	6	47	80			
	%	4,5%	35,3%	60,2%				

7. Análisis e interpretación de resultados

El presente estudio reporta el nivel de cultura de seguridad del paciente del Hospital Vozandes Quito en el año 2023 acorde al instrumento HSOPSC 2.0. Camacho-Rodríguez y cols.(3) publicaron una revisión sistemática con el objetivo de conocer el estado de la cultura de seguridad del paciente en los hospitales de la Latinoamérica mediante el uso de la herramienta HSOPSC. Incluyeron 30 estudios en el análisis y entre sus hallazgos reportan que la literatura científica al respecto de este tema se encuentra circunscrita a cinco países: Brasil, México, Colombia, Perú y Argentina. Adicionalmente, encontraron que todos los estudios utilizaron la versión 1.0 del instrumento HSOPSC, y ninguno la versión más reciente. Por otro lado, Alaska y Alkutbe (37) publicaron un estudio acerca de la cultura de seguridad del paciente medida en 2022 con la versión actual de instrumento HSOPSC en Arabia Saudita en el que se incluyeron 145,657 participantes. Además, Segura-García y cols.(4) realizaron un estudio descriptivo con esta versión de la encuesta en un hospital de tercer nivel en España incluyendo 350 miembros del personal de la organización. Paralelamente, en octubre 2022, la agencia AHRQ(38) publicó los resultados de la medición de cultura de seguridad del paciente con el instrumento actual (HSOPSC 2.0) en 400 hospitales norteamericanos, recolectando las respuestas de 206410 miembros de estas instituciones. Con lo antes expuesto, se incluirá en la discusión del estudio la evidencia disponible de la primera versión del instrumento que resulte comparable como el índice de respuesta y datos generales y sociodemográficos. En lo que respecta a los datos correspondientes a las dimensiones de cultura de seguridad del paciente y su nivel, se procederá al análisis de la evidencia que utilice la versión 2.0 de la encuesta HSOPSC.

7.1 Datos generales y sociodemográficos

El reporte anual de la agencia AHRQ(38) menciona un índice de respuesta promedio de 48%. Por otro lado, Pedroso y cols.(39) publicaron en el presente año un estudio multicéntrico de

corte transversal en Sudamérica haciendo uso de la versión 1.0 de la encuesta HSOPSC, en el mismo obtuvieron un índice de respuesta 30,1% (25 – 55%). Adicionalmente, Draganović y Offermanns(40) realizaron un estudio en Bosnia y Herzegovina midiendo la cultura de seguridad del paciente con la primera versión del instrumento en el que obtuvieron un índice de respuesta de 54%. En el Hospital Vozandes se obtuvo un índice de respuesta de 39,31%, valor que se encuentra en el rango mencionado por los estudios realizados en la región.

Con respecto al perfil de los individuos que respondieron a la encuesta, la agencia AHRQ(38) reporta un predominio en el grupo de las enfermeras, mismas que representan un 43% del total de respuestas, de ellas el subgrupo más abundante está representado por enfermeras registradas. De la misma manera Pedroso y cols.(39) reportan un predominio de las respuestas en el cargo de enfermería con un 37,2%, valor concordante con las cifras reportadas por Alaska y Alkutbe(37), quienes atribuyen el 46,2% de respuestas al cargo de enfermería. Por otra parte, Segura-García y cols.(4) evidenciaron en su estudio que el grupo más representativo corresponde a “Otro cargo clínico” con un 46,28% de la muestra. En el Hospital Vozandes Quito, el grupo de médicos fue dominante con 39,82% del total de respuestas y de ellos, los médicos tratantes representaron a la mayoría del grupo. En segundo lugar, el servicio de enfermería tiene una representatividad de respuesta del 22,67%.

Con respecto a las áreas del hospital a las que pertenecen las personas que respondieron la encuesta, en el Hospital Vozandes Quito, no cabe una comparación con la evidencia disponible debido a que muchos de los miembros del personal están asignados a más de un área del hospital o a más de un cargo, situación que dificulta el seleccionar una sola área del hospital. En cuanto a la permanencia de los miembros del personal en la institución, así como en el área actual de trabajo, en el Hospital Vozandes Quito el grupo que lleva entre uno a cinco años en

el Hospital es el más representativo constituyendo el 37,77% del total, y de la misma manera, el 38,37% del personal lleva entre uno y cinco años en su área de trabajo actual. La agencia AHRQ(38) muestra valores similares al reportar que el 36% de los individuos llevan entre uno y cinco años trabajando en sus instituciones y 41% de personas ocupan la misma categoría trabajando en su área actual de desempeño. Regionalmente, Pedroso y cols. (39) evidencian valores similares en su estudio con 30,4% del personal que reporta una permanencia en el hospital entre uno y cinco años y 35.5% se asigna a esta categoría en términos de su unidad de trabajo. Alaska y Alkutbe(37) mencionan a su vez que el 38,79% del personal de las instituciones de Arabia Saudita lleva entre uno y cinco años en el hospital, sin embargo, el 51,79% lleva este tiempo en su área actual de trabajo. Contrario a esto, los estudios publicados en países europeos evidencian una mayor permanencia del personal tanto en sus instituciones, como en sus áreas de trabajo. Draganović y Offermanns(40) reportan que 57,7% del personal tiene más de once años de permanencia en la institución, y de igual forma 42,8% del personal evidencia más de once años en su área de trabajo actual. Por su parte Segura-García y cols. (4) evidencian en su estudio que 60.0% del personal trabajan más de once años en el hospital y 41,14% se encuentran en la misma categoría con respecto al tiempo en su área de trabajo.

Abordando la cantidad de horas de trabajo a la semana, tanto la agencia AHRQ(38) como Segura-García y cols. (4) evidencian una clara dominancia del grupo de personal que trabaja entre 30 y 40 horas por semana con cifras de 60.0% y 53,42% respectivamente. En el Hospital Vozandes Quito la fracción de personal que trabaja entre 30 y 40 horas por semana es menor con un valor de 43,02%. Sin embargo, el menor valor registrado corresponde al estudio de Alaska y Alkutbe(37), en el que 11,33% del personal trabaja 30-40 horas semanales y la mayoría (81,23%) reporta superar este horario configurando el grupo de más de 40 horas de trabajo a la semana. De igual forma, Pedroso y cols. (39) reporta que el 65,6% del personal

trabaja más de 40 horas por semana.

Para finalizar, el 84% de los miembros del personal del Hospital Vozandes Quito afirma tener contacto directo con pacientes en sus actividades diarias, cifra muy cercana a la reportada por los demás autores(4,38,39).

7.2 Cultura de seguridad del paciente

7.2.1 Nivel de cultura de seguridad del paciente

En el presente estudio, el Hospital Vozandes Quito evidencia un nivel promedio de cultura de seguridad del paciente de 63,86%, con sus valores más elevados en los cargos de liderazgo y el cuerpo médico (73,55% y 69,90% respectivamente) y los más bajos atribuibles a los cargos de enfermería (56,74%). Por su parte Alaska y Alkutbe(37) reportan un valor promedio similar de 66,58% y la agencia AHRQ (38) reporta un nivel promedio de cultura de seguridad del paciente de 70%.

Existen estudios en el marco nacional y regional que miden el nivel de cultura de seguridad del paciente en sus instituciones hospitalarias con la versión 1.0 de la encuesta HSOPSC. Si bien existe discordancia entre las versiones del instrumento de medición, la agencia AHRQ ha estimado que en nueve de las diez medidas compuestas o dominios de la segunda versión de la encuesta pueden arrojar valores superiores en 2-18%, con excepción del apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente, donde los valores pueden ser 2% menores aplicando la versión actual (41). Teniendo esto en consideración, es importante mencionar que en la región Camacho-Rodríguez y cols.(3) realizaron una revisión sistemática acerca de la cultura de seguridad del paciente en América Latina y reporta un nivel promedio de cultura de seguridad

del paciente de 48,1%, valor que resulta 15.76% menor al evidenciado en el Hospital Vozandes Quito. Además, en el marco nacional, en el año 2019 se realizó un estudio de tesis con el objetivo de analizar la cultura de seguridad en una institución de salud de la ciudad de Quito (16). En este trabajo se midió la cultura de seguridad del paciente mediante la primera versión de la encuesta HSOPSC y se obtuvo un resultado global para la institución de 55,52%, este valor es 8,34% menor al obtenido en el Hospital Vozandes Quito con la versión actual. Cabe mencionar que ambos estudios citados evidencian valores que se encuentran dentro del rango esperable acorde a la evidencia disponible.

7.2.2 Fortalezas

Se puede considerar como fortalezas a las dimensiones de cultura de seguridad del paciente con valores de respuestas positivas superiores al 75%. En el Hospital Vozandes Quito se identificaron como fortalezas a los dominios de trabajo en equipo (77,46%) y el apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente (77,33%). El trabajo en equipo es una dimensión que se considera una fortaleza tanto en el Hospital Vozandes Quito como en las publicaciones disponibles (4,37,38). Sin embargo, la agencia AHRQ y Segura-García y cols. (4,38) reportan como fortalezas adicionales el apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente y la apertura para la comunicación. Estos últimos resaltan en el apoyo del líder inmediato en seguridad del paciente que los profesionales que se encuentran en cargos de liderazgo toman en cuenta la voz del colaborador y de la misma manera, toman acciones para resolver problemas de seguridad del paciente. Además, recalcan que un adecuado liderazgo y trabajo se relacionan con la notificación de eventos de seguridad del paciente y por ende, con un mejor nivel de cultura de seguridad del paciente(4,42). Entre el personal del Vozandes Quito se encontró que el apoyo del líder inmediato en materia de seguridad del paciente es una

dimensión que presenta diferencias significativas en sus resultados con respecto al tiempo trabajo en el hospital y en el área actual encontrándose resultados más altos en el grupo que lleva menos de un año en la institución o en su área de trabajo actual; las horas de trabajo a la semana concentran proporciones significativamente mayores de respuestas positivas en el grupo que lleva un horario de menos de 30 horas por semanas; y en cuanto al cargo, los médicos y en menor grado los cargos de apoyo y “otros cargos clínicos” presentan valores significativamente elevados de respuestas positivas, mientras que el servicio de enfermería presenta un valor significativamente elevado de respuestas negativas en esta área (23,1%). Por su parte Segura-García y Cols. (4) evidenciaron valores significativamente elevados de respuestas positivas en todos los cargos del hospital.

Por su parte Alaska y Alkutbe(37) evidencian en el escenario de Arabia Saudita al aprendizaje organizacional y mejora continua como fortaleza adicional, mientras que entre el personal del Hospital Vozandes Quito se observa un valor de 72,09%, que pese a ser elevado, no se considera una fortaleza propiamente. Adicionalmente, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas de esta dimensión con otros aspectos del personal.

El apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente es una fortaleza a destacar en el presente estudio ya que es una de las dimensiones más discutidas en la literatura científica(40,43,44), de hecho, constituye un pilar fundamental en el desarrollo de una cultura robusta de seguridad del paciente acorde al IHI, Organización que propone seis áreas de trabajo a los gerentes en el liderazgo de una cultura de seguridad: Establecer una visión convincente para la seguridad, Construir confianza, respeto e inclusión, Seleccionar desarrollar e involucrar a la junta directiva, Priorizar la seguridad en la selección y desarrollo de líderes, Liderar y recompensar una cultura justa, y establecer expectativas de comportamiento organizacional(9).

Acorde a estas áreas, se destacan en las estrategias para sostener los resultados el mantener un mensaje consistente desde el directorio ejecutivo de la importancia de la seguridad y el “daño cero”. Además, se recomienda practicar constantemente la transparencia y responsabilidad compartida entre el gerente y los cargos de liderazgo con respecto a visión mencionada y las mediciones relevantes, y el reporte(9). Segura-García y cols. (4) encontraron respuestas negativas significativamente altas en los médicos especialistas (16,92%), mientras que el valor de este acápite en el Hospital Vozandes es de 0,00% para el mismo cargo, que evidencia un 82,4% de respuestas positivas y las demás son neutrales. De la misma manera, resulta fundamental mantener un nexo estrecho entre la gerencia y los colaboradores, una de las estrategias para conseguir esto en materia de seguridad del paciente es la implementación de rondas de seguridad en las que los directivos del hospital acuden a las áreas del hospital en búsqueda de formas de mejorar la seguridad del paciente en el nivel operativo (4).

El trabajo en equipo fue una dimensión que resultó identificada como fortaleza de manera transversal al comparar este estudio con la evidencia científica disponible. Al respecto de esto, diferentes autores consideran esta dimensión como crítica en la seguridad del paciente de una institución, atribuyendo incluso a la calidad del trabajo en equipo como un determinante del desempeño de los profesionales de salud (3,4). Existen estudios que corroboran este enunciado al atribuir hasta el 68% de eventos adversos a las fallas del trabajo en equipo, motivo por el que se han propuesto a nivel internacional diversos programas y abordajes destinados a mejorar esta habilidad entre los miembros del equipo de salud(40). En el personal del Hospital Vozandes Quito se evidenció que las respuestas positivas son significativamente mayores en los cargos de liderazgo y médicos, además en el personal que trabaja menos de 30 horas semanales. Por otro lado, Segura-García y cols, (4) evidenciaron relación de este dominio con el área asistencial, donde las respuestas positivas tienen una proporción significativamente

mayor en hospitalización.

Un aspecto de la cultura de seguridad que demuestra resultados que se pueden interpretar como fortaleza es la percepción del personal con respecto a la calificación de la seguridad del paciente en su área o servicio. En el Hospital Vozandes Quito, el 65.4% del personal presenta resultados positivos para esta dimensión, cifra similar a la publicada por la agencia AHRQ que reporta un 67% (38) y menor en comparación con Segura-García y cols, (4) que reportan un 91,71% de respuestas positivas. Adicionalmente, en América Latina, Camacho-Rodríguez y cols. (3) publicaron un promedio de este valor para la región de 48,86%.

7.2.3 Oportunidades de mejora

Contrario a las fortalezas, las debilidades u oportunidades de mejora son representadas por las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que evidencian una proporción de respuestas positivas inferior al 50%. Entre el personal del Hospital Vozandes Quito, se identificó como oportunidades de mejora a la respuesta frente a los errores y la dotación de personal y ritmo de trabajo, dimensiones que evidencian cifras de respuestas positivas de 43,62% y 43,05%. Estas dimensiones coinciden con los valores más bajos reportados en la literatura disponible con la única diferencia de que no en todos se considera una oportunidad de mejora como tal ya que las cifras son ligeramente superiores al 50%, excepto en el contexto español y saudita donde los valores de dotación de personal y ritmo de trabajo son 39,07 y 46,86% respectivamente.

La dotación de personal y ritmo de trabajo constituye una debilidad generalizable en todo el panorama de la salud que se hace evidente al momento de medir la cultura de seguridad del paciente, este es un aspecto que tomó fuerza en diversos escenarios a partir de los efectos de

fatiga y burnout en el personal sanitario que surgieron o se agravaron a raíz de la pandemia de COVID-19 y el día de hoy son sujeto de muchos modelos de mejora continua de la calidad en salud (3,37–39). Frente a esto existen varias recomendaciones, entre ellas el revisar la dotación de personal asignado a cada área y la búsqueda de factores que afecten negativamente la percepción del personal con respecto al ritmo de trabajo(4), un ejemplo de esto podría ser el enfoque a la mejora continua de los procesos para evitar los desperdicios que resultan en la sobrecarga de trabajo al personal.

Otra oportunidad de mejora que se discute con mucha amplitud es la respuesta al error, dimensión relacionada con la denominada “Cultura punitiva”(40). En este acápite existen varias posibles explicaciones acerca del deterioro a la seguridad del paciente que representa una cultura organizacional en la que se castiga a los profesionales sanitarios por cometer errores, condición inherente a los seres humanos (3,9). En el presente estudio se determinó que el dominio de respuesta frente a los errores es uno de los más asociados a las características del personal, situación que se abordará con más detalle en la sección siguiente.

Pese a no considerarse oportunidades de mejora como tal, en el presente estudio se realizó un diagrama de Pareto para identificar la mayor concentración de respuestas negativas en el personal del Hospital Vozandes Quito y de esta manera dirigir esfuerzos a la búsqueda de oportunidades de mejora. Tras realizar este análisis se evidenció que el 51,59% de respuestas negativas corresponden a los dominios de dotación de personal y ritmo de trabajo, respuesta al error y transferencias e intercambio de información. Este resultado es concordante con el presentado por Segura-García y cols. (4) en el que las respuestas negativas de estas tres dimensiones representan el 48,95% del total. Al respecto de esto, se considera que las transferencias e intercambio de información tienden a constituir un proceso que se puede

mejorar en términos de organización y tiempo asignado para el mismo, siendo la comunicación efectiva un eje fundamental en esta oportunidad de mejora(4).

Finalmente, el reporte de eventos de seguridad del paciente en el personal del Hospital Vozandes Quito evidenció un 84,59% de respuestas negativas, implicando que esta fracción del personal ha reportado menos de dos eventos en el último año. Esta cifra es mayor que los datos publicados en Arabia Saudita que evidencia un valor de 73.37% y por la agencia AHRQ cuya proporción de respuestas negativas es de 82% (37,38). En el presente estudio se evidenció que, con respecto al reporte de eventos relacionados con seguridad del paciente las respuestas negativas son significativamente mayores en el cargo correspondiente a los médicos y “otros cargos clínicos”.

7.2.5 Limitaciones

No existieron limitaciones mayores en la realización del estudio, sin embargo, es importante mencionar que en el Hospital Vozandes Quito el personal sanitario comparte sus obligaciones en diferentes áreas o cargos, situación que dificultó su registro en el instrumento HSOPSC 2.0 y su posterior análisis. Adicionalmente, los cargos específicos que se mencionan en la encuesta difieren de los perfiles que se manejan en el entorno local, situación que puede generar confusión para el usuario al momento de responder.

8. Conclusiones

El presente es un estudio que analiza la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Vozandes Quito recabando información de un aspecto fundamental de la seguridad del paciente y del camino de las organizaciones de salud hacia la alta confiabilidad. En primer lugar, se determinó un nivel de cultura de seguridad del paciente para la institución de 63,86%, cifra concordante con los rangos evidenciados en la literatura científica disponible. De la misma manera se observó en cuanto a sus características que las dimensiones consideradas como fortalezas y debilidades en el personal de la institución, lo son también con respecto a referentes internacionales, destacando en el presente estudio como fortaleza el apoyo de la dirección del hospital en seguridad del paciente. Adicionalmente, se encontraron aspectos del personal que se asocian significativamente con los resultados de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, estos son: Cargo del personal, tiempo de trabajo en el hospital y área actual, horas de trabajo a la semana, y en menor grado el contacto directo con los pacientes. Cabe mencionar que el aprendizaje organizacional y mejora continua, e informar eventos de seguridad del paciente, son dimensiones que no presentaron diferencias estadísticamente significativas con otros factores. Con estas conclusiones se obtienen indicios valiosos con base científica en la propuesta de planes de mejora de la cultura de seguridad del paciente en la institución.

9. Recomendaciones

Las recomendaciones que surgen en el presente estudio se pueden categorizar en tres grupos importantes que responden a los objetivos de investigación:

- En primer lugar, tras determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente y conocer su relación con datos de diferentes entornos. Se recomienda continuar de manera sistemática la medición de este indicador en el personal del Hospital Vozandes Quito para conocer y comprender las variaciones en sus resultados y de esta manera, tomar acciones en pro de la mejora continua.
- Con respecto a las características de los dominios de la cultura de seguridad del paciente así como sus factores condicionantes se puede tomar en cuenta tres posibles escenarios con sus respectivas recomendaciones. En las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente catalogadas como fortalezas que son el trabajo en equipo y el apoyo de la dirección del hospital en materia de la seguridad del paciente se recomienda realizar un plan de sostenibilidad documentando y promoviendo las conductas y condiciones que permiten estos resultados. En las dimensiones que resultaron en valores intermedios entre fortalezas y debilidades se recomienda el empoderamiento y fortalecimiento de capacidades a representantes del personal para la adopción de una figura de campeones en cada uno de estos dominios y que de esta manera puedan expandir las fortalezas en cada una de sus áreas. En las dimensiones que se catalogan como oportunidades de mejora y que corresponden a la dotación de personal y ritmo de trabajo, así como respuesta frente a los errores se recomienda en primer lugar un estudio de las causas subyacentes de estos resultados, mismo que puede estar guiado con los aspectos que se relacionan significativamente con estas dimensiones. El evidenciarse diferencias estadísticamente significativas en los cargos para estas dimensiones se sugiere en tercer lugar un abordaje de expansión de las fortalezas desde los cargos con resultados más positivos que corresponden a los líderes del hospital de

distintos niveles. En este marco se recomienda el empoderamiento y fortalecimiento de capacidades referentes a la respuesta al error y a la dotación de personal y ritmo de trabajo en este grupo para su posterior socialización con el personal de la institución. En referencia puntual a la dotación de personal y ritmo de trabajo se recomienda la realización de un análisis comparativo del personal del hospital con respecto a estándares internacionales para guiar la toma de decisiones, además, la revisión de las condiciones de trabajo con un enfoque a procesos para evitar desperdicios o actividades redundantes que resulten en una sobrecarga de trabajo al personal disponible. La respuesta al error se relaciona directamente con la cultura punitiva, en este sentido se recomienda la realización de una mesa de trabajo involucrando a la gerencia del hospital, cargos de liderazgo, la unidad de seguridad del paciente, y representantes de los cargos que evidencian respuestas positivas significativamente mayores en esta dimensión para la determinación de la o las causas subyacentes de estos resultados y la propuesta de planes de mejora.

- Por último, se promueve la generación de evidencia científica en el entorno nacional y regional al respecto de este tema que resulta en un pilar fundamental para el desarrollo de servicios sanitarios altamente confiables. Para conseguir esto, se promueve un mayor involucramiento de la academia del sector sanitario en temas de calidad asistencial y seguridad del paciente.

10. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. who.int. 2020 [cited 2023 Jan 31]. Servicios sanitarios de calidad. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. World Health Organization & WHO Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009 [Internet]. 2010. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
3. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14380.
4. Segura-García MT, Castro Vida MÁ, García-Martin M, Álvarez-Ossorio-García de Soria R, Cortés-Rodríguez AE, López-Rodríguez MM. Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Jan 28;20(3):1–17. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/2329>
5. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care] [Internet]. Ginebra; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
6. Salvon-Harman J. ihi.org. 2023 [cited 2023 Apr 6]. “If it’s not safe, it’s not care”: Notes from the 2023 Global Ministerial Summit on Patient Safety. Available from: <https://www.ihi.org/communities/blogs/if-its-not-safe-its-not-care-notes-from-the-2023-global-ministerial-summit-on-patient-safety>
7. Padgett J, Gossett K, Mayer R, Chien WW, Turner F. Improving patient safety through high reliability organizations. *Qualitative Report*. 2017;22(2):410–25.

8. Padgett JD. Patient Safety Culture and High Reliability Organizations [Internet]. ProQuest Dissertations and Theses. Walden University; 2014. Available from: http://simsrad.net.ocs.mq.edu.au/login?url=https://search.proquest.com/docview/1557705479?accountid=12219%0Ahttps://multisearch.mq.edu.au/openurl/MQ/MQ_SERVICES_PAGE?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26
9. American College of Healthcare Executives and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston, MA: American College of Healthcare Executives and Institute for Healthcare Improvement; 2017.
10. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open Qual.* 2022;11(3).
11. Sorra J, Yount N, Famolaro T, Gray L. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 19-0076; 2019. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
12. Pronovost P. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2005 Aug 1;14(4):231–3. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2005.015180>
13. CHASSIN MR, LOEB JM. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *Milbank Q* [Internet]. 2013 Sep 13;91(3):459–90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12023>
14. Calvache JA, Benavides E, Echeverry S, Agredo F, Stolker RJ, Klimek M. Psychometric properties of the Latin American Spanish version of the hospital survey on patient safety culture questionnaire in the surgical setting. *J Patient Saf.* 2021;17(8):E1806–13.
15. Benavides Hernández E, Echeverri Uribe JS, Agredo Villaquirán FE, Calvache JA,

- Klimek M, Jan Stolker R. Conceptos claves en seguridad perioperatoria: Una revisión. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca* [Internet]. 2015;17(2):23–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5817024>
16. Chávez Enríquez GV, Cabezas Pérez SP, Borja MJ. Análisis de la cultura de seguridad en el personal y búsqueda de causa raíz de eventos mayores de inseguridad para implementar mejoras en la atención de pacientes del Hospital AXXIS en el periodo marzo - junio 2019 [Internet] [specializationThesis]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019 [cited 2023 Sep 15]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/18208>
 17. Gavilanes L MJ, Aucatoma K, Moreno Piedrahita F, Rivas A. La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. *Mediciencias UTA* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Sep 15];5(3):2. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1189/1068>
 18. Agency for Healthcare Research and Quality. SOPS Databases [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/databases/index.html>
 19. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 1991 Feb 7;324(6):370–6. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199102073240604>
 20. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. National Academies Press. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
 21. Schuster MA, McGlynn EA, Pham CBP, Spar MDS, Brook RH. *Crossing the Quality Chasm* [Internet]. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st*

- Century. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001. 231–233 p. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/10027>
22. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Across the Chasm: Six Aims for Changing the Health Care System [Internet]. [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/AcrossTheChasmSixAimsforChangingTheHealthCareSystem.aspx>
 23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS: prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. 2009. Available from: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME GLOBAL IBEAS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf)
 24. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual [Internet]. 1ra ed. Dirección Nacional de Normatización. Quito: Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP; 2016. Available from: <http://salud.gob.ec>
 25. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario [Internet]. [cited 2023 Jun 12]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-calidad-seguridad-del-paciente-y-control-sanitario/>
 26. Martin L a, Neumann CW, Mountford J, Bisognano M, Nolan TW. Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year [Internet]. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009. 1–31 p. Available from: www.IHI.org
 27. Weick KE. Drop Your Tools: An Allegory for Organizational Studies. *Adm Sci Q* [Internet]. 1996 Jun;41(2):301. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2393722?origin=crossref>
 28. Roberts KH. Some Characteristics of One Type of High Reliability Organization.

- Organization Science [Internet]. 1990 May;1(2):160–76. Available from: <https://pubsonline.informs.org/doi/10.1287/orsc.1.2.160>
29. Hartmann CW, Meterko M, Zhao S, Palmer JA, Berlowitz D. Validation of a Novel Safety Climate Instrument in VHA Nursing Homes. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2013 Aug 11;70(4):400–17. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558712474349>
 30. Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected*. 2da ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
 31. Dupree E, Baker DW. Building the road to high reliability. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2016;42(9):387–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42079-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42079-9)
 32. Brittain AC, Carrington JM. Organizational health and patient safety: A systematic review. *J Hosp Manag Health Policy*. 2021;5(March):0–2.
 33. Sheps SB, Cardiff K. Patient safety: a wake-up call. *Clinical Governance: An International Journal* [Internet]. 2011 Apr 26;16(2):148–58. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14777271111124509/full/html>
 34. Mourtzoglou A. Factors impeding nurses from reporting adverse events. *J Nurs Manag* [Internet]. 2010 Feb 5;18(5):542–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x>
 35. Agency for Healthcare Research and Quality. SOPS Hospital Survey Items and Composite Measures Language [Internet]. 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
 36. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento Sustitutivo del Reglamento para la Aprobación y Seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la salud (CEAS). Ecuador; Aug 2, 2022.

37. Alaska YA, Alkutbe RB. What Do We Know About Patient Safety Culture in Saudi Arabia? A Descriptive Study. *J Patient Saf* [Internet]. 2023 Sep 26; Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000001165>
38. Hare R, Tapia A, Tyler ER, Fan L, Ji S, Yount ND, et al. Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2022 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSP233201500026I/HHSP23337004T) [Internet]. Rockville, MD; 2022 Oct. Available from: www.ahrq.gov
39. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisedos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual*. 2023 Oct 1;12(4).
40. Draganović Š, Offermanns G. Overview of Patient Safety Culture in Bosnia and Herzegovina With Improvement Recommendations for Hospitals. *J Patient Saf* [Internet]. 2022 Dec;18(8):760–9. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000990>
41. Sorra J, Famolaro T, Yount N. Transitioning to the SOPS™ Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What To Expect, Part I: Main Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSP233201500026I/HHSP23337004T) [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD; 2019. Available from: www.ahrq.gov
42. Kakemam E, Hajizadeh A, Azarmi M, Zahedi H, Gholizadeh M, Roh YS. Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *J Nurs Manag*. 2021 Jul 8;29(5):1189–98.
43. Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. *Saf Sci*. 2000 Feb;34(1–3):177–92.

44. Zaheer S, Ginsburg L, Chuang YT, Grace SL. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals. *Health Care Manage Rev.* 2015 Jan;40(1):13–23.

11. Anexos

Carta de exención CEISH



CEISH - HGSF

Anexo 13. Formato de Carta de exención

Quito, 9 de agosto de 2023
Señor Doctor
Francisco Cueva
Investigador Principal
Universidad Internacional del Ecuador
Presente

De mi consideración,

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General San Francisco (CEISH-HGSF), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado “ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL VOZANDES QUITO EN EL AÑO 2023”, codificado como **CEISH-HGSF 2023 - 026** notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: observacional de corte transversal
- Duración del estudio: 2 meses
- Instituciones participantes: Hospital Vozandes Quito
- Investigadores del estudio: Francisco Guillermo Cueva Navarrete
Kathy Alexandra Bustamante Paredes

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Anexo 1b Solicitud de exención	1	30 de junio de 2023
Anexo 2 protocolo de investigación	17	28 de junio de 2023
Carta de interés institucional	1	30 de junio de 2023

Esta carta de exención tiene una vigencia de un año, contado desde la fecha de recepción de esta documentación. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH-HGSF. Cualquier modificación a la documentación antes descrita, deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación.

Atentamente,

Doctor Ronnal Vargas
Presidente CEISH-HGSF
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO
Teléfono: 3952000 Ext 4118
Correo electrónico: ceish.hgsf@iess.gob.ec

*Adaptado del CEISH codificado DIS-CEISH-USFQ-17-004