

Promoviendo cultura de seguridad en 5 IPS colombianas

Institución: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Domicilio: Carrera 15 a # 120-74 Bogotá, Colombia
Teléfono: +57 (601) 7448100

Autores: Luisa Fernanda Naranjo Perea,
Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación, Bogotá, Colombia.

Nombre del investigador principal: Luisa Fernanda Naranjo Perea
Correo electrónico: l.naranjo@scare.org.co
Teléfono celular: +57 3219533871

Introducción

De acuerdo con la Joint Commission, al menos un 80% de los eventos adversos se relacionan con falta de comunicación entre profesionales de la salud (1). En áreas quirúrgicas, se ha identificado que el 86% de los errores en salas de cirugía, no se relacionan con errores técnicos y que hasta un 40% se relacionan con fallas en la comunicación (2).

En el análisis de eventos adversos, varios autores han concluido que los aspectos relacionados a las habilidades no técnicas (comunicación, liderazgo, trabajo en equipo, conciencia situacional, entre otras), influyen en la ocurrencia de eventos adversos y pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente (3-5). De manera similar existe evidencia de cómo, los procesos de comunicación efectiva, y un adecuado trabajo en equipo pueden actuar como factores protectores que reducen el número de eventos adversos (6). La relevancia de las habilidades no técnicas para brindar una atención segura al paciente, resulta cada vez más evidente, pues los profesionales ya empiezan a considerar que estas son casi tan importantes como las habilidades técnicas (7) adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud afirma que la mayoría de muertes y lesiones relacionadas con seguridad, pueden evitarse con un diseño y planeación de procesos y técnicas de atención seguras (8).

Las habilidades no técnicas mencionadas previamente, son más que sólo habilidades, pueden describirse también como dimensiones de una cultura de seguridad, definida como: "El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento de un grupo que determinan el compromiso, el estilo, y la competencia de los programas de salud y seguridad de una organización" (9). Una cultura de seguridad ideal es aquella en la que la seguridad tanto del personal como del paciente, son considerados parte del modelo de negocio del Sistema de Salud, es además una de las estrategias más efectivas para lograr mejoras en seguridad del paciente sostenibles en el tiempo (10). La cultura de seguridad se ha convertido en un objetivo a ser obtenido, evaluado y analizado; ya que las habilidades no técnicas integran de alguna manera una cultura de seguridad, la mayoría de intervenciones que buscan mejorarla, se enfocan en dichas habilidades (9). De acuerdo con Provonost et al, una aproximación para mejorar la cultura de seguridad, puede darse a través de una serie de pasos (11):



En este contexto, se considera que las habilidades no técnicas, definidas como "las habilidades cognitivas y sociales necesarias para brindar una atención en salud segura y efectiva", forman parte de una cultura de seguridad, y tienen una importante contribución en la seguridad en la atención del paciente, hasta el punto en que una considerable proporción de los errores en atención se deben a deficiencias en las habilidades no técnicas (12). El entrenamiento en habilidades no técnicas requiere que se tenga en cuenta las actitudes, puntualmente aquellas que tienen que ver con el reconocimiento de la aplicación y el beneficio de habilidades no técnicas en la práctica diaria, este suele ser un reto importante, pues aunque existen diferentes programas de entrenamiento basados en evidencia, la adopción de los mismos se ve limitada por las actitudes de los participantes (10).

Buscando estrategias para afrontar este problema, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E., desarrolló un programa llamado "Promoviendo Cultura de Seguridad", el cual brinda de forma gratuita entrenamiento en habilidades no técnicas a las instituciones de salud colombianas en modalidad virtual. Queremos presentar la información que el programa ha obtenido luego de realizar las intervenciones en diferentes instituciones, con la hipótesis de que nuestro programa puede mejorar la percepción de calidad y seguridad del paciente en las instituciones.

Objetivo

Evaluar si un programa en modalidad virtual de enseñanza de habilidades no técnicas y trabajo en equipo puede modificar la percepción de calidad y seguridad del paciente en instituciones de salud colombianas.

Metodología

Estudio cuasi-experimental de antes y después. En el año 2021, S.C.A.R.E. publicó en su página web y redes sociales una invitación a instituciones de salud (IPS) colombianas para recibir un entrenamiento gratuito en modalidad virtual en habilidades no técnicas. Durante 2022, las instituciones de salud que aceptaron participar, recibieron el entrenamiento con la previa aplicación del Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS)) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); este cuestionario brindó una línea de base sobre la percepción de cultura de seguridad en las instituciones participantes.

En una intervención de 8 semanas, se impartió entrenamiento al talento humano en salud de las áreas de cuidado crítico, salas de cirugía, salas de partos y de hospitalización general. En cada área se entrenaron "Gestores del cambio", estos gestores recibieron entrenamiento teórico-práctico en liderazgo, habilidades no técnicas y prácticas seguras como briefing-debriefing, uso de listas de chequeo, y pausas de seguridad. De esta manera los gestores actuaban como líderes dentro de la institución, diseñando y ejecutando diferentes actividades de promoción de la seguridad del paciente. El personal administrativo de las instituciones fue entrenado también para que pudieran comprender y apoyar las actividades de los Gestores del cambio.

Al finalizar el programa, se realizó una segunda medición utilizando nuevamente la encuesta de la AHRQ. Los resultados se describen en forma de proporciones por cada dimensión de la encuesta, los cambios fueron evaluados utilizando la prueba de McNemar al tratarse de medición repetidas, empleando un nivel de confianza del 95%. La adherencia fue evaluada de manera subjetiva por el personal de S.C.A.R.E. a cargo del entrenamiento.

Resultados

5 IPS aplicaron a la convocatoria y 11.918 profesionales de la salud y personal de apoyo administrativo recibieron la capacitación. La adherencia al entrenamiento y a la implementación de actividades de promoción de la seguridad, fue calificada como muy alta en los Hospitales B y D, fue alta en los Hospitales C y E y en el Hospital A fue muy baja. Los resultados de cada dimensión de la encuesta de la AHRQ pueden verse en la Figura 1.

El primer resultado que nos llama la atención son las diferencias observadas en algunas de las dimensiones, las cuales se observan sólo en ciertos casos, y no en todos son positivas. La diferencia que parece mantenerse en casi todas las instituciones se observa en la dimensión de "Grado al que la comunicación es abierta", esto puede deberse a que la intervención del programa hace un especial énfasis a nivel del entrenamiento en comunicación, al considerarse un pilar fundamental para desarrollar otras habilidades necesarias como el liderazgo o trabajo en equipo.

Se observa también como las diferencias no fueron positivas en todas las instituciones, podemos observar mediciones negativas (disminución respecto a la evaluación inicial), o sin cambios, en las Instituciones A. La hipótesis que se propone para este resultado es la baja adherencia al programa presente en esta institución en específico, la cual fue motivada por cambios en la administración de las instituciones que derivó en la rotación de casi el 90% del personal, sin que se diera línea de continuación a la capacitación.

En la institución B, un miembro del personal administrativo que fue capacitado, ascendió en su cargo, y se convirtió en un apoyo que facilitó el proceso de implementación del programa, es decir, desde su cargo como líder administrativo continuó realizando la implementación del programa. La Institución C brinda un contraste importante, siendo el único hospital público del grupo. Para el momento del seguimiento, tuvo también un cambio en administración lo cual limitó la continuidad, sin embargo, el personal se mostró receptivo a la capacitación e implementaron estrategias que vincularon a la mayor parte del personal, aunque no tuvieran contratos que les permitieran permanecer en la institución por un tiempo indefinido. La Institución D mostró especialmente un alto compromiso institucional, realizaron grupos focales para enfocar el entrenamiento del personal, realizaron campañas que buscaban lograr compromiso de los participantes, y existió apoyo constante del área administrativa. En esta institución fue especialmente notable la participación de los médicos especialistas, el equipo administrativo de Anestesiólogos enfocó sus esfuerzos en reducción de anestesia simultánea.

Con esta información, podemos considerar que la adherencia variable de las instituciones parece haber influido en las diferencias observadas, adicionalmente refuerza una importante teoría, y es que cada dimensión de la cultura de seguridad es un factor que contribuirá al desarrollo de una cultura de seguridad positiva (9), pero por sí mismo no garantizará que se produzca un cambio que se mantenga en el tiempo.

Discusión

Una de las aproximaciones que se emplea para salvaguardar la seguridad, es la de la cultura de seguridad, una idea tomada de la aviación en la cual se espera que, si las actitudes de un grupo al momento de desempeñar sus labores se enfocan al objetivo de brindar una atención segura, la seguridad debería mejorar, ahora la dificultad radica en ¿cómo podemos moldear la cultura de un grupo de personas?

Existe una debilidad en nuestro análisis y es el instrumento de medición, si bien está estandarizado para medir cultura de seguridad y se presenta en múltiples referencias, es una encuesta, y como tal es limitada la información que puede ofrecer. Las encuestas son mejores para identificar la manifestación de la cultura de seguridad: el clima de seguridad, pues entregan una visión transversal del momento en el cual son aplicadas, pero un análisis a profundidad de la verdadera cultura, debería realizarse empleando metodologías cualitativas (9).

Conclusiones

Como conclusión encontramos que el grado en que es abierta la comunicación fue la dimensión que mostró mejoría en cada uno de los hospitales que tuvieron una adherencia alta o muy alta. La adherencia y el apoyo administrativo al programa parece estar relacionado con una mejoría en las dimensiones que evalúan la cultura de seguridad del paciente. El programa de intervención podría mejorar al menos algunas de las habilidades no técnicas de manera consistente, puntualmente, la comunicación. Se necesita más investigación para verificar si los cambios persisten en el tiempo y si realmente pueden estar relacionados con el programa.

Tabla 1. Resultados de la encuesta SOPS en 5 instituciones

Dominio	Institución A			Institución B			Institución C		
	Medición 1 N=104	Medición 2 N=107	P	Medición 1 N=238	Medición 2 N=225	P	Medición 1 N=252	Medición 2 N=172	P
Trabajando en equipo dentro de las unidades	62%	58%	0,35	66%	72%	<0,05*	79%	79%	0,02*
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	62%	57%	0,07	59%	68%	<0,05*	60%	64%	0,9
Aprendizaje organizativo—Mejoras continuas	71%	62%	0,01*	77%	83%	<0,05*	70%	78%	0,17
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	59%	58%	0,79	73%	74%	0,55	66%	76%	0,69
Percepciones generales de la seguridad del paciente	52%	49%	0,32	58%	60%	0,09	34%	58%	<0,05*
Comunicación e información sobre errores	59%	54%	0,17	61%	71%	<0,05*	58%	70%	<0,05*
Grado al que la comunicación es abierta	44%	38%	0,15	45%	54%	<0,05*	41%	49%	<0,05*
Frecuencia de incidentes reportados	0%	50%	<0,05*	54%	57%	0,16	54%	68%	<0,05*
Trabajando en equipo a través de las unidades	49%	46%	<0,05*	55%	60%	<0,05*	45%	69%	<0,05*
El personal	44%	32%	<0,05*	42%	41%	0,32	31%	34%	0,72
Transferencias y transiciones	54%	50%	0,18	57%	55%	0,77	22%	63%	<0,05*
Respuesta no punitiva a errores	39%	36%	0,55	30%	30%	0,81	33%	39%	0,69
Dominio	Institución D			Institución E					
	Medición 1 N=245	Medición 2 N=228	P	Medición 1 N=60	Medición 2 N=118	P			
Trabajando en equipo dentro de las unidades	58%	61%	0,60	65%	64%	0,14			
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	57%	62%	0,04*	69%	71%	0,77			
Aprendizaje organizativo—Mejoras continuas	72%	80%	<0,05*	78%	85%	0,03			
Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	60%	70%	0,02*	65%	76%	0,12			
Percepciones generales de la seguridad del paciente	44%	54%	<0,05*	39%	61%	<0,05			
Comunicación e información sobre errores	55%	58%	0,08	58%	75%	0,21			
Grado al que la comunicación es abierta	43%	46%	0,02*	49%	61%	<0,05			
Frecuencia de incidentes reportados	59%	52%	0,02*	51%	52%	0,53			
Trabajando en equipo a través de las unidades	47%	52%	0,95	43%	58%	<0,05			
El personal	30%	31%	0,91	30%	42%	0,23			
Transferencias y transiciones	43%	44%	0,16	29%	55%	<0,05			
Respuesta no punitiva a errores	34%	32%	0,25	23%	34%	<0,05			

Referencias:

- Naviglio A. As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up. *Saf Healthc* [Internet]. 2016;2(1):10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40884-016-0021-x>.
- Navarro S, F. González C, Gabrielli N. M. Evaluación de las habilidades no técnicas en cirugía. *Vol. 71. Revista de cirugía. sciELO*. 2019; p. 359-65.
- Lynch A. Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Semin Pediatr Surg* [Internet]. 2020;29(2):150906. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555858620300263>.
- Mills P, Neely J, Dunn E. Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2008;206(1):107-12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1502272510070779>.
- Ounomaa E, Aydin A, Brandhorst G, Khan MS, Dasgupta P, Ahmed K. Nontechnical Skills in Surgery: A Systematic Review of Current Training Modalities. *J Surg Educ* [Internet]. 2019;76(1):14-24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1931720417307201>.
- Araujo-Rosero OI, Guerrero-Lasso PA, Mata-Banchoy-Tulidán SM, Bastidas-Jurado CE. Revisión sistemática eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Vol. 23. Universidad y Salud. sciELO*. 2021; p. 353-65.
- Ruiz Marín M, Giménez-Franco C, Albaracín Martín Blázquez A, Candel Arenas MF. Habilidades no técnicas en cirugía: una asignatura pendiente. *Cirugía Española* [Internet]. 2019;97(7):419-20. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-habilidades-no-tecnicas-cirugia-una-asignatura-pendiente-S000973919391186>.
- World Health Organization. 10 facts on patient safety [Internet]. Patient safety. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>.
- Halligan M, Zeevnic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338-43.
- Casali G, Lock G, Novoa NM. Teaching non-technical skills: the patient centered approach. *J Thorac Dis*. 2021; Mar;13(3):2044-53.

- Provonost P, West B, Rosenstein B, Sonten JB, Holzmueller CG, Paine L, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *J Patient Saf*. 2005;3:30-40.
- Leuchner S, Leuchner M, Kopf S, Niederbichler AD. Non-technical skills training in the operating theatre: A meta-analysis of patient outcomes. *Surg* [Internet]. 2019;17(4):233-43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147366601930088X>.