

## CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTUDIANTES DE FATESA

### PATIENT SAFETY CULTURE IN THE STUDENTS FROM THE SCHOOL OF HEALTH TECHNOLOGY

Dra. Miday Columbiè Pileta,<sup>\*</sup> Dr. Eloy Morasen Robles,<sup>\*\*</sup> Dra. Yunaisy Moya Bisset<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Especialista en Bioestadística, MCs, Profesora Asistente. FATESA. Cuba. Teléfono: +53 53012828. e-mail: [miday@infomed.sld.cu](mailto:miday@infomed.sld.cu)

<sup>\*\*</sup>Especialista de segundo grado en Cirugía General, MCs, Profesor Auxiliar. Hospital Enrique Cabrera. Cuba. e-mail: [walter@infomed.sld.cu](mailto:walter@infomed.sld.cu)

<sup>\*\*\*</sup>Especialista en MGI, Especialista en Bioquímica, Profesora Asistente. FATESA. Cuba. e-mail: [yunaisy74@infomed.sld.cu](mailto:yunaisy74@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** La seguridad del paciente es uno de los problemas que más afectan al mundo de hoy en cuanto a la atención sanitaria se refiere. La seguridad del paciente es un aspecto prioritario para el mejoramiento de la atención y disminución de las consecuencias del error médico, para lograr un cambio en este sentido es necesaria la educación de los profesionales de salud desde el pregrado. **Objetivo:** conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en estudiantes de la Facultad de Tecnología de la Salud en La Habana. **Método:** se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de estudiantes de primero y quinto año. **Resultados:** Las dimensiones que más variabilidad presentaron fueron en ambos años: Incompetencia profesional como causa de error y Horas de trabajo como causa de error. En el grupo de primer año existen Nociones de cultura en seguridad del paciente, con un promedio 16.57 respuestas positivas, mientras que el grupo que está en el último año de la carrera, Sí tiene cultura en seguridad del paciente (17.41). Su promedio está bien cerca del límite inferior de esta categoría, pero dentro de ella definitivamente. **Conclusión:** en el grupo de primer año existían Nociones en cultura de seguridad del paciente y en el grupo de último año, Sí existía cultura de la seguridad del paciente.

**Palabras claves:** Cultura de la seguridad del paciente, seguridad del paciente.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays the safety patient is one of the problems that most affects the world in relation to sanitary assistant. To change this reality it is necessary to introduce this topic in health professional from undergraduate education. **Objective:** to know the safety patient cultural level in the students from the School of Health technology in Havana city. **Results:** The most variability dimensions are professional incompetence and work hours caused by error. In the first year group

*exist culture notions (16.57 average of positive answers), while the last year group has knowledge on safety patient culture (17.41). **Conclusion:** in the first year group only exist notions of culture and in fifth year there is safety patient culture.*

**Keywords:** *patient safety culture, safety patient.*

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es uno de los problemas que más afectan al mundo de hoy en cuanto a la atención sanitaria se refiere. Uno de los principales pilares para su solución está, en las medidas para crear o ganar en cultura de la seguridad del paciente.

La preocupación por la seguridad de los pacientes es universal y está promovida por la OMS desde 2004, a través de La Alianza para la Seguridad Clínica del Paciente. Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se comenten errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente. El interés actual es encontrar la forma de minimizarlos.<sup>1</sup>

La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Mientras que la Health and Safety Commission of Great Britain define la cultura de seguridad del paciente como "El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente".<sup>2</sup>

Ortiz y colaboradores coinciden en que la cultura de la seguridad en una institución se define por las creencias, valores y actitudes de todo el personal con relación a la ocurrencia, manejo y análisis de los errores que se producen durante la atención.<sup>3</sup> Una adecuada comunicación del error ayuda a prevenir su recurrencia, genera personal con menos estrés y fortalece la confianza del paciente y su familia hacia el equipo sanitario. Esto a su vez mejora la calidad de atención médica y reduce los grandes costos atribuidos a los errores.<sup>4</sup>

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, busca la causa raíz, modifica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos.<sup>2</sup>

Cada organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención. Para incorporar una cultura positiva de seguridad se necesita unir una gama amplia de conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista.<sup>2</sup>

Para lograr un cambio eficaz en las organizaciones de salud en cuanto a la cultura de la seguridad, es necesaria la educación de los profesionales de salud en todas sus etapas de formación, es decir de manera temprana durante el pregrado, y posteriormente reforzando el aprendizaje durante la educación de posgrado (residencias médicas) y el desarrollo profesional continuo.<sup>5</sup>

Como se ha podido apreciar, es un imperativo estudiar la cultura de seguridad del paciente en las instituciones. Por la ausencia de estudios previos en el territorio, relacionados con el tema, es que surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en estudiantes de la Facultad de Tecnología de la Salud?

#### Objetivo General

Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en estudiantes de la Facultad de Tecnología de la Salud. La Habana. 2015

#### Objetivos específicos

1. Identificar las dimensiones que más promedian en favor o en contra de la existencia de cultura en seguridad del paciente.
2. Determinar la presencia o ausencia de cultura en seguridad del paciente.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en estudiantes de la Facultad de Tecnología de la Salud (FATESA), en enero de 2015, en La Habana.

El universo de estudio estuvo formado por los estudiantes de FATESA de primer y quinto año de las licenciaturas (porque no hay nadie en los años intermedios debido a que no había matrícula desde hace 5 años) y primer año del técnico superior.

Como existen tres grades grupos (técnico superior, licenciaturas de primero y quinto) que suman 32, se escogieron por criterio, dos de cada uno. Así quedó constituida la muestra por 2 grupos de licenciatura de primero (Bioanálisis clínico y Rehabilitación en salud), 2 de quinto de igual constitución y 2 de técnico superior de primer año que fueron: Podología y Terapia Física-Rehabilitación.

Se cumplió con el consentimiento informado del vicedecano de la institución y el consentimiento escrito en cada uno de los cuestionarios a entregar, que se encabezaba con dicho consentimiento. Se operacionalizaron las variables a utilizar para dar salida a los objetivos planteados.

Para esta investigación se trabajó con las dimensiones e ítems del cuestionario de actitudes hacia la seguridad del paciente, utilizado por Lamponi y colaboradores en su artículo Seguridad del paciente y educación médica: adaptación transcultural de un cuestionario para la evaluación de la percepción de seguridad del paciente en estudiantes de medicina. Consta de 26 ítems y 9 dimensiones.<sup>4</sup>

Se realizó una amplia revisión de la literatura existente y se decidió trabajar con los ítems y dimensiones propuestas por Lamponi<sup>4</sup>, como ya se explicó.

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se calculó la media para las variables cuantitativas y para la suma del valor de los ítems de cada dimensión.

Para el resultado final del nivel de cultura existente, se construyó una escala como sigue: Son 26 preguntas en el cuestionario, dividido entre las tres categorías del nivel de cultura (No cultura, Nociones de Cultura y Sí cultura). Así se obtiene 8.6 y se establece: que cuando la media de preguntas respondidas correctamente oscila entre 0-8.6 se considera que No existe cultura; entre 8.7-17.2 se considera que existen Nociones de cultura; entre 17.3-26 se considera que Sí existe cultura de la seguridad del paciente.

Se analizaron los resultados y apenas se pudo comparar por la ausencia de estudios similares a nivel internacional y nacional. Como dice Lamponi<sup>4</sup>, existen pocos instrumentos validados para este fin en estudiantes de los diferentes currilum de las ciencias médicas. Se arribaron a conclusiones que dieron salida a los objetivos planteados.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se observa la tabla 1 con las dimensiones exploradas y su comportamiento promedio por año de la carrera. Como se puede apreciar no hay muchas diferencias entre dichos años. En el primer año la dimensión que más habla en favor de la existencia de cultura en seguridad del paciente están: entrenamiento recibido en seguridad del paciente, incompetencia profesional como causa de error e importancia de la seguridad del paciente en el curriculum (17.74, 16.59 y 16.31 como promedio de puntuación total por dimensión respectivamente); mientras que en quinto año predominaron las dimensiones: incompetencia profesional como causa de error, entrenamiento recibido en seguridad del paciente y confianza en el reporte del error (17.66, 17.44 y 15.91 respectivamente). En ambos años la dimensión que menos promedió fue el compromiso del paciente en la reducción del error con 10.94 en 5to año y 10.19 en primer año. Las dimensiones que más variabilidad presentaron fueron en ambos años: Incompetencia profesional como causa de error y Horas de trabajo como causa de error.

Tabla 1. Promedio de la suma total de cada dimensión por años.

Dimensión	Media 1ero	Desv. típ.	Media 5to	Desv. típ.
Entrenamiento recibido en seguridad del paciente	17,74	3,004	17,44	3,627
Confianza en el reporte del error	15,70	3,699	15,91	3,649
Horas de trabajo como causa de error	14,39	4,684	15,13	5,078
Inevitabilidad del error	14,15	2,844	14,56	3,680
Incompetencia profesional como causa de error	16,59	4,796	17,66	5,960
Responsabilidad en la comunicación	13,96	3,981	14,06	4,310
Funcionamiento del equipo	11,59	2,624	12,28	2,218
Compromiso del paciente en la reducción del error	10,19	3,053	10,94	2,735
Importancia de la seguridad del paciente en el curriculum	16,31	2,417	15,88	2,562

Los ítems que más hablan a favor de la tenencia de cultura en seguridad del paciente en ambos años son: “Aprender sobre seguridad del paciente antes de graduarme me permitirá convertirme en un tecnólogo más efectivo” con 6.67 y 6.50 en primero y quinto año respectivamente; “Incluso los tecnólogos más experimentados y competentes cometen errores” con 6.30 en primero y 6.53 en 5to año; así como “Enseñar a los estudiantes sobre seguridad del paciente debería ser una prioridad en el entrenamiento médico de pregrado” con 6.15 y 6.31 en primero y quinto año respectivamente.

Se puede decir que los ítems explorados tuvieron mayor variabilidad en su gran mayoría, entre los estudiantes de quinto año que entre los de primero. Los ítems que más variabilidad tuvieron en cada año fueron: en primero, No es necesario reportar errores que no resulten en eventos adversos para el paciente, Los tecnólogos tienen la responsabilidad de comunicar el error al paciente sólo si el mismo resultó en daño para ese paciente, El error humano es inevitable, en ese

orden. Este último fue el que más variabilidad presentó entre los estudiantes del último año, seguido de Turnos de trabajo más cortos reducirán los errores en la atención de salud y La mayoría de los errores en medicina derivan de tecnólogos descuidados.

En el grupo de primer año existen Nociones de cultura en seguridad del paciente, con un promedio 16.57 respuestas positivas, mientras que el grupo que está en el último año de la carrera, Sí tiene cultura en seguridad del paciente (17.41). Su promedio está bien cerca del límite inferior de esta categoría, pero dentro de ella definitivamente. (Ver tabla 2) La variabilidad en las respuestas fue similar en cada año, marcándose un ligero incremento en los estudiantes de primero, que por falta de cultura suficiente en seguridad del paciente, responden de forma variada a las preguntas planteadas.

Tabla 2. Nivel de cultura en seguridad del paciente por años según promedio de respuestas positivas.

Estadísticos	Promedio de respuestas positivas en primer año	Promedio de respuestas positivas en quinto año
Media	16,57	17,41
Error típ. de la media	,458	,568
Desv. típ.	3,368	3,211

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En primer año hay muchas mujeres porque los varones se encuentran en el servicio militar activo y en quinto predominan los varones porque fue un grupo saliente del servicio militar que se reincorporó a sus estudios.

Las dimensiones que más variabilidad presentaron fueron en ambos años (Incompetencia profesional como causa de error y Horas de trabajo como causa de error) pueden ser las dimensiones más polémicas en el medio donde se desenvuelven los estudiantes, y por ende pueden ser motivo de análisis más profundos en el futuro.

Los ítems explorados que tuvieron mayor variabilidad en su gran mayoría, entre los estudiantes de quinto año que entre los de primero, puede deberse a que en la medida que van ganando en conocimientos sobre su carrera, ganan también en lo que significa la misma dentro del ámbito de la salud pública.

El segundo de mayor variabilidad entre los de primero y el tercer ítem entre los de quinto, con mayor variabilidad, están dentro de las preguntas que Lamponi y colaboradores encontraron con estas características. La autora coincide con Lamponi<sup>4</sup>, pues esta variabilidad habla de falta de cultura en la seguridad del paciente, en el medio donde se devuelven los estudiantes, desde las aulas en su momento más teórico, hasta las áreas de trabajo en los momentos de práctica asistencial.

Con el paso de los años y el vínculo en la asistencia sanitaria, se ganó un poco en cultura de seguridad del paciente, pero sin dudas, esto no es realmente suficiente para establecer una gran diferencia entre los resultados obtenidos en el año inicial de la carrera y el último.

Estos resultados derivan de la falta de contenidos en seguridad del paciente, en los programas de estudios de todas las carreras aquí analizadas.<sup>6-9</sup> Teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es una de las dimensiones de la calidad de la atención sanitaria, en ninguno de estos planes referidos hace alusión de la misma.

En lo que más se acerca es en las habilidades “Aplicar las tecnologías convencionales y de avanzada para el análisis del proceso salud-enfermedad y la conservación y procesamiento de órganos y tejidos para el trasplante en situaciones reales y modeladas, con un alto sentido de la responsabilidad y la ética, mostrándose solidario con el individuo y su familia” y “Evaluar la calidad de los procesos tecnológicos ejecutados en los laboratorios biomédicos, para la mejora continua del diagnóstico de las enfermedades humanas con justeza y responsabilidad”<sup>6</sup> del programa de la carrera de Licenciatura en Bioanálisis Clínico.

El otro acercamiento es en el programa de la carrera de Licenciatura en Rehabilitación de la Salud. Dentro de las habilidades a ganar está “Evaluar la calidad de los procedimientos de rehabilitación ejecutados en las instituciones y la comunidad para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.”<sup>7</sup>



En el programa de los técnicos superiores correspondientes a las especialidades Podología y Terapia Física y Rehabilitación no se hace referencia a la calidad de la atención y mucho menos a la seguridad del paciente como una de sus dimensiones.<sup>8-9</sup>

## CONCLUSIONES

- En el grupo objeto de estudio predominaron los estudiantes del sexo femenino en primer año y los del sexo masculino en quinto año de las tecnologías de la salud, con una diferencia de 5 años entre las medias de edad de cada grupo.
- Ambos años coincidieron que la incompetencia profesional es una causa de error, siendo además, las dimensiones que más variabilidad ofrecieron en cuanto a las respuestas de los ítems que contenía.
- En el grupo de primer año existían Nociones en cultura de seguridad del paciente y en el grupo de último año, Sí existía cultura de la seguridad del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa Ramirez LC, Cárdenas Clavijo E, García Castillo LP, More Paz L, Muñoz Ortega ML. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología (1): 19-28, 2008. Online. Fecha de acceso 23 de marzo de 2015. Disponible en URL: <file:///C:/Users/miday/AppData/Local/Temp/140-229-1-SM-1.pdf>
2. Pérez-Castro y Vázquez JA, Burgos-Martínez LA, Jaramillo-Esparza CM, Pastrana-Gómez AA, Delgado-Bernal M, Olvera-Martínez LD, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. Rev CONAMED 2014;19(2):52-58. Online. Fecha de acceso 16 de marzo de 2015. Disponible en URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000600011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112012000600011&script=sci_arttext)
3. Ortiz Z, Esandi ME, Giorgetti O, García Dieguez, M. La cultura de la seguridad. Estudio realizado en un hospital de Bahía Blanca. Revista ITAES 2007, vol 9 (1): 18-25.

4. Lamponi TL, Gazzoni C, Gallardo MF, Cragno A, García Dieguez M, Ocampo A. Seguridad del paciente y educación médica: adaptación transcultural de un cuestionario para la evaluación de la percepción de seguridad del paciente en estudiantes de medicina. Revista Argentina de Educación Médica Vol 6 - Nº 2 - Julio 2014: 45-52. Online. Fecha de acceso 16 de marzo de 2015. Disponible en URL: [http://www.raemonline.com.ar/pdf\\_pub/n6\\_14/45-51-EM2-2-Lamponi.pdf](http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/n6_14/45-51-EM2-2-Lamponi.pdf)
5. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, De Oliveira Sousa SL, Fonseca YA, De Souza Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):18-25. Online. Fecha de acceso 16 de marzo de 2015. Disponible en URL: <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis%20cultura%20SP%20%28articulo%29.pdf>
6. Currículo de la carrera de licenciatura en bioanálisis clínico. Ministerio de salud pública. Viceministerio de docencia e investigaciones. Universidad de ciencias médicas de la habana. Ciudad de la habana 2010.
7. Currículo de la carrera de licenciatura en rehabilitación de la salud. Ministerio de salud pública. Viceministerio de docencia e investigaciones. Universidad de ciencias médicas de la habana. Ciudad de la habana 2010.
8. Plan de estudio para aplicar a los alumnos procedentes del Sistema Nacional de Educación que ingresen en los centros docentes del Ministerio de Salud Pública, a partir del curso escolar 2012-2013. Tecnologías de la Salud. Terapia Física y Rehabilitación.
9. Plan de estudio para aplicar a los alumnos procedentes del Sistema Nacional de Educación que ingresen en los centros docentes del Ministerio de Salud Pública, a partir del curso escolar 2012-2013. Tecnologías de la Salud. Podología.