



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**



**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
DESDE LA PERSPECTIVA DEL
INTERACCIONISMO SIMBÓLICO EN UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO**

Autor:
Lic. Enf. Adriana Aulet

Tutor:
Dra. Zoraida Fort

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017



AGRADECIMIENTOS



En primer lugar quiero agradecer a quien me acompañó en este proceso de aprendizaje, apoyándome incondicionalmente hasta el final, la Dra. Zoraida Fort, quien con su paciencia y humildad hizo posible este logro.

A mis hijos, por la confianza y el amor inmensurable, sintiendo una vez más el desafío de no claudicar.

A mis grandes amigos y sostén de vida, Álvaro y Doris, a quienes no me alcanzara la misma para transmitirles lo importante que fue y es el apoyo en las pequeñas y grandes cosas de la vida, marcando una imprescindible presencia.

A mi querido hospital universitario, su gente toda, y especialmente a la División de Enfermería y todo el conjunto de colegas, por todo el apoyo recibido y porque siempre me abrieron las puertas para emprender cualquier desafío.

A todos aquellos que confiaron en mí.

Y por último, y no por esto, menos importante, a una personita muy especial, que con su amor inocente y maravilloso, ha sido fuente de energía positiva, contención, y me transmite la importancia de seguir luchando: Gracias MATEO.



ÍNDICE



1. Introducción.....	pág. 6
2. Antecedentes.....	pág. 8
3. Fundamentación	pág. 12
4. Objetivos	pág. 13
5. Marco Teórico.....	pág. 14
6. Diseño Metodológico	pág. 32
7. Marco Contextual.....	pág. 38
8. Resultados.....	pág. 41
9. Discusión.....	pág. 57
10. Conclusiones.....	pág. 61
11. Referencias.....	pág. 64
12. Anexo 1.....	pág. 69

LISTA DE ABREVIATURAS

Dirección General de Salud (DIGESA)

Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA)

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Dirección General de la Salud (DIGESA)

Organización Mundial de la Salud (O.M.S).

Organización Panamericana de la Salud (O.P.S).

Guías de práctica clínica (GPC)

Eventos adversos EAs

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue conocer el significado que le atribuyen los gestores médicos y enfermeras, a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

Fue desarrollado en el Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela en el período 2015-2016, centrado en las percepciones y dificultades, vivenciadas ante el establecimiento de la cultura de la seguridad en la atención del paciente.

Se tiene en cuenta el enfoque de los sistemas de seguridad, reconociendo que las causas de un incidente de seguridad con el paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado, de ahí que el proceso de Gestión juega un rol fundamental.

La metodología utilizada fue la narrativa, con el sostén teórico del interaccionismo simbólico.

Se entrevistó en profundidad, a referentes de enfermería y médicos, obteniendo datos que fueron clasificados en categorías y subcategorías. De esta forma se devela la percepción que, 7 licenciadas en enfermería y 3 médicos gestores, tienen con respecto a la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.

Del análisis de la información se construyeron las siguientes categorías relacionadas con: el enfoque en la seguridad en el equipo de salud y desarrollo de estrategias en la gestión. Se logra identificar la importancia de fortalecer la cultura de la seguridad a fin de lograr servicios más seguros, con atención de calidad.

Comprender los procesos por los cuales los sucesos y acciones tienen lugar es una forma de aportar a las organizaciones para aprender lecciones que puedan minimizar las fallas en el sistema de Salud.

Palabras claves: Cultura de la seguridad, Mejora de la Calidad, Investigación Cualitativa

SUMMARY

The objective of this work was to know the meaning attributed by medical managers and nurses, to the culture of patient safety in the hospital setting.

It was carried out in the Clinical Hospital, Dr. Manuel Quintela in the period 2015-2016 on culture of patient safety.

The safety systems approach recognizes that the causes of a patient safety incident can not simply be linked to the individual actions of the health personnel involved, hence the Management process plays a fundamental role.

The methodology used was the narrative, with the theoretical support of symbolic interactionism. From the analysis of the information the following categories related to approach in the safety in the equipment of health and development of strategies in the management were constructed. It is possible to identify the importance of strengthening the culture of security in order to achieve safer services with quality care.

Nurses and physicians were interviewed, obtaining data classified in categories and subcategories. Where the perception is revealed that, 7 licensed in nursing and 3 medical managers, have with respect to the safety culture in the hospital setting.

Understanding the processes by which events and actions take place is a way to bring organizations to learn lessons that can minimize failures in the health system.

Keywords: Culture of safety-Quality improvement -Qualitative research

1. INTRODUCCIÓN

Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado.⁴

El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando.⁵

Es decir que la calidad y seguridad que brindan los prestadores de salud tienen relación directa con la cultura de seguridad, incidiendo en la conducta de los profesionales y trabajadores en todos sus niveles.

Esta cultura de seguridad surge como un elemento cualificado y trascendental a la hora de implementar sólidos sistemas de seguridad.

Dada las dificultades manifestadas por profesionales durante las prácticas con estudiantes de Licenciatura de enfermería nos lleva a seleccionar esta temática, entendiendo que los resultados obtenidos pueden tomarse como insumos, en el ámbito de la prevención de la seguridad del paciente. Permitirá colaborar con el cambio de la situación del colectivo de los trabajadores de la salud y en especial de los Gestores, tanto de enfermería como médico y el posicionamiento como profesionales.

Revelar las expectativas y el sentir de los gestores de enfermería y médicos relacionadas con la cultura y manejo de la seguridad, develar y comprender los procesos por los cuales los sucesos y acciones tienen lugar dentro del ámbito hospitalario, permitirá obtener insumos que ayuden a las organizaciones a aprender lecciones que puedan minimizar las fallas en el sistema de Salud.

2. ANTECEDENTES.

En Uruguay en octubre de 2006 se crea por ordenanza ministerial en el ámbito de la Dirección General de Salud (DIGESA), la Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente a la que se le otorgó la responsabilidad de diseñar y crear políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina.

En el marco de la actual reforma Sanitaria, desde el año 2008 se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país.

Todas las Instituciones prestadoras de asistencia integral deberán entonces mantener un Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo prácticas seguras y gestionando los riesgos asistenciales para disminuir aquellos que son evitables.

La Comisión Nacional Asesora inició sus tareas sensibilizando y capacitando al equipo de salud y colaborando para la consolidación de las mencionadas COSEPA.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través de la Dirección General de la Salud (DIGESA), se encuentra desarrollando un programa que busca fortalecer la seguridad en la atención sanitaria, que contiene un aspecto medular referido a la seguridad del paciente que consiste en implementar prácticas consideradas como “seguras” y basadas en la

evidencia científica, con el propósito de disminuir la posibilidad del daño asistencial, incluyendo la participación activa de los usuarios en su propia seguridad.

LA O.M.S. en octubre de 2004 crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que formula cada dos años un Desafío o Reto Global de Seguridad del Paciente para todos los estados miembros

Se han trabajado a nivel nacional sobre retos globales tales como: una atención limpia una atención segura, cirugía segura salva vidas, comunicación durante el traspaso de pacientes utilizando herramienta SBAR.

El Primer desafío o reto, consistió en el programa “Cuidado limpio es cuidado seguro” orientado especialmente al control de las infecciones hospitalarias mediante el incremento de la higiene de las manos, salva vidas: Lávate las Manos

Nuestro país fue el país de América con mayor número de hospitales adheridos a la iniciativa, en concordancia con el compromiso firmado en noviembre de 2007, conocido como “Declaración de compromiso de lucha contra las infecciones de origen hospitalario”.

El Segundo reto global, fue el de “la cirugía segura salva vidas”. En 2007 más de cien expertos independientes en cirugía, anestesiología, enfermería y otras disciplinas se reunieron para establecer una estrategia fácil de aplicar y sencilla

De esa forma definieron diez objetivos esenciales que deben ser cumplidos siempre por cada equipo quirúrgico en la asistencia, y que si bien habitualmente se tienen en cuenta, sistematizaron su control a través de un Listado de Verificación o “Checklist”, para ser usado por el equipo de salud.

Ese listado promueve pequeñas medidas de control sistemático, antes, durante y después de la realización del acto quirúrgico mediante la comprobación de que se realizaron una serie de pasos o se ejecutaron determinadas medidas, similar a lo que hacen los pilotos de aviones antes de decolar.

A fines del año 2010, el Grupo Técnico de Seguridad del Paciente de la Dirección General de la Salud del M.S.P., seleccionó y convocó a 10 instituciones asistenciales del país, 5 de Montevideo y 5 del Interior, 5 de ellas públicas y 5 privadas. En esa reunión se ofreció participar en una experiencia piloto en nuestro país, auspiciada por la O.P.S., para representar a América del Sur, en un Tratado de Cooperación Conjunta con Costa Rica, como representante de Centro América, a fin de poner en práctica, en forma sistematizada y auditada, la lista de verificación recomendada en el 2º reto global de la OMS: “la cirugía segura salva vidas”.

Durante los meses de noviembre a febrero, los representantes de las 10 Instituciones y los directores de este programa del M.S.P. trabajaron en la implementación de la referida lista de “chequeo”, del manual correspondiente y de los mecanismos de puesta en acción, control y retroalimentación de esta experiencia piloto.

Es en ese contexto se firmó el Acuerdo de partes entre la DIGESA y autoridades de las instituciones participantes del proyecto piloto: MUCAM, CASMU, CCOU, COMECA, SMQS Y ASSE (Hospital Pereira Rossell, Hospital Maciel, Hospital Regional de Salto), Hospital Central de las FFAA y Hospital Policial, al tiempo que se ratificará el Convenio de Cooperación Técnica para el Fortalecimiento de Capacidades en la Implementación de Prácticas Seguras en la Red de Servicios de Salud.

La Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente está trabajando en la implementación de la sistematización de la información durante el traspaso de pacientes con el objetivo de disminuir los riesgos asistenciales.

Una nueva Iniciativa: Maternidad Segura Montevideo, Uruguay, 26 de abril de 2011.- Con el lema “Maternidad Segura: para cumplir la promesa” Milenio (ODM) 5: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Se realizó el lanzamiento de la Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario. Según Briozzo, L (2014) “El error en la práctica asistencial es inherente a la misma, y eso es lo primero que tenemos que reflexionar cuando hablamos de seguridad del paciente, es imposible que no haya errores; lo que sí está claro, es que los mismos se pueden minimizar si hay una estrategia adecuada y sistémica. Y eso es la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, que implica un cambio cultural, por el cual cuando hay situaciones problemáticas, lo primero es ponerlas arriba de la mesa, analizarlas, hacer las recomendaciones, llevarlas adelante, y controlar que esos cambios que se hacen se mantengan. Esto con un sólo objetivo, que cuando haya problemas, la confianza le gane a la desconfianza; la confianza le gane a la judicialización, que es uno de los problemas graves que tiene la salud a nivel mundial” (...), por los altos costos que implica para los sistemas de salud.

Se hizo un llamado a los movimientos de usuarios, para que se involucren en la temática; y afirmó que la Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario, brindará “insumos extraordinarios”, sin perder de vista que “cada vez está más claro, que

disruptivo es inseguro”. Indicó que la encuesta, permitirá “saber cómo estamos y cambiar la situación”, también para que “el disruptivo pueda mejorar y transformarse.”

Por último, señaló que “en nuestra función de rectoría como Ministerio, la seguridad del paciente es clave” (...) y tenemos plena confianza en mejorar muchísimo en calidad de atención y seguridad del paciente; gran apuesta que este gobierno tiene en cuanto al desarrollo de la salud”.

La falta de personal, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de descanso, la poca formación y la ignorancia sobre los procedimientos son los factores que más inducen a errores con pacientes, según estudios realizados por la Universidad Católica, en nuestro país.

3. FUNDAMENTACIÓN

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

La política de seguridad debe poder establecer en forma clara sus propósitos:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente, justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

La cultura de un equipo o de una organización está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos arraigados, que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto. Es una muy poderosa fuerza, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada al personal.

Esta investigación, busca comprender y revelar las expectativas y el sentir de los gestores médicos y enfermeras sobre los factores que derivan de la cultura de seguridad y como interaccionan esos factores individuales con los aspectos colectivos o dependientes de la organización laboral.

Buscando dilucidar respuestas para los cuestionamientos hechos anteriormente y considerando lo expuesto se busca responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son la percepciones y vivencias que las licenciadas en enfermería y los médicos que realizan la gestión a nivel táctico (grados 5, supervisores y jefes de áreas), perciben en relación a la cultura de seguridad dentro del Hospital Universitario? Cuáles son sus expectativas en los Servicios que gestionan?

4. OBJETIVOS GENERALES:

- Develar la percepción que, las licenciadas en enfermería y los médicos gestores, tienen con respecto a la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.
- Revelar las expectativas sobre la cultura de seguridad en sus servicios.

5. MARCO TEÓRICO

Seguridad del paciente

La Seguridad del Paciente se define como: la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida. Es consecuencia de la interacción entre el sistema sanitario y sus profesionales con el paciente.

Ninguna intervención en salud o enfermedad es inocua, y en consecuencia, los grados de calidad dependen del equilibrio que tienen en cada circunstancia.

Evento adverso: Suceso no deseado e imprevisto que tiene consecuencias negativas, perdurables o no, para el paciente, como consecuencia de la atención sanitaria. Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables.

Evento centinela: acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte

En 2004, la Organización Mundial de Salud (OMS) creó el proyecto de Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo fundamental es prevenir daños a los pacientes. Uno de los elementos centrales de la alianza mundial de la OMS es la acción conocida como “Desafío Global”.¹

Seguridad Incluye, entre otras, actuaciones sobre el entorno, los equipos, los medicamentos, prevención y control de infecciones, aplicación de procedimientos, prácticas clínicas seguras y mejoras en la comunicación en sus diferentes niveles.

Los episodios que se analizan dentro del campo de la Seguridad del Paciente se denominan efectos adversos. Se definen como “todo accidente o incidente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado a la asistencia”.

De acuerdo con el mandato de la OMS, en diciembre de 2003 el experto francés Dr. Philippe Michel.² finalizó un examen a gran escala de la bibliografía sobre los métodos disponibles para evaluar el daño al paciente. En su informe, el autor hace referencia a 262 publicaciones científicas, subdivididas según se refirieran a métodos basados en la notificación, datos recolectados rutinariamente y existentes o estudios especiales basados en métodos epidemiológicos.

Los artículos fueron seleccionados por eficiencia, confiabilidad de los datos, idoneidad para estudios más pequeños o a mayor escala, costos económicos, eficacia para influir en las políticas, eficacia para influir en los procedimientos de seguridad y los resultados en el plano local y de los hospitales, y posible sinergia con otros campos. Además de publicaciones basadas en el análisis de registros médicos, el autor analizó estudios basados en entrevistas, exámenes clínicos y cuestionarios, en especial en los países en desarrollo y con economías en transición.

El SBAR (Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación).³ es una técnica que proporciona un marco para la comunicación entre los miembros del equipo de salud acerca de la condición de un paciente. Es una herramienta fácil de recordar, concreta, útil para cualquier comunicación, especialmente en circunstancias críticas, y cuando se requiere de la intervención inmediata del médico. Permite de una forma sencilla y sistematizada recabar una serie de informaciones necesarias para comunicar adecuadamente una situación, definirla y tomar las decisiones que correspondan. S - Situation: Situación ¿Que está sucediendo?

B - Background: Antecedentes ¿Cuáles son las circunstancias que condujeron a esta situación?

A - Assessment: Evaluación ¿Que pienso de este problema?

R - Recommendation: Recomendación ¿Que debería hacer para corregir el problema?

“Soluciones para la seguridad del paciente” elaborado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, las recomendaciones se han agrupado en seis grupos:

1. identificación de pacientes
2. control de infecciones
3. órdenes verbales
4. administración de medicación
5. prevención de caídas y lesiones
6. transferencia-comunicación durante el traspaso de pacientes

Por este motivo, en 2006 la Comisión Mixta JCAHO promueve la adopción de medidas orientadas a reforzar la eficacia de la comunicación entre profesionales.

Posteriormente (2008), crea un objetivo específico en que recomienda la aplicación de un sistema estandarizado para la transferencia de pacientes adaptado a cada contexto y organización, que incluya la oportunidad de preguntar y responder a las cuestiones que surjan.

Los siete pasos para la seguridad del paciente

Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad. Crear una cultura que sea abierta y justa.

Paso 2: Liderar y apoyar a su personal. Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización.

Paso 3: Integrar su actividad en gestión del riesgo. Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.

Paso 4: Promover la notificación. Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.

Paso 5: Involucrar y comunicar a pacientes y público. Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.

Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad. Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto, de conocer cómo y por qué suceden incidentes.

Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño. Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

El estudio ENEAS 2005. 4. puso de manifiesto, entre otras conclusiones, cómo el grado de vulnerabilidad de los pacientes era un factor decisivo en la aparición de eventos adversos (EAs) ligados a la asistencia sanitaria, de tal forma que conforme aumentaba el número de factores de riesgo se incrementaba el riesgo de EA.

Investigación basada en evidencias y Aplicación de guías

Por otra parte, las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas.⁵

Las GPC ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica (PC). El propósito de hacer recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa y ser aplicables. En la actualidad

todas las PC que se relacionan directamente con la seguridad del paciente, independientemente del proceso patológico que padezca

A partir de la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en el año 2004 se promueve la Investigación en Seguridad del Paciente, partiendo de la premisa que a mayor conocimiento, se obtiene una atención más segura.

La cultura de seguridad

La cultura de seguridad es un término que se usa para describir la forma en que se gestiona la seguridad en el lugar de trabajo, refleja las actitudes, percepciones y valores que los integrantes de una Organización comparten en relación con la seguridad”

El término «cultura de la seguridad» se utilizó (1988) por primera vez en la investigación de seguridad nuclear llevada a cabo luego del accidente ocurrido en Chernóbil. 7.

Se entiende por cultura de seguridad en una organización, la suma de valores, actitudes, percepciones, y patrones de conducta que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización.

Una cultura de seguridad positiva se basa en la comunicación, en la confianza, y en eficacia de las acciones preventivas Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias son:

- La reducción y gravedad de incidentes de SP, a través del aumento de notificación
- La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.

- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo es un paso necesario e importante en la mejora de dicha seguridad. 8.

Cultura de seguridad surge de la práctica diaria. Implica el conocimiento y actividades que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente, implica además la capacidad de reconocer los errores, tomar conciencia de que éstos deben ser reportados para su análisis y corregirlo.¹ Abarca patrones de comportamiento en el rendimiento de la seguridad, tanto para los empleados como para los pacientes.

Una cultura de la seguridad puede considerarse la representación de la comprensión de los trabajadores de los peligros presentes en su lugar de trabajo. Las normas y los roles que rigen el trabajo seguro se encuentran en el centro de la cultura de la seguridad (Kagan, 2013).⁸.

A nivel mundial se recomienda abordar el problema de la seguridad mediante: el desarrollo de una cultura de la seguridad, establecer sistemas de información para fortalecer el aprendizaje en la toma de decisiones con la participación de los pacientes y su familia.

Según la OMS en el documento “calidad de la atención seguridad del paciente”, 7 mayo 2015 plantea “La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo... ”

Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria, por lo tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema, (OMS 2015)

Actúa como una guía de comportamiento, la seguridad no sólo se observa en el estado general de las instalaciones y los equipos, sino en los comportamientos de los integrantes del equipo hacia la seguridad.

De acuerdo con OMS. 2015, los elementos que integran la cultura de seguridad son:

Información y comunicación en todos los niveles de la estructura organizacional

Confianza entre todos los actores

Organización flexible y trabajo en equipo

Aprendizaje y educación en servicio, corregir siempre con fines educativos y no punitivos.

Estos elementos deben de articularse entre sí en todos los niveles de la organización

La Organización Panamericana la Salud (OPS), plantea que las políticas de salud deben apuntar a una cultura del reconocimiento del error y, aprender de estos, con fácil acceso a la información con el fin de prevenir errores y minimizar el impacto de los mismos.

En Uruguay; se crea un Marco normativo: Ordenanza Ministerial N° 660 (octubre 2006):”. Recomienda la creación de una “Comisión Asesora en Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en la Atención Sanitaria” dependiente de la DIGESA.

Firma de adhesión a la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (setiembre 2007): reunión de Ministros de Salud de 9 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay) firman su adhesión. 1er Reto “Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro” Promoción de la “Higiene de Manos”

Ordenanza Ministerial N° 481 (agosto 2008): – Creación de los Comités de Seguridad de los Pacientes (COSEPA) en todos los prestadores públicos y privados.

Se jerarquiza la Seguridad en la Atención Sanitaria como componente esencial en el S.N.I.S.

En nuestro país se estableció una estrategia de Seguridad del Paciente, que tiene los siguientes Objetivos:

- Disminuir los riesgos de generar daño vinculable a la asistencia sanitaria y como consecuencia, disminuir la frecuencia de los EA, detectar y mitigar el daño cuando se produce.
- Prácticas seguras
- Cultura de seguridad institucional y comportamiento profesional seguro.

Esta estrategia se institucionaliza a través del Fortalecimiento de los COSEPAs., con difusión y sensibilización de los trabajadores sanitarios y usuarios del sistema.

Consolidación de alianzas: (FNR, UDELAR, Academia Nacional de Medicina, INACAL, Colegio Médico, OPS, Sociedades Científicas, Sindicatos).⁸

Es necesaria la investigación de cada uno de los aspectos que abarca la percepción de la cultura de seguridad y la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la seguridad del paciente y específicamente en el reporte oportuno de eventos adversos.

A pesar de la magnitud de la seguridad del paciente, en la revisión bibliográfica se ha encontrado pocas investigaciones relacionadas con el tema

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad surge como la posibilidad de evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo.

“Tener una cultura que respalde y promueva los esfuerzos de seguridad se considera, en la atención médica y en otras industrias, un elemento clave para mejorar la seguridad” (ECRI Institute, 2009) .⁹

Componentes de la cultura de la seguridad

Los componentes de la cultura de la seguridad son los siguientes:

1. El compromiso con la seguridad debe articularse con todos los niveles de la organización y se manifiesta por sus valores, creencias y normas de comportamiento.
2. Este compromiso se fortalece en base a condiciones laborales, salarios, e incentivos.
3. La seguridad es considerada la principal prioridad.
4. La comunicación entre el equipo de trabajo y los distintos niveles de la organización debe ser abierta y permanente.
5. Los actos inseguros son poco frecuentes, a pesar de los altos niveles de producción.
6. Hay transparencia acerca de los errores y de los problemas: se informan cuando se producen.
7. Se valora el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema se enfoca en mejorar el rendimiento del sistema, en lugar de enfocarse en la culpa individual (ECRI Institute) .9.

La seguridad del Paciente, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial, entendiendo por calidad

Medidas de seguridad

Los dos conceptos más importantes que afectan a la cultura de la seguridad son:

1. Informe de errores
2. Revelación de errores (ECRI Institute, 2009) .9.

A veces estamos tan concentrados en la seguridad del paciente descuidamos la seguridad de los trabajadores de la salud.

Varios autores están de acuerdo en reconocer que uno de los primeros trabajos sobre seguridad del paciente y mejora de la calidad, fue realizado por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea (1854). “donde la tasa de mortalidad de los pacientes a su llegada al hospital era del 32% y tras seis meses de aplicar mejoras en la higiene, los cuidados y las atenciones sanitarias, la tasa de mortalidad disminuyó a 2%”. Estableció lo que podría denominarse como los primeros estándares de la práctica de Enfermería en su publicación *Notes on Nursing* (1860) .10.

Sin embargo, los primeros estudios sobre el tema de seguridad del paciente surgen a partir del año 1950. En 1999 se publica el libro « Errar es humano: Construyendo un Sistema de Salud más Seguro” .11. el mismo fue un importante aporte sobre los errores médicos en los Estados Unidos .A partir de ese momento el problema de la seguridad, pasa a ser de interés mundial incorporándose en los debates políticos y públicos.

En relación a esto “no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atención sanitaria recibida”. El informe es un llamado a la necesidad de un sistema sanitario más seguro, en el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (OMS, Enero de 2009).

En la 55a Asamblea Mundial de la Salud en 2002, se demuestra el alto costo que provocan los eventos adversos en términos económicos para los servicios de salud, y como repercute en el bienestar del paciente

Según la OMS, en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos evitables tienen que ver con:

- La calidad de la medicación y error en la administración
- Control de las infecciones

■ Falta de cultura hacia la seguridad del paciente

■ Infraestructura y planta física

A partir de la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en el año 2004 se promueve la Investigación en Seguridad del Paciente, partiendo de la premisa que a mayor conocimiento, se obtiene una atención más segura.

En la declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los pacientes, año 2005 se aconseja a los países europeos abordar el problema a nivel nacional mediante:

- a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático
- b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones
- c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.¹²

Autores como Emilio Ignacio García plantea que “Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá muestran la importancia de una adecuada dotación de enfermería y el apoyo de las organizaciones a esta profesión son de vital importancia para mejorar la calidad del cuidado del paciente, afirmando que Contar con profesionales mejor formados produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte”. “Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería”.¹³.

Calidad y seguridad

La seguridad del Paciente, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial, entendiendo por calidad “al conjunto de propiedades y características de un producto o

servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.¹⁴. Hablar de calidad implica, la presencia y el conocimiento de un modelo de referencia con el cual comparar nuestra realidad y conseguir, mediante esta comparación, aplicar las medidas correctivas necesarias para el logro de los objetivos. Debemos añadir que la calidad de un producto o servicio debe ser programada, medida y mejorada en forma continua.

La calidad de la atención es fundamental, a los efectos de brindar seguridad a los usuarios, con la satisfacción por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de los cuidados; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras del salud, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

Calidad

Para Avedis Donabedian “la Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.”

Deming plantea puntos para la gestión de la mejora de la calidad. Jerarquiza los procesos, en el proceso continuo de mejora y en el análisis estadístico. “Los problemas son oportunidades de mejora y educación continua del equipo de trabajo, con programas de formación y automejora”.¹⁴⁻¹⁶

Ishikawa, trabajo en la mejora continua de la calidad incluyendo la participación de todos los integrantes de la organización, poniendo énfasis en equipos participativos, la educación y utilización rigurosa de la estadística, que las personas involucradas en los procesos deben participar en el análisis y la toma de decisiones.¹⁷

Donabedian plantea que una sola definición no es posible, propone “la calidad absoluta”: beneficio o riesgo para la salud, evaluada por el técnico; “la calidad focalizada” percibida por el usuario, “la calidad social” incluye el costo de la atención, las relaciones entre beneficios y riesgo y la distribución de los Servicios de salud evaluadas por la población en general .15.

En el año 1966 publica un artículo donde plantea los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados, aplicados a la asistencia sanitaria. Estos sistemas de calidad forman parte de las políticas de gestión sanitaria, con aportes normativos y organizacionales, que impactan en la salud y el bienestar de la población.

Deming plantea puntos para la gestión de la mejora de la calidad. Jerarquiza los procesos, en el proceso continuo de mejora y en el análisis estadístico. 14- 16.

“Los problemas son oportunidades de mejora y educación continua del equipo de trabajo, con programas de formación y automejora.” 14-16

Ishikawa , trabajo después de la segunda guerra mundial en la mejora continua de la calidad incluyendo la participación de todos los integrantes de la organización, poniendo énfasis en equipos participativos, la educación y utilización rigurosa de la estadística, que las personas involucradas en los procesos deben participar en el análisis y la toma de decisiones.17

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en el Uruguay en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia.

No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica, sino de producir actos de calidad y seguridad que sea percibida por el usuario. Basándonos en los principios de equidad, efectividad, eficacia y eficiencia.

Gestión de calidad

Es una estructura operacional de trabajo, documentada e integrada a los procedimientos técnicos y estratégicos. Se lleva a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, documentos, estructura de la organización), para lograr la calidad de los servicios que se brindan, planificar, controlar y mejorar, aquellos elementos de una organización que influyen en la satisfacción del usuario y en el logro de los objetivos planteados.

Mejora de la calidad

El proceso de mejora continua es un concepto originado a mediados del siglo XX, pretende introducir mejoras en los productos, servicios y procesos para asegurar su estabilización y la posibilidad de mejora, es necesario la identificación de todos los procesos y el análisis mensurable de cada paso. Algunos de los elementos más importantes que se utilizan para el logro de la mejora continua, son las acciones correctivas, preventivas, y el análisis de la satisfacción en los usuarios.

La mejora de la calidad está basada en una mejora medible. Son acciones continuas y sistemáticas en los servicios de atención sanitaria y en el estado de salud de la población a la cual está dirigida (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 2011). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) utiliza el ciclo: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar como modelo principal de mejora de la calidad. Hace

referencia a un esfuerzo continuo y constante para alcanzar mejoras en términos de eficiencia, efectividad, y eficacia (CDC, 2011). Esto incluye la colaboración entre disciplinas que se unen para mejorar los procesos.

En este contexto de mejora continua resulta imprescindible utilizar la metodología impulsada por Deming, también conocida como ciclo o espiral de Deming. Fue uno de los primeros en utilizar un esquema lógico, en la mejora de la calidad, constituyendo una estrategia de mejora continua en cuatro pasos (PDCA) .16.

Planificar - se planifica los cambios y los objetivos. Hacer

Verificar - se lleva a cabo lo planeado.

Actuar- verificar que se ha actuado de acuerdo a lo planeado

Para el logro de la mejora continua es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

Apoyo en la gestión

Retroalimentación (Feedback) y revisión de los pasos en cada proceso.

Líneas de autoridad y responsabilidad bien definidas

Determinar indicadores y estándares para la medición de los procesos

Objetivos claros, bien definidos y documentados.

Participación activa de todos los involucrados.

Transparencia en la gestión.

Todos los procesos deben de ser acordados, documentados, comunicados, y medidos,.

Una herramienta a utilizar es a través del diagrama de Ishikawa quien trabajo la mejora continua de la calidad incluyendo la participación de todos los integrantes de la organización, poniendo énfasis en equipos participativos, la educación y utilización

rigurosa de la estadística, que las personas involucradas en los procesos deben participar en el análisis y la toma de decisiones.

El Diagrama de Ishikawa o Diagrama de Causa Efecto (conocido también como Diagrama de Espina de Pescado dada su estructura) es una representación gráfica donde se logra visualizar las causas de un determinado problema, lo cual la convierte en una herramienta de la Gestión de la Calidad. Conduce la toma de decisiones al abordar las causas que provocan los problemas. Identifica un problema y luego enumera un conjunto de causas que lo provocan .16

Evaluación de la calidad

Donabedian en el año 1966 , plantea la medición de la calidad en términos de estructura, proceso y resultado.16.

El término "estructura" son las características relativamente estables de los prestadores de asistencia, los equipos y la planta física. Incluye los recursos humanos y financieros, la distribución y dotación profesional asistenciales,

El análisis de estructura de atención a la salud es un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación".

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica (Saura, 1997).

Los "resultados" son los logros obtenidos, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza

tras una prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación de resultados presenta múltiples dificultades, en especial por la falta de información.

Investigación cualitativa

La profesión de Enfermería, además de contemplar el componente biológico del individuo, está basada y enfocada en aspectos psicosociales, culturales y humanísticos, lo que ha conllevado a que su práctica se caracterice por la mirada integral del ser humano y a que cada día se interese más por los estudios cualitativos, puesto que este tipo de investigaciones son holísticas; es decir, abordan el estudio de los seres humanos y su entorno en toda su complejidad y reconocen que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, su comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, su estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea, entre otros aspectos .19. La investigación cualitativa facilita una práctica de enfermería sensible a las realidades de las personas a las que cuidamos, a su diversidad cultural y a los contextos en los que se desenvuelven sus vidas .20.21.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología que se optó para abordar esta temática es de carácter cualitativo, que se justifica para la conducción de este estudio por el tipo de abordaje que responde a particularidades, trabajando con un universo de significados, creencias, percepciones, motivos, valores y actitudes, los que corresponden a un espacio más profundo de las relaciones que no pueden ser acotados a variables cuantificables. La investigación cualitativa es un método que describe, interpreta y aproxima a una mayor comprensión de la totalidad.

Como se busca comprender el significado para la enfermera y el médico de la cultura de seguridad en el ámbito laboral, pensamos que la metodología cualitativa es la más apropiada para guiar la investigación. Dentro de los estudios cualitativos elegimos el interaccionismo simbólico como referencial teórico a través de narraciones de los participantes para la recolección y análisis de los datos.

A través de entrevistas en profundidad que parten de una guía con preguntas predeterminadas. Los discursos obtenidos a través de grabaciones son procesados a través de lecturas y bibliografía en códigos y categorías.

Las personas comparten sus actitudes y respuestas a situaciones particulares con los miembros de su grupo y de esta forma se enfoca las acciones y percepciones de los individuos y sus ideas e intenciones, donde la comunicación es un componente esencial, cuando la persona se ve como activa y creativa en el proceso de su trabajo y sus negociaciones con otros, en particular “con otros significantes”.

Dentro de los estudios cualitativos elegimos el interaccionismo simbólico como referencial teórico a través de H. Blumer y a la narrativa como referencial metodológico para la recolección y análisis de los datos.

De acuerdo con Creswell, 2005, el diseño narrativo en diversas ocasiones es una forma de intervención ya que ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar acontecimientos, Metodología de la investigación, Hernandez Sampieri, R; Fernandez Collado, C; Baptista P.2010.

Según Mertens, 2005, estas narraciones pueden ser de tópicos enfocados en una temática, suceso o fenómeno.

Aplicamos el interaccionismo de acuerdo con Herbert Blumer, quien acuña el término interaccionismo simbólico en 1938, sus principales premisas son:

Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas.

Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.

En conclusión, la propuesta metodológica del Interaccionismo Simbólico consiste en hacer emerger la realidad en lugar de imponer sobre ella conceptos establecidos previamente. En la medida en que se entiende que las acciones de las personas responden al significado que le dan a las mismas.

El análisis del estudio se verá reflejado en los significados expresados por los entrevistados que utilizan para interpretar la realidad inmediata.

Para comprender lo social desde el Interaccionismo hay que recurrir a los principios básicos enumerados por sus teóricos:

- 1º) Los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
- 2º) La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- 3º) En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana.
- 4º) Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de manera distintivamente humana.
- 5º) Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación.
- 6º) Las personas pueden introducir modificaciones y alteraciones por su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción y valorar sus ventajas y desventajas relativas para elegir uno.
- 7º) Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

El interaccionismo simbólico valoriza principalmente el significado que el ser humano atribuye a sus experiencias, buscando el entendimiento de la naturaleza de interacción y en la dinámica social que envuelve al individuo y que es la causa de su comportamiento (Charon, 1989)

De acuerdo con este referencial las personas son sometidas a constantes cambios en las interacciones que no se limitan solamente a lo que acontece entre ellas, sino también a lo que acontece en el interior del individuo.

Charon, 1989, plantea: la gente actúa de acuerdo a lo que ellos piensan en una determinada situación en que se encuentran, a pesar de que el pensamiento puede estar influenciado por la interacción con otras personas. El pensamiento es casi siempre el centro de lo que hacemos. Los seres humanos actúan de acuerdo con sus definiciones. Se definen los objetos de su situación y actúa de acuerdo con esta definición que se construye con el tiempo. Definición es el resultado de la interacción social y el pensamiento. Así como el individuo interactúa con los demás y consigo mismo, desarrolla sus definiciones y, según ella, decide cómo actuar en cada situación.

- El papel del presente: los resultados de la acción de lo que está ocurriendo en el presente: la interacción, el pensamiento y la definición, en esencia, lo que sucedió en el pasado. Lo que se hace depende de cómo se define la situación, la interacción y el pensamiento en este sentido. El pasado entra en acción, porque la persona de vuelta al presente (piensa) y define la situación.

- El papel de la actividad humana: se relaciona, piensa, define, retoma su pasado, toma decisiones basándose en el presente sobre la situación inmediata.

Los símbolos permiten a las personas actuar de una forma distintiva, especialmente en relación con el lenguaje.

Los participantes al mismo tiempo que interactuaron, compartieron entre ellos significados de las situaciones experiencias y percepciones de los entornos donde se desenvuelven y desarrollan. De esta forma fue la interacción entre los individuos la que fue configurando formas similares de percibir e interpretar la realidad organizacional.

De acuerdo con Minayo, mediante la grabación y la transcripción exacta de las entrevistas se asegura la integralidad del proceso y la reducción fenomenológica que busca llegar a la esencia de las formas que componen esa experiencia psíquica del otro.

Participantes

Los sujetos de estudio fueron las licenciadas en enfermería y los médicos que realizan la gestión a nivel táctico dentro del Hospital universitario, que cuentan con más de 5 años de experiencia en la función, que se auto identifican y quieren responder a la entrevista.

Se utilizó el recurso de convocar a los participantes mediante invitación (correo electrónico).

Delimitación del número de sujetos.

En cuanto al número de sujetos del estudio, dada la naturaleza del mismo, no fue un dato establecido previamente. En relación a este tema, en este tipo de investigaciones, algunos autores hablan de convergencia en lo expresado por los sujetos de estudio cuando se comienzan a generar redundancias en las respuestas de los involucrados, detectándose lo que se llama saturación.

Sin embargo, siguiendo esta línea de pensamiento, el número de sujetos fue determinado a medida que se avanzó en el proceso de entrevistas. Continuando este proceso hasta que se percibió que fueron respondidas las inquietudes, que generaron este trabajo.

De esta forma, fueron parte del estudio, los sujetos cuyas entrevistas se consideren más ricas de significado, suficientes para develar el fenómeno de las/los profesionales en relación a la cultura de seguridad, la gestión, su vivencia social y sus expectativas.

Los sujetos fueron entrevistados en un lugar elegido por cada uno de ellos, siendo en todos los casos un lugar reservado, a fin de conservar la privacidad y el anonimato de las entrevistas. Se coordinó, mediante contacto telefónico y luego vía correo electrónico, el momento adecuado según la conveniencia de los sujetos.

Aspectos éticos.

Atendiendo a las concepciones éticas del país, se tomó como referencia el Decreto de Ley N° 379/008 (Uruguay, 2008) sobre investigaciones con seres humanos. Todos los procedimientos siguieron las líneas de acción establecidas en dicho decreto.

Se explica a los sujetos de estudio las características del mismo, asegurándose su anonimato. Se entregara un documento que oficia de consentimiento libre e informado para la participación en el estudio y para realizar la grabación de las entrevistas (ver anexo 1).

Además de los conceptos relacionados directamente a los sujetos de estudio se tuvieron en cuenta otros como valor social de la investigación, validez científica, razonable proporción de riesgo beneficio.

Se solicitó autorización escrita a las direcciones que correspondían de acuerdo al comité de ética. Se aplicó un consentimiento informado, para grabar las entrevistas. (Anexo 1)

Recolección de datos

De acuerdo con Minayo, se afirma que a través de la entrevista el investigador busca obtener informaciones contenidas en los discursos de los actores sociales. Por medio de la

recolección de los datos se percibe una realidad que ellos vivencian de una determinada experiencia que está siendo focalizada.

Las preguntas orientadoras que guiaron la entrevista fueron:

¿Cómo vive en su experiencia laboral, la seguridad del paciente?

¿Qué significado le atribuye a la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario?

¿Cómo se manejan los sucesos y situaciones relacionadas con la seguridad que surgen dentro del ámbito hospitalario?

¿Cómo es el ambiente laboral con referencia a la cultura en seguridad y cuáles son sus expectativas?

¿De qué manera las relaciones interpersonales inciden en la cultura sobre seguridad?

¿En relación con la seguridad reconoce que le han producido modificaciones en la vida en algún momento?

¿Cuáles son las expectativas que derivan de la cultura de seguridad en su servicio?

7. MARCO CONTEXTUAL

El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quíntela" es un Hospital Universitario. La esencia de Hospital Universitario se funda en el papel que le brinda el constituir un ámbito académico en el que se crea, concentra, enseña y difunde el conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, en el marco del quehacer de la Universidad de la República. El Hospital funciona como un hospital general, de adultos y para episodios con breve período de estadía, de alta complejidad y de referencia nacional en lo que compete. El Hospital está inserto en la Red de Servicios de Salud y estará abierto a la comunidad en

el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social. El espectro de usuarios estará constituido, de acuerdo a las definiciones operativas acordadas y convenidas: por un sector determinado de la población beneficiaria de ASSE; por poblaciones beneficiarias de sistemas grupales de salud, como el de los funcionarios de la Universidad de la República y eventualmente otros que opten por recibir atención en el Hospital Universitario; por la población beneficiaria de ASSE de todo el país para aquello en lo cual el Hospital es referencia; aquella población que con cualquier tipo de cobertura en salud opte por los servicios de medicina altamente especializada del Hospital; aquella población de otros servicios de salud que demanden determinada asistencia o servicio en el Hospital Universitario; aquella población que teniendo otra cobertura en salud, opte privadamente por atenderse en el Hospital Universitario. En tanto Hospital Universitario es un ámbito natural de formación de técnicos y profesionales, especialmente de los sectores directamente vinculados a la salud, lo que se refleja especialmente en el modelo asistencial y el programa académico previstos, que persiguen siempre el beneficio de los usuarios mediante una atención integral e integrada adecuadamente a las funciones académicas.

La organización del Hospital Universitario se estructura sobre la base de niveles de decisión y ejecución en una organización matricial que asegura una gestión ágil y eficiente. De acuerdo a la Ordenanza del Hospital de Clínicas, la Comisión Directiva y la Dirección del Hospital son sus órganos de administración. La integración y las competencias de la Comisión Directiva, están definidas por la Ordenanza. Existen propuestas, en estudio para la modificación de dicha Ordenanza. La Dirección del Hospital, que también tiene definidas sus competencias en la misma Ordenanza, es el órgano ejecutivo de primer nivel. Los directores de los Departamentos o Divisiones son los órganos ejecutivos de segundo nivel.

La Dirección del Hospital está integrada según la Ordenanza por el Director y dos

Directores Asistentes (en lo Asistencial y en lo Administrativo). El Director puede contar con Asistentes Académicos designados de la misma forma que para Decanos y Rector.

Con referencia a la cultura de seguridad existe escaso registro, contando con una Comisión de seguridad (COSEPA) designado sus miembros el 19 de febrero del 2013 por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas.

El día 20 de mayo del 2015, se realizó la 2ª Jornada de Actualización en Seguridad de Pacientes organizada por la Comisión de Seguridad de Pacientes Institucional. El objetivo de la jornada fue comunicar a Directores, Jefes de Servicio y de Sector de la División Enfermería el Programa Anual de Actividades de la Comisión de Seguridad de Pacientes y sus líneas de trabajo.

Los puntos planteados en la misma estaban relacionados con:

- Cultura de seguridad de pacientes
- Identificación de pacientes
- Checklist quirúrgico
- Evento Centinela
- Sistema de reporte de eventos
- Seguridad de farmacias
- Importancia de la comunicación en seguridad de pacientes
- Prevención de I.I.H
- Pacientes por la seguridad de pacientes

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de más de 10 años de docencia en el Hospital, del aumento de eventos adversos, de la escasa importancia que se le otorga a los mismos, comportamientos muy disimiles en los distintos servicios, tanto del profesional médico como de enfermería. No están ajenos a este grupo los estudiantes de ambas profesiones. Así mismo el sub registro, hasta la inexistencia en la historia clínica de los mismos.

Si la política tanto a nivel mundial, regional y nacional es prevenir situaciones que afecten la seguridad del paciente, y reducir la ocurrencia de Eventos adversos, con un criterio correctivo y no punitivo, la inexistencia de registros hace muy difícil el logro de las metas propuestas.

8. RESULTADOS

Como modo organizado de proceder en el análisis de los discursos de los sujetos entrevistados se usó el análisis de contenido, de esta manera los pasos para el análisis comprensivo del fenómeno fueron los siguientes:

Realizar lecturas atentas, cuidadosas y criteriosas de cada discurso completo, tantas veces como fuese necesario, con el propósito, en primera instancia, de aprehender el sentido global de la experiencia vivenciada por los sujetos.

Identificar y seleccionar las partes relevantes del texto que fueron agrupadas de modo de formar un tema que puede ser visto como universo de contenido del área estudiada.

Definir las categorías de contenido, con perspectivas que fueron extraídas del texto seleccionado y fortalecer los significados de la clasificación planteada, generando ideas adicionales para refinar las existentes.

En el análisis, el tratamiento del material obtenido nos conduce a la teorización sobre los datos.

Los participantes fueron 8 mujeres y 2 hombres, con cargos clínicos y académicos, teniendo una característica que los asemejaba: grado de gestión mayor de 5 años.

El primer grupo muestral constituido por cuatro licenciadas que se encontraban muy interesados en la participación.

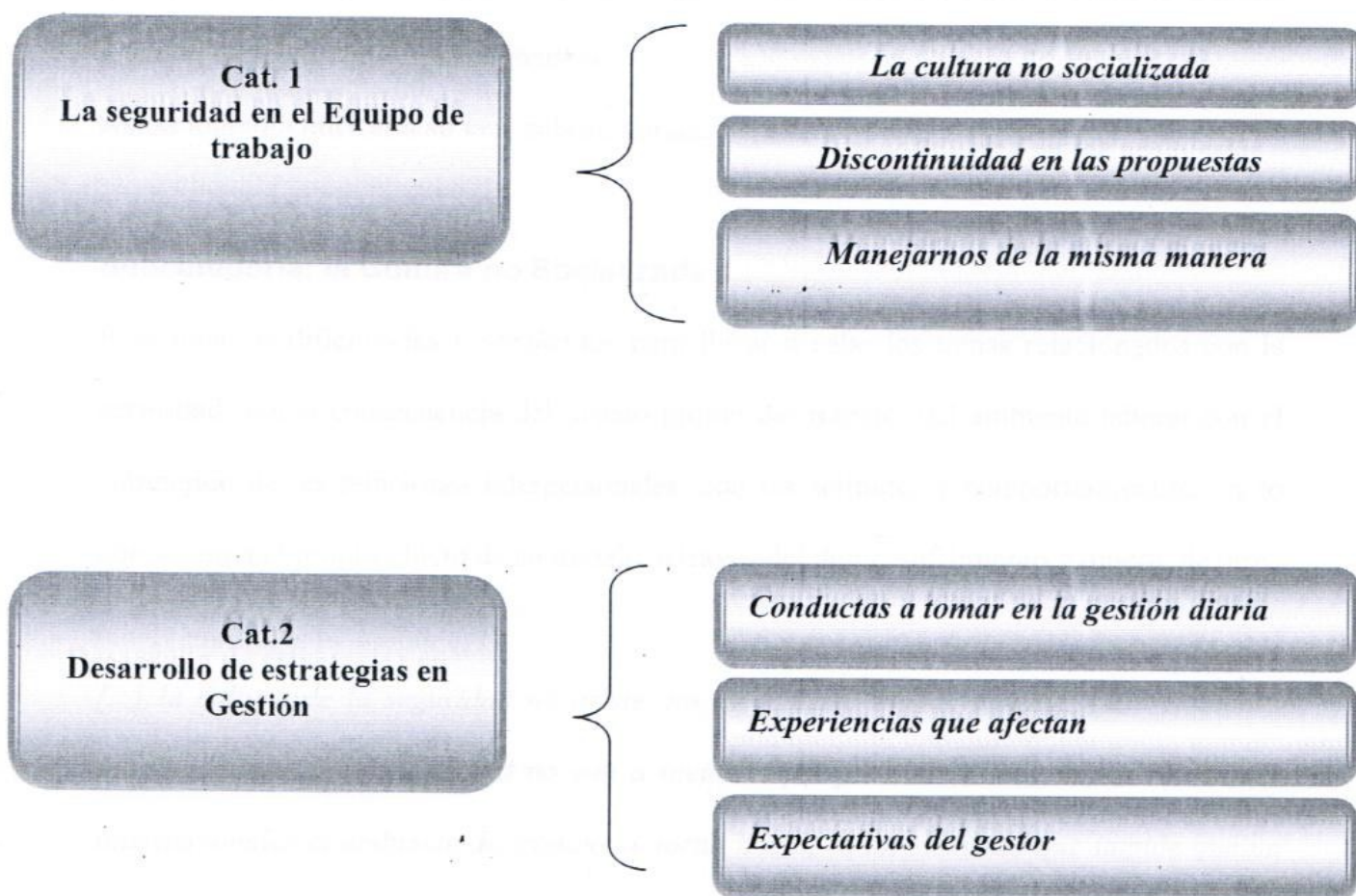
El segundo grupo muestral, permitió profundizar las informaciones sobre los sentimientos concentrando las categorías iniciales y formando nuevas categorías.

El tercer grupo posibilitó la concentración de las categorías y el alcance de la saturación teórica.

La comprensión de este método integrador tiene una importante vertiente en áreas relacionadas con la salud y la calidad de vida y éstas relacionadas con el trabajo de los profesionales de la salud en particular con Enfermería.

Este enfoque interactivo, propone una visión holística del ser humano como unidad psicosomática con interrelaciones sistémicas, y su visión social donde el profesional se encuentra inmerso. Y una visión de individualidad y subjetividad que tiene que ver con un modo particular de cada persona de vivenciar a través de estímulos sensoriales. De esta manera se identifican categorías y subcategorías.

Esquema representativo de las categorías



Categoría 1

La seguridad en el Equipo de trabajo

La seguridad en el equipo de trabajo, hace referencia a los aspectos del trabajo que involucran a las personas es decir los usuarios y los trabajadores. Y esto, producto de la interacción asistencial, principalmente de los profesionales médicos y de enfermería. En ella se da la interpretación que hacen sobre la cultura de seguridad, como el resultado de los significados que atribuyen a las tareas del día a día y su impacto en su vida personal y profesional.

Con la seguridad en el equipo de trabajo, se expone a las personas tanto aquellas que reciben cuidados como las que los dispensan, de esta forma se pone en juego categorías vinculadas a los siguientes componentes: la cultura no socializada y la carga emocional que le insume al discontinuar las propuestas de intervención; en qué medida se debería manejar el trabajo de la misma manera.

Así se logra identificar a su vez, subcategorías:

Subcategoría: la Cultura no Socializada

Relaciona las dificultades y obstáculos para llevar a cabo los temas relacionados con la seguridad como consecuencia del diseño propio del trabajo, del ambiente laboral con el entretreído de las relaciones interpersonales, con las actitudes y comportamientos. A lo que se suma el propio objeto de su trabajo, a través del dolor, sufrimiento y muerte de otro.

[...] la cultura de la seguridad no existe, no es un tema que se maneje. Las relaciones interpersonales inciden, ¿cómo no van a incidir?, porque cuando hay malas relaciones interpersonales el ambiente de trabajo se torna hostil, es un elemento que impide que un equipo de trabajo funcione como debe funcionar y siempre ahí pueden darse fallas, errores. O sea, ese yo creo que es uno de los elementos fundamentales que conspiran

contra la seguridad. Cuando hay problemas en las relaciones interpersonales, afecta la seguridad del paciente y la seguridad del trabajador.

[...] los encargados de la seguridad No, sé que hacen ni cómo, sé que hicieron alguna actividad, pero bueno, otro elemento que para mí hace a la cultura de seguridad, como importante, es el tema de la Bioética, que tienen que ir juntos y unidos con él, a través de un grupo interdisciplinario, trabajamos, tratamos de que se respeten los derechos humanos, que se respeten los consentimientos, pero no tenemos ningún tipo de recaudo institucional, o sea, es como que va un grupo de gente y se reúnen.

[...] cuando sucede un evento crítico, empiezan a gritar: los electrodos ¿dónde están, los guantes estériles?, entonces, uno dice pero metódicamente, todas las semanas tenemos que revisar el carro de paro, pero aparte de revisarlo porque puede faltar alguna medicación, además de familiarizarnos dónde están las cosas, pero siempre hay fallas.

[...] hay que trabajar muchísimo más, porque se piensa que la seguridad del paciente es solamente evitar la caída del paciente de la cama, por ejemplo. Existe una cultura no socializada en el equipo de salud y ahí empieza la ineficiencia.

[...] Tenemos problema e hicimos una reunión, licenciados con auxiliares de enfermería, nos planteamos no pasar más de cierto horario en el comedor, hubo una aceptación muy bien, a mí me llenó de orgullo que mi propio auxiliar de enfermería dijera: a las 7 tenemos que estar todos trabajando, el auxiliar de enfermería, [...] que haya alguien en la sala. Si van y rotan en el comedor, esa cultura estamos tratando de erradicarla, hay que saber dónde están, sobre todo, de noche, dos, tres, cuatro de la mañana.

Subcategoría: Discontinuidad en las propuestas de intervención

En esta subcategoría deja ver que todas las propuestas que generan cambios no son bien implementadas, no se dan las condiciones para una sistematización, con falta de control y falta de credibilidad.

[...] Considero que la cultura de seguridad es algo de lo cual se habla, se sabe de su importancia y por lo tanto se ha tratado de implementar en diferentes sectores algunos instrumentos sobre todo para evitar los errores adversos pero no se ha tomado con la real responsabilidad que esto implica en su conjunto y en muchas ocasiones los integrantes del equipo no se sienten parte de la misma

[...] En mi experiencia laboral, la seguridad del paciente, en lo personal, siempre fue un tema que me interesó mucho, de hecho, en el año 2005, había ido a Santa Cruz de la Sierra a hacer un curso de seguridad de pacientes, un curso financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, que después, cuando vinimos, no pudimos llevar adelante muchas de las cosas, porque justo fue el momento que se dio todo el tema de Maykol C. y de todo aquello, que poner el tema sobre el tapete, el tema de error médico, iba a ser peor el remedio de la enfermedad, era poner el dedo en la llaga. Entonces, dejamos todo tranquilo, pero parte de la gente que participó en ese curso está ahora en la comisión de seguridad

[...] El ambiente laboral se muestra perceptivo a la información en general pero le cuesta la implementación de los cambios y que los mismos perduren en el tiempo.

[...] veo poco o escaso cumplimiento de los mismos ya que siempre se ve como manera de sanción y no como manera correctiva por lo tanto hay veces, se lleva a cabo o se inventan los datos para llegar a los objetivos esperados.

[...] Enfermería trabajó la seguridad en la administración de la medicación, se ponían carteles, estuvo muy interesante, yo lo llevé a la práctica, pero duró poco, no hubo continuidad, sobre todo, no hubo adherencia de los licenciados operativos, por más que a nosotros nos parecía muy interesante.

[...] No hay continuidad en los proyectos que plantean los estudiantes, excepto si lo implementamos punitivamente, ahí cambia la cosa, pero no hay una adherencia total, no hay una adherencia en todos los turnos, una continuidad. Lo mismo pasa con los protocolos, nosotros los gestores debemos de hacer hincapié, como dije, que la seguridad no va solamente en esas tres cosas que te nombré, en la medicación, que la seguridad va mucho más allá de eso, la seguridad del paciente.

Subcategoría: Manejarnos de la misma manera

Contar con guías y protocolos que mejoran la calidad de los cuidados, los mismos centrados por motivos sociales y de seguridad, donde la comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada para evitar los errores o, al menos, prevenirlos a través de un accionar con eficiencia. Un enfoque interdisciplinar es normalmente un factor importante para las actividades de planificación, implantación y evaluación.

Las guías de práctica clínica (GPC) son conocidas habitualmente como: declaraciones sistemáticamente desarrolladas de las mejores prácticas recomendadas en un área clínica

específica, que permiten: proporcionar un cuidado eficiente basado en la evidencia actual, resolver un problema en el ámbito clínico y conseguir la excelencia en el cuidado. Pero para eso es necesario un personal formado y con líderes o monitores que sigan todo el proceso.

[...] Es una preocupación constante personal ya que en mi ámbito laboral muchas veces no se le da la importancia suficiente tanto a nivel de los diferentes sectores (ej. Departamento de enfermería y a nivel institucional), muchas veces se toma como que va a tener un costo económico que no se va a poder afrontar, lo que en ocasiones no es cierto teniendo en cuenta el costo beneficio.

[...] Se tiene en cuenta la situación en particular y se actúa de diferentes formas, si uno la detecta en el momento se trata de actuar lo más pronto posible para evitar futuras complicaciones y si se requiere se integra a otros miembros del equipo.

[...] En el siguiente momento se habla con los integrantes del equipo o con los enfermeros que han participado en dicho suceso y se llega al porque sucedió dicho suceso para poder encontrar la causa y poder evitar futuros eventos.

[...] lo fundamental...si todos no hablamos el mismo idioma no nos vamos a poder entender

[...] pero creo que todavía no está arraigado de ninguna manera, falta mucho, hay gente que le interesa el tema y trabaja y se preocupa y hace, pero hay otra que, o sea, lo notan como una carga, como un tema más, que le dificulta, que le enlentece

[...] depende de cada lugar, porque el hospital es como una suma de pequeñas células, cada una con ese régimen, o sea, separado, quien determina el ambiente y la manera en cómo se trabaja la participación de los que están y cómo se llevan adelante las cosas es el jefe.

[...] Ahora está todo muy movido, de hecho, lo único que sé es que funciona una comisión de seguridad del paciente, que es interdisciplinaria

[...] pero no creo que con la misma cabeza se logre avances. Es necesario que se capaciten, que se aprendan nuevas y determinadas técnicas.

[...] no hay tareas asignadas, en la práctica eso está determinado por la falta de previsión o falta de planificación.

[...] Debe primar un criterio común, manejarnos de la misma manera, tener un protocolo, que cuando hay un evento adverso, determinados pasos, qué hacemos, qué no hacemos. Porque se actúa de diferente manera en todos los sectores.

[...] creo que las relaciones interpersonales, con el equipo de enfermería, por ejemplo, si hay un efecto adverso en un paciente, inmediatamente actuamos, hacemos la denuncia correspondiente, hacemos un registro correspondiente, un llamado correspondiente, pero no me queda tan claro si ocurre eso con el equipo médico. Es más, mi percepción es, que no se realiza.

Categoría 2:

Desarrollo de estrategias en Gestión

No puede haber calidad sin ordenamiento y éste no existe si no se acompaña de un marco regulatorio claramente definido, difundido, conocido, asimilado y cumplido por todos. Se centra fundamentalmente en aspectos relacionados con la seguridad y calidad de la atención, donde se debe tener presente el componente ético. Se presenta para responder a situaciones complejas, teniendo presente la planificación, la organización del trabajo, haciendo énfasis en la comunicación y la participación de todo el equipo de salud, primando la transparencia y la responsabilidad.

Subcategoría: Conductas a tomar en la gestión diaria

Es importante la conducción y en ella el liderazgo, en la calidad de la atención de enfermería, relaciona el estilo de liderazgo, con la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, utilizando la comunicación asertiva en la organización y de esa forma crear confianza en el trabajo.

[...] Hay jefes mucho más evolucionados, que buscan la participación y buscan crear, justamente, estos espacios para que todos sus trabajadores participen y crean grupos interdisciplinarios y se ocupan de estos temas y hay otros que no, hay otros que el jefe es el que decide y todos tienen que actuar de esa manera.

[...] Ejemplos que me marcó, yo creo que fue un antes y un después, más que yo era la coordinadora de hospitalización. Y sí, fue un tema de seguridad, porque fueron varios

elementos que se tuvieron en cuenta, que se le fueron escapando de las manos, el no haber revisado bien algunos aspectos clínicos, el haberlo dejado ir sin tener en cuenta los resultados de laboratorio, el que haya venido de otros lugares y tampoco lo revisaron y lo controlaron, yo qué sé. Entonces, esa situación fue tremenda y es una de las que recuerdo. Y después, dentro de mi cargo, evidentemente que tuve otros casos, como pacientes que aparecieron muertos, caídos en el piso.

[...] era un paciente que estaba bastante enfermo y no sabemos si se bajó y se murió o si se cayó de la cama. Y después, por problemas de planta física también, en todo el paciente internado, la planta física fue imposible arreglarla durante muchos años y eso daba lugar a grandes problemas de seguridad en los pacientes. Las caídas, constituyen un indicador de calidad en los cuidados de enfermería.

[...] con mucha gente tengo que acordar, consensuar no, porque yo no formo parte de un equipo de trabajo.

[...] te haces mala sangre por algo que no te permite vivir, en realidad, es ese el razonamiento.

[...] Un ejemplo que me viene a la mente está relacionado con el primer capnógrafo que hubo en el Uruguay, lo compramos nosotros en una institución privada para empezar a hacer cirugía laparoscópica, porque el anestesista que estaba con nosotros que era, hasta el día de hoy es un preocupado de la seguridad del paciente, dijo no hacemos cirugía laparoscópica sin capnógrafo. Ese fue el primer capnógrafo que entró al país. Y eso estamos hablando del año 1991.

[...] por ejemplo, que el paciente, cuando va en decúbito lateral, no se le puede poner la cincha en la pierna, porque le puede producir una parálisis del ciático poplíteo externo, que ya me pasó, y que no lo saben, y que hay que repetirlo en cada una de las cirugías que hacemos. Eso va en función del recambio, en función de la falta de profesionalismo, que en ese aspecto, con la gente médica no nos pasa porque nosotros estamos todo el tiempo y todo el tiempo transmitiendo eso personalmente.

[...] Pero en ese aspecto, estamos atrasados muchos años, nadie sabe qué es lo que tiene que hacer. O tienen tareas asignadas, pero es tan rápido lo que tienen que hacer, y hay como, la idea de que vamos a pasar las seis horas de trabajo en lo mínimo, si puedo no hacer nada, no hago, pero no me interesa.

[...] recién me recibí y no puedo no saber reanimar un paciente, que es la emergencia número uno de enfermería tanto como médica. Pero yo tengo que saber dónde están las cosas.

[...] pero no se hace, y quien tiene que cumplir esa función no sabe que la tiene que cumplir, no sé por qué. No sabe que alguien tiene que mandar ,alguien tiene que decidir, otros tienen que hacer, tienen que hacer esto, y es como, si uno mira una situación de paro, parecen las pavas locas, se cruzan, se pechan, van para acá, van para allá.

[...] creo que va a mejorar a medida que nosotros, los gestores, los que estamos en la gestión diaria, transmitamos lo que es la seguridad del paciente y las conductas que tenemos que tomar. Desde el ausentismo hasta estos comentarios que he hecho previos nos dificultan llegar a la meta.

[...] Le exigí a la dirección en forma fundamentada y enseguida respondieron y tenemos casi todas las camas con baranda, que lo que hace enfermería, como siempre, que es un arte la enfermería, lo que vamos haciendo es traspasando al paciente según el nivel de dependencia, según el riesgo de caída, porque usamos una escala para el riesgo de caída. La demanda del paciente no está cubierta.

[...] Nosotros lo hemos trabajado también, incluso con la supervisora, cuando hay quejas, le pedimos a las supervisoras apoyo, que cuando hagan la visita por el piso, comenten en qué situación estaba el piso, dónde estaban los funcionarios. [...] hay muchas quejas pero me gusta trabajarlo en conjunto. [...] las correcciones hacerlas entre todos los implicados, en especial aquellos con cargo de supervisión.

[...] en las reuniones de enfermería por supuesto que la mayoría de las veces se hace catarsis, el jefe siempre es el responsable de todo y bueno, tenés que bancar todo un conjunto de cosas.

[...] No, a mí me ha dado muy buen resultado ir a los turnos, se coordina y me esperan con ganas, yo creo que el sentimiento mío era que no, que había mucho más para hacer, que podíamos hacer y que si no lo hacemos los mandos medios, no se hace.

Subcategoría: Experiencias que afectan

Pueden estar determinados por dilemas éticos llevando a confrontación de valores, sabiendo que se jerarquizarán unos en perjuicio de otros. Existen dificultades en la planificación si bien se trata de subsanar los errores en forma conjunta, carece de involucramiento de los responsables jerárquicos.

[...] En general son marcadas por mí misma y me siento en un término medio porque en la mayoría de los casos la demanda del trabajo no me permite realizar lo planificado en el tiempo estipulado.

[...] Desde mi punto de vista las áreas de responsabilidades cuestan mucho asumirse porque esto implica un compromiso real con nuestro rol que en la mayoría de los casos no se quiere asumir.

[...] Los distintos servicios en el hospital, las distintas clínicas médicas, las distintas clínicas quirúrgicas, depende de quién es el jefe, de quiénes son los médicos que están en cada lugar, servicio de Anestesia, servicio de Cirugía A, B, servicio de Médicas, Dermatología, Endócrino. Entonces, depende primero de si el jefe está o no está consustanciado con este tema, si el jefe le da importancia o no le da importancia a esto, si todavía está con aquello de la medicina paternalista y que yo soy el que decide, yo sé lo que hago y el omnipotente o si yo me preocupo por esta persona y trato de hacerla un poco partícipe de eso, que esto también es parte de la seguridad. Y me preocupo, y si hay algún error, lo aceptamos y lo tratamos de subsanar y hacemos participar a la persona del error que se cometió.

No han significado modificaciones más en aquellas cosas que con el aumento de la información y del conocimiento, antes no se tenían presentes, por lo menos, concretamente, y hoy en día hay pautas y cosas en base a la progresión del conocimiento que modifican la actitud diaria.

[...] Y hoy no podemos dormir un paciente si no tenemos todas las cosas y no lo discuto, creo que tendríamos que tener más cosas aún, en ese aspecto sí, cambió radicalmente el

ejercicio de la profesión para el bien, y por supuesto que cambia, de tener que pensar o tener que decir, esas cosas ya no hay que decirlas, pero otros aspectos que hacen al cuidado del paciente en la cirugía, que increíblemente, ya son cosas que están establecidas y sin embargo, tenemos que reiterarlas permanentemente.

[...] adentro de los block quirúrgicos, pasa lo mismo que afuera de los block, el recambio del personal es tan alto y en realidad, ese personal debería tener una especialización y una formación muy superior al que tiene el resto del personal, sólo para saber qué botones apretar de un equipo, hoy en día tenemos bisturí inteligente, equipos inteligentes.

[...] dándole instrucción a la gente una vez por mes, te agota. Yo lo hacía anualmente con el tema de la seguridad, todas esas cosas, pero vos no lo podés repetir seis veces al año, porque es un desgaste. Entonces, eso, pero además, es una pérdida de tiempo, no se puede dedicar, pero eso pasa porque la gente a veces está cansada, no le interesa, no pueden cumplir los cursos, es imposible que tengan la camiseta de un lugar puesto, ¿de qué lugar, de los tres? Y el hospital, particularmente, en muchas cabezas, es el lugar de descanso, donde puede hacer menos, porque en otro lado, me tienen al palo.

[...] tengo una experiencia para contar, el hospital se maneja con muchas muestras médicas, muestras de medicación médica, entonces, hay medicación que el hospital no compra alguna medicación que era lo máximo, aparte, [...] espectacular para la [...] del paciente, y yo trabajo en el Instituto de [...] donde la [...], en rehabilitación, se usa muchísimo. Y recuerdo que vino una caja de 20 comprimidos,

[...] yo le dejé arriba del televisor que tenía el señor la caja y le dije a la esposa: esto son muestras médicas, nosotros le vamos a avisar, pero yo quiero que lo tenga él, porque si

no, lo van a usar para otro paciente o se lo van a llevar para policlínica. La cuestión es que cuando el señor viene del gimnasio, la señora le da los 20 comprimidos enteros. Entonces, eso me quedó grabado para toda mi vida, fue una experiencia espantosa, me sentí muy culpable. Cuando pasó todo ese evento, obviamente que fue denunciado, yo avisé a todos los médicos tratantes, expliqué de qué se trataba, hubo un respaldo importante a parte de lo legal hacia lo que había hecho, juré nunca más dar ninguna medicación.

[...] ¿qué mensaje estamos dando si no afrontamos las diversas situaciones relacionadas con nuestros propios compañeros?, ya que nosotros consideramos que los médicos son corporativistas, se tapan unos a otros [...] y no queremos eso.

[...] hay fantasías de que aquel programa entró en el Fondo y que están cobrando [...] las reuniones a mí me ha dado resultados, se clarifica un montón de cosas.

Subcategoría: Expectativas del gestor

Esta categoría se basa en el compromiso de las jefaturas, conformación de equipos de alta performance donde cada uno desde el lugar que ocupe persiga los mismos objetivos y trabaje en forma participativa y con capacidad de adaptación a los cambios.

Fortalecer la educación continua y generar investigación basada en evidencias.

[...] Mis expectativas es poder llevar a cabo en conjunto con el resto del equipo y concientizar y unificar criterios para poder trabajar sobre la cultura de seguridad y así evitar los EA. Para mí es un gran desafío porque lo veo como un trabajo de hormiga porque aunque hay decretos y normativas en la mayoría de los casos no se cumplen.

[...] A veces las jefaturas se presentan como líderes poco comprometidos.

[...] hace a la seguridad del paciente y del trabajador, que es toda la parte de residuos hospitalarios, la clasificación, el seguimiento, el control, que eso era un tema que para la habilitación es fundamental y hace a la seguridad, sobre todo, del trabajador.

[...] Tiene que ver con la seguridad. Y bueno, y todo lo demás, o sea, estoy trabajando en la parte de la creación de un equipo interdisciplinario de gestión interna de residuos, estoy trabajando en todo lo que es habilitación de bomberos, que hace a la seguridad, estamos elaborando un plan de evacuación, estoy trabajando en la habilitación de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. O sea, estoy trabajando, la habilitación de ciertas áreas o lugares, o el cumplimiento de la normativa en cada una de las áreas de este hospital; laboratorio, imagenología y todo, hace a la seguridad del paciente. Si vos estás cumpliendo la norma, estás llevando adelante como se deben hacer las cosas en cuanto a planta física, en cuanto a materiales, en cuanto a normas y procedimientos y en cuanto a capacitación del personal, eso repercute directamente en la seguridad del paciente. Si vos trabajás con un personal capacitado, y tenés una planta física adecuada, con buena higiene, si cumplís las normas y los protocolos, eso es seguridad. O sea, mi trabajo tiene mucha relación con la seguridad. Y bueno, ahí está cómo se definen las áreas de responsabilidad.

[...] en Brasil, por ejemplo, yo estuve en un foro de Recursos Humanos, en el cual trabajaban mucho las enfermeras, pero con 30 horas semanales y 2 libres, de manera que podían seguir preparándose. Hay que encontrar la forma.

[...] hay otras, por ejemplo, de trabajan dos días, descansan tres, a la otra semana, trabajan al revés, pero entonces, podemos programar nuestras vidas.

[...] Mis expectativas con esta nueva dirección de División de Enfermería, estuvimos charlando un poco acerca de lineamientos de trabajo para el 2017 y en ello estamos trabajando, lo cual lo vamos a tratar de socializar y tratar de trabajar con todos los sectores por igual, todo el tema referido a la cultura de seguridad del paciente.

9. DISCUSIÓN

El análisis de las entrevistas permitió construir las categorías mencionadas, develando algunos aspectos susceptibles de ser interpretados y discutidos a la luz de estudios relacionados al tema, producto de la interacción asistencial, principalmente de los profesionales médicos y de enfermería.

De acuerdo con H.Blumer cada entrevistado actúa sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los símbolos que les dan, de ahí que se perciben diferentes vivencias y percepciones.

De acuerdo a la bibliografía el símbolo permite, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.

Sumado a esto tenemos que el diseño utilizado de las narrativas en acuerdo con Creswell, 2005, nos permitió tanto al investigador como al participante, una forma de intervención ya que al contar sus historias de alguna manera ayudó a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes, especialmente al evaluar acontecimientos.

En ella se da la interpretación que hacen sobre la cultura de seguridad, como el resultado de los significados que atribuyen a las tareas del día a día y el impacto en su vida personal y profesional.

A partir del análisis de las entrevistas realizadas surgen dos categorías que nos permiten, la confrontación de las mismas con el soporte teórico de referencia, fortaleciendo el concepto de la importancia de lograr una cultura de seguridad que atraviese toda la organización.

Entender la experiencia vivida por los gestores del estudio, nos permite materializar algunos conceptos relacionados a sus experiencias con las que interactúan, y aportan a la gestión.

Uno de los tópicos que emerge tiene que ver con aspectos relacionados con el rol del gestor y su liderazgo, y los conflictos en la gestión de cuidados seguros, tanto de enfermería como en el área médica, coincidiendo con autores que refuerzan la evidencia de que la conducción participativa, la correcta comunicación y la sistematización de los cuidados influyen en la seguridad de los pacientes.

Concordando con otros autores, como Donabedian y Mary Paz Mompert, las prácticas diarias para la gestión a través de la resolución de problemas, con un enfoque sistémico, muchas veces ejerciendo diferentes roles por necesidad de recursos más que nada en calidad, traen como resultado las deficiencias en el sistema o en proceso de trabajo.

Se ha demostrado que el trabajo en equipo en forma sistematizada y basada en la calidad, junto a la implementación del proceso de atención en especial el de enfermería, tiene

resultados positivos respecto al logro en la cultura de seguridad de los pacientes, al evaluar y detectar en cada fase los riesgos a los que se enfrenta al paciente.

Surge un elemento a tomar en cuenta, especialmente por los gestores, donde el trabajo en equipo emerge como una condición de apoyo entre los profesionales y el equipo de salud en general. *“resaltan iniciativas aisladas en pro de la mejora continua de la seguridad, como aspecto fundamental de la calidad sin lograr continuidad en el tiempo, siendo abandonadas estas iniciativas”*.

Así mismo no se consigue un lenguaje común, líneas de conductas consensuadas y coordinadas entre los distintos integrantes de la asistencia sanitaria

De esto se desprende la necesidad de enfatizar respecto a la cultura de seguridad del paciente, siendo de vital importancia e incidencia en la calidad de atención brindada.

Existe coincidencia, que la mejora de la calidad con enfoque en la seguridad, pasa, fundamentalmente por una comunicación abierta, una cultura fortalecida, no punitiva y sustentada por una formación continua.

La comunicación cobra vital importancia entre el personal asistencial del servicio, tanto entre ellos como con profesionales de otros servicios, se torna de relevancia como un elemento de soporte para la cultura de seguridad, ante los eventos adversos, así como para la disminución de los errores, coincidiendo con estudios sobre el tema.

Se resalta la necesidad de formar un sistema de seguridad, donde el clima organizacional y la apertura al diálogo en forma horizontal y vertical, involucrando a mandos medios, personal operativo, e incluso al paciente y su familia, se visualizan como posibles acciones para generar ambientes seguros en la atención sanitaria.

Los entrevistados destacan la *“falta de comunicación, en el equipo, especialmente plantean un desconocimiento de las líneas de acción de la COSEPA, la misma aparece como una figura que cumple meramente con el requisito de las metas institucionales y no con el objetivo para lo cual fue creada”*.

Otro aspecto a tener en cuenta, surgido en este estudio, es lo relacionado a la formación y capacitación de los recursos humanos.

Emergen indicadores tanto de la formación a nivel de pregrado, como acerca de la formación permanente del personal.

Es evidente que las competencias del personal de enfermería influyen en la seguridad del paciente y en la generación de cuidados libres de riesgos, coincidiendo con World Health Organization; 2008

Tanto las competencias desarrolladas como el perfil profesional, e incluso su personalidad, demuestran su incidencia en brindar una atención segura, lo cual es de relevancia que sea tenido en cuenta tanto por los responsables de la formación académica curricular como por los responsables de los servicios asistenciales.

Concordamos con autores que indican que la formación permanente y la acreditación hacen posible una práctica más segura, previniendo daños y minimizando los riesgos derivados de la atención sanitaria. “En esa línea, los directores de servicios de salud deben fomentar que las enfermeras puedan avanzar en sus conocimientos y capacidades profesionales.” 22

Lo expuesto permite visualizar aspectos relevantes para la práctica, que tienen que ver con dimensiones complejas, como las mejoras en la dotación de personal y la disminución de las cargas de trabajo y un contexto nacional e internacional muchas veces poco atractivo

para la profesión; así como con dimensiones más sencillas y posibles de implementar, como la fomentación del trabajo en equipo y las mejoras en la formación tanto en el ámbito académico como en los mismos servicios. Existen ejemplos y modelos que se pueden tomar como punto de partida, los cuales están diseñados para mejorar la comunicación, la responsabilidad, el trabajo en equipo y el liderazgo, la atención a la seguridad y las mejoras, en general, de la calidad, para asegurar que los pacientes sean el centro de los servicios de salud. (Ferreira A, Fort Z, 2014)

10. CONCLUSIONES

Al concluir entendemos que se identificaron aspectos relevantes respecto a la necesidad de fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente centrada en los recursos humanos especialmente en la selección y orientación en servicio, capacitación, el trabajo en equipo y la formación permanente como aspectos significativos tanto para el equipo de salud pero fundamentalmente para las enfermeras.

Los datos emergidos nos permiten dar una visión para poner en práctica intervenciones tendientes a colaborar en la cultura de seguridad de la atención en la salud.

En cuanto al desarrollo de estrategias en la gestión y de acuerdo con los distintos autores, mencionados anteriormente, la importancia de una gestión de calidad, con una figura fuerte del líder carismático y como este influye en la seguridad de los pacientes. Sin lugar a dudas, las conductas en la gestión diaria, el modelo de liderazgo, tiene una relación estrecha con los lineamientos generales de la seguridad.

Surge un elemento a tomar en cuenta, especialmente por los gestores. El trabajo en equipo emerge como una condición de apoyo al profesional. La comunicación entre las personas

operativas del servicio, tanto entre ellos como con profesionales de otros servicios, se torna de relevancia como un elemento de soporte ante el evento adverso, así como para la disminución de los errores, coincidiendo con estudios sobre el tema.¹⁸

Existen modelos referentes de mejora de la calidad aplicables también a los diferentes procesos de comunicación, liderazgo y seguridad del paciente, de forma de lograr un proceso de enseñanza- aprendizaje, de acuerdo con lo planteado por Deming e Ishikawa.

Si bien se cumplieron los objetivos de este estudio relacionados con conocer el significado que los gestores le atribuyen a la cultura de seguridad, muy lejos está de ser un trabajo terminado, por el contrario es la pieza primaria de futuras investigaciones.

Es de destacar que no se pretende la generalización de sus resultados, dado que el foco estuvo en el estudio en profundidad de las particularidades, en torno a los sujetos involucrados en un evento adverso en salud. Sin embargo, resultan de interés los datos emergidos dejando visualizar un camino para continuar profundizando en el tema mediante investigaciones y puesta en práctica de intervenciones tendientes a colaborar con el logro de una cultura de seguridad en la atención sanitaria, con implicancias para la práctica y para la formación de las enfermeras.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Joint Comision International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo de 2007- disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/.../Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
2. OMS .Métodos e instrumentos de medición para estimar el daño al paciente: 2007. Disponible en:
www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/new_working_group/es
3. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com - disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tecnica-saer-enfermeria/
4. Jesus Ma Aranaz Andres. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Departamento Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche .Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/.../opsc_sp2.pdf
5. Lidia Osorio. Lo que todos debemos saber de las buenas prácticas clínicas. Biomédica Revista de Instituto nacional de Salud. Colombia 2015.Vol.35 Numero 2.
6. WHO/IER/PSP/2008.02 Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Estrategias de la OMS en Seguridad del paciente - disponible en:
https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/.../23_oms_larizgoitia.pdf
7. World Health Organization- Guía Curricular sobre seguridad del paciente. USAL.2012. Disponible en: www.WHO.int/patientsafety/education/curriculum-guide-SP.pdf
8. MSP.- Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Montevideo. 2016
9. Organización Mundial de la Salud. The Join Comisión .Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo 2007. Disponible en:
www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf

10. Emilio Ignacio García. Resultados de la formación en la mejora continua de la calidad en la división de Enfermería. XII Jornadas Internacionales de supervisión de Enfermería. Palma de Mallorca. Marzo 2001.
11. Emilio Ignacio García Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los Hospitales .Universidad de Cádiz. Tesis doctoral. Cádiz, Enero 2007.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del Paciente [Internet]. Presentación [Accedido 19 de febrero de 2015] Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion>
13. World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008
14. Gomez Ramirez, Olga et al.Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería. Bogotá Colombia. Cienc. enferm. [Online]. 2011, vol.17, n.3, pp.97-111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1966; 44: 166-206.
16. Manuel García P., Carlos Quispe A., Luis Ráez GMejora continua de la calidad en los procesos. Universidad de San Marcos. Lima Perú 2003 Vol. 6, Núm. 1.
17. Kaoru Ishikawa. Practica de los círculos de Control de Calidad. EEUU. 1988.
18. Tamayo M, Gómez VM. La investigación: serie aprender a investigar. Módulo 2. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, Colombia. Editorial CREDI. 1999.
19. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw – Hill Interamericana; 2000. p. 525-545.

20. De la Cuesta C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2010 oct-dic; 19 (4): 762-6.
21. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. *Rev Cubana Enfermer.* 2011
22. Umpiérrez Augusto Ferreira, Fort Zoraida Fort, Tomás Virginia Chiminelli. Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 June [cited 2017 Sep 19]; 24(2): 310-315. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200310&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000122014>.

12. OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Soluciones para la seguridad del paciente. (2007) (vol.1, solución 9) Huntingdon Valley
- The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care.
- Quality review Newsletter. (1997). The United States Pharmacopeial Convention. National Council Focuses on coordinating error reduction efforts. (vol. 57, pp. 1-4).
- Plan de calidad para el SNS. Práctica para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Otero López MJ, Bajo A (1999). Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de Urgencias (pp. 796-805).
- Martín MT, Codina C. (2002). Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario (pp. 118:205-210). Med. Clin (Barc).
- Quality review Newsletter. (1997). The United States Pharmacopeial Convention. National Council Focuses on coordinating error reduction efforts (vol. 57, pp. 1-4).
- Pediatric emergency care. (2007, 6 de junio). Pediatric patient safety in the prehospital/emergency department setting (vol. 23, num. 6).
- Bullock J, Jordan D, Gawlinski A, Henneman EA, Bullock J, Jordan D, et al. (2006, diciembre). Standardizing IV infusion medication concentrations to reduce variability in medication errors. (pp. 515-21). Crit Care Nurs Clin North Am.
- Eran Kozer, Winnie Seto. (2004, 28 de septiembre). Prospective Observational study.
- www.fmed.edu.uy

- Joint Commission for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety [internet]. 2008 [acceso: 30 jul. 2009] Disponible em: <http://www.ccforsafety.org/30730/>
- Marck P, Cassiani SHB. Teorizando sobre sistemas: una tarea ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Rev Latino-Am.
- Enfermagem [revista en la Internet].2005 oct [citado el: 2009 sep 18]; 13(5):750-3. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500021&lng=es. doi: 10.1590/S0104-1169200 5000500021
- .Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros Sociosanitarios. 2012 .Sociedad andaluza de calidad asistencial.
- Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. España: Ed. Morata; 2003.
- Vera Villalón M. Métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. Ciencia y Trabajo. 2005; 7(16): 85-7.
- Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Uruguay. Decreto de Ley N° 379/008. Investigaciones con seres humanos. Diario Oficial n° 4573/08, diciembre de 2008.

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO.

Estimado/a profesional:

Mi nombre es Adriana Aulet, soy Licenciada en Enfermería y alumno del programa de Maestría de Gestión de la Universidad de la República.

En este momento, y como última instancia para completar los estudios, estoy realizando una investigación cuyo título es “Cultura de Seguridad del Paciente desde la perspectiva del Interaccionismo simbólico en un Hospital Universitario”. La misma tiene como objetivo: Develar los significados que, las/os licenciadas/os en enfermería y las/os médicas/os gestores, le atribuyen a la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.

El método a utilizar será de tipo cualitativo, mediante el enfoque de Interaccionismo social. El proyecto de esta investigación ha sido sometido a la evaluación del Comité de Ética de la mencionada Universidad.

No existen beneficios directos al participar de este estudio como entrevistado. Sin embargo, Ud. tendrá la posibilidad de expresar su opinión sobre el tema en cuestión libremente. Esta investigación puede tener beneficios en relación a la atención a la salud de los usuarios.

Su participación como entrevistado/a es totalmente voluntaria y en caso que acepte le realizaré preguntas concernientes al estudio, cuyas respuestas precisaré grabar y luego transcribir. En caso de estar de acuerdo en participar se garantiza que:

- Se mantendrá su nombre en forma anónima en todos los casos, mediante lo cual se le asegura que no se dará a conocer su identidad en ningún caso. La entrevista será nominada con un número y nunca se presentará su nombre.
- Se realizará la entrevista en un lugar y horario que a Ud. le convenga, la cual será en una única vez y llevará un tiempo aproximado de una hora.
- Ud. tiene el derecho a obtener una respuesta adecuada ante cualquier duda que surja durante o después de realizada la investigación.

- Ud. tendrá la libertad de abandonar el estudio si por algún motivo lo considera necesario, ya sea por causas de índole emocional, de tiempo de disposición para la entrevista o de cualquier otro tipo. Ud. puede interrumpir la entrevista en cualquier situación en la que no desee continuarla.
- Se le devolverá la transcripción de la entrevista para confirmar la misma..

Su participación y la divulgación de los resultados de este estudio, en la forma de disertaciones en congresos, publicaciones y otras, será de relevancia para un mayor conocimiento sobre cultura de seguridad. En todos los casos se mantendrá en anonimato su participación, resguardando su identidad como se mencionó anteriormente.

Yo _____, después de haber leído y comprendido lo anteriormente expuesto, estoy de acuerdo en participar de esta investigación, haciéndolo en forma voluntaria y conociendo todos mis derechos.

Montevideo, _____ de 2016.

Entrevistado/a

Investigador