

PERCEPCIÓN DEL ERROR EN CENTROS DE SALUD ARGENTINOS: LA INFLUENCIA DE UNA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL EN CALIDAD

Julián Torreblanca

Instituto de Medicina Preventiva, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad
Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.

juliantorreblanca@doc.uap.edu.ar

Recibido el 27 de septiembre de 2017. Aceptado el 17 de noviembre de 2017

Resumen

Tanto la Agenda 2030 de la ONU, como los Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE impulsan a la medicina a mejorar la calidad y seguridad de los pacientes. Esto se logra, en parte, mediante una mejora en la cultura organizacional impulsada por acreditaciones internacionales. Un aspecto clave, es entender al error como proceso sistémico.

Para contrarrestar fallos latentes y la creencia tradicional del error personal se debe trabajar con acciones en conjunto con otras profesiones para mejorar la cultura de seguridad mediante programas de concientización y refuerzo. La acreditación internacional en calidad de la *Joint Commission International* (JCI) ayuda a impulsar el movimiento que debe ser medido regularmente mediante cuestionarios validados, como el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) y el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

El estudio es mixto, no experimental, comparativo, transversal, de carácter descriptivo, entre las dos organizaciones acreditadas en la Argentina y un centro de salud no acreditado. Los datos cuantitativos fueron recolectados mediante el cuestionario HSOPSC en las tres dimensiones relacionadas con la percepción del error. Luego se comparó el resultado con el cuestionario SAQ que utiliza uno de los centros acreditados. Los datos fueron respaldados por entrevistas al personal encargado de las acreditaciones en los centros de salud.

Los resultados reflejan que la acreditación es parte de un proceso mayor y sirve como impulso inicial. A su vez, no implica necesariamente una mejora en las

respuestas obtenidas en las dimensiones estudiadas durante los primeros años, debido al aumento en la concientización del personal. Si se destaca un aumento en la detección del apoyo de la dirección y de la frecuencia con que se reportan errores, basados en una mejora considerable en la dimensión que mide la respuesta no punitiva a los errores.

Palabras Clave: Error sistémico, JCI, Argentina, Cultura de Seguridad

Abstract

UN 2030 Agenda and OECD Principles of Corporate Governance encourage medicine to improve the quality and safety of patients. This is achieved, in part, through an improvement in the organizational culture driven by international accreditations. A key aspect is to understand error as a systemic process.

To counteract latent failures and the traditional belief of personal error should be working with actions in conjunction with other professions to improve the safety culture through awareness and reinforcement programs. International accreditation as the Joint Commission International (JCI) helps boost the movement that must be measured regularly through validated questionnaires, such as the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) and the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

The study is mixed, not experimental, comparative, transversal and descriptive, between the two organizations accredited in Argentina and a non-accredited health center. The quantitative data were collected through the HSOPSC questionnaire in the three dimensions related to the perception of error. The result was then compared with the SAQ questionnaire used by one of the accredited centers. The data was supported by interviews with personnel in charge of accreditations in health centers.

The results reflect that accreditation is part of a larger process and serves as an initial impulse. At the same time, it does not necessarily imply an improvement in the answers obtained in the dimensions studied during the first years, due to the increase in the awareness of the personnel. There is an increase in the detection of the upper management support and the frequency with which errors are reported, based on a considerable improvement in the dimension that measures the non-punitive response to errors.

Keywords: Systemic error, JCI, Argentina, Safety Culture

Introducción

El Objetivo 3.8 de la Agenda Global 2030 explicita "Lograr la cobertura sanitaria universal incluido (...) el acceso a servicios de salud esenciales de calidad" (Naciones Unidas, 2015, p. 19, 31). Complementariamente, el Objetivo 17.19 menciona "Aprovechar las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir los progresos en materia de desarrollo sostenible" (Naciones Unidas, 2015, p. 19, 31).

Aunque los desafíos de seguridad se observan en muchos tipos de actividades, son especialmente importantes en el ámbito de la salud. Un conocido trabajo de Amalberti y otros (2005) sostiene que el cuidado de los pacientes es una actividad de alto riesgo, comparable con otras actividades como la industria química, la aviación aerocomercial, los trenes y la industria nuclear. Sin embargo, es esencial para la humanidad. A través de nuevas instituciones internacionales de acreditación se intenta que los pacientes sean atendidos bajo parámetros internacionales de calidad.

Los Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE (2016) establecen pautas para el crecimiento sostenido de todos los *stakeholders*. Sin embargo, no fue sino hasta mediados de los '90 que se impulsó un movimiento en Estados Unidos, que luego se expandiría globalmente, para desarrollar estrategias de mejora en la seguridad de los pacientes. Esto dio lugar a la creación de diversos organismos, tanto públicos como privados, cuyos objetivos abarcaron la investigación, la formación y la intervención en esta temática. Los números más recientes de la OCDE (Slawomirski, Auraaen y Klazinga, 2017) ponen el daño al paciente como la 14^{ta} causa principal de enfermedad, en puestos similares a la malaria y la tuberculosis. Se consideran daños al paciente las infecciones hospitalarias, caídas, errores y retrasos diagnósticos, reingresos, errores en la prescripción, en la historia clínica, sobreutilización de tratamientos, deficiencias en la contención física de los pacientes y sus familias, litigios y todo evento que impida o retrase la solución del problema del paciente.

El informe *To err is human* (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000), cuyo título adelanta la idea de que el ser humano es el eslabón más débil en la larga cadena de accidentes médicos, recomienda que la cultura organizacional de las instituciones médicas, debe transformarse en una cultura de seguridad para generar cambios que reduzcan los errores médicos. En la Argentina, si bien según datos oficiales en cuidados críticos, el 32% de las internados en 2016 sufrieron infecciones hospitalarias y, un 10% en

las áreas no críticas (Programa VIHDA, 2017), los intentos por aplicar políticas nacionales similares a la de países desarrollados han sido aislados y se han visto truncadas por la federalización del sistema de salud, la falta de recursos y los diferentes momentos políticos.

La cultura de seguridad refleja las actitudes, creencias, percepciones y valores que los empleados comparten en relación a la seguridad (Cox y Cox, 1991). En el ámbito de la salud los valores, creencias y presunciones suelen ser muy diversos, y se diferencian claramente en tanto provengan de enfermeros, médicos, directivos o anestesiólogos, entre otros grupos de profesionales (Vincent y Amalberti, 2015). La cultura de seguridad es importante porque condiciona el comportamiento de los diversos grupos de profesionales que trabajan en una organización de salud, en relación al cuidado de los pacientes y la prevención del error.

La acreditación internacional de calidad en salud es brindada, entre otras, por la *Joint Commission International* (en adelante JCI). En la Argentina, dos centros de salud cuentan con este certificado en la máxima categoría, Hospital Académico. Un requisito para la obtención del galardón es contar con evaluaciones periódicas sobre la cultura de seguridad del paciente. Como concepto interno a la cultura de seguridad las evaluaciones miden la conceptualización organizacional del error médico y su punitividad. Pasados los primeros años luego de recibir la acreditación, en este trabajo se plantea el interrogante de conocer el efecto de la misma sobre la cultura de seguridad del paciente, identificar lineamientos organizacionales comunes entre los dos centros debido a la adecuación a las normas internacionales, y destacar las diferencias culturales más notables con un centro de salud que no organiza sus actividades con el objetivo de alcanzar metas y acreditaciones internacionales.

El presente estudio da respuesta a dichos interrogantes mediante una comparación cuantitativa, surgida de la evaluación periódica a los empleados, sobre las dimensiones que miden la percepción del error en las organizaciones acreditadas internacionalmente en calidad y seguridad del paciente con una organización no acreditada. Posteriormente, se identifica y justifica las diferencias mediante un análisis de las directrices, lineamientos y acciones tomadas por los centros acreditados para mejorar la cultura de seguridad del paciente, que incluye una adecuación a las normas internacionales de la JCI.

1. La cultura organizacional de las instituciones médicas

La percepción del Error en Medicina y la Seguridad en los pacientes

El daño es ocasionado por un error. A su vez existen aquellas equivocaciones que no se convierten en daño, los cuasierrores.

La Academia Nacional de Medicina adopta la definición conceptual de error de Reason (1990) como la falla para completar una acción tal como fue planeada (un error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (error de omisión). También identifica que no todos los errores producen un daño o lesión.

El error humano puede concebirse de dos modos diferentes, uno centrado en la persona, el otro centrado en el sistema donde el error se produce. Estos dos enfoques tienen implicancias en el tratamiento de los errores y en las medidas necesarias para prevenirlos (Reason, 1990).

El enfoque personal es el de más extensa tradición y se concentra en los actos inseguros (errores y violaciones de procedimientos) de los profesionales que están en contacto con los pacientes (enfermeras, médicos clínicos, cirujanos, anestelistas y farmacéuticos, entre otros). Supone que estos actos surgen de procesos mentales desviados tales como el olvido, la falta de atención, los descuidos, la negligencia y la imprudencia. Estos problemas se solucionan con medidas tales como campañas que apelan al miedo de las personas, la escritura de nuevos procedimientos, medidas disciplinarias, amenazas de juicios, cursos de reentrenamiento, identificación y culpabilización de los responsables.

El enfoque sistémico parte del supuesto que los seres humanos son falibles y que los errores ocurrirán, inclusive en las mejores organizaciones. Según esta mirada, los errores son consecuencias antes que causas, originándose no tanto en la perversidad humana como en los factores sistémicos más alejados de la atención del paciente, tales como la situación del trabajo y los procesos organizacionales. Las medidas para contrarrestar estos errores se asientan en la idea de que no se puede modificar la condición humana y que, por lo tanto, es necesario actuar sobre las condiciones que propician el error. Se pasa entonces de la determinación del culpable para castigarlo al análisis de las fallas del sistema de prevención del error.

Reason también señala que los accidentes organizacionales suceden porque existen dos tipos de fallos: los fallos activos, cometidos por los operadores, en este caso médicos, enfermeras y anestelistas, y los fallos latentes, circunstancias fuera del

control de los individuos en contacto con los pacientes. Cuando ambos tipos de fallos se sincronizan y logran pasar las barreras defensivas instaladas para prevenirlos ocurren los accidentes. Este autor considera que la cultura organizacional es una de las primeras y más importantes precursoras en el encadenamiento de hechos que originan un evento adverso (Reason, 1990).

En el mismo sentido de lo mencionado arriba, un artículo seminal de Leape, padre de la idea del error en medicina y la seguridad de los pacientes, sostiene que el error más próximo a un accidente es, de hecho humano, pero las causas del error están más allá del control de los individuos. Todos los seres humanos cometen errores, por lo que los sistemas que confían en que éstos no ocurrirán, tienden a fallar (Leape, 1994).

También sostiene que las soluciones a los problemas de los errores en medicina no se encuentran en la propia disciplina, sino en otras disciplinas tales como la psicología y las ciencias sociales. En el mismo trabajo propone medidas para la reducción de los errores causados por la limitación y falibilidad de los individuos, que basa principalmente en cambios de las condiciones de trabajo (Vincent y Amalberti, 2015).

El cambio de enfoque desde un modelo de error centrado en la persona a un enfoque sistémico, no puede realizarse sin un cambio cultural, consistente en dejar de concebir el error personal como un fracaso individual para convertirlo en una oportunidad de mejora del sistema, evitando así la repetición del mismo (Nieva, 2003).

En síntesis, siendo el objetivo evitar que los errores se transformen en daños, entendiendo a los mismos como fallas sistémicas que sobrepasan a la persona y cuya solución excede a la medicina e ingresa en áreas de las ciencias sociales, toma gran importancia el establecimiento de una cultura organizacional de seguridad del paciente. La obtención de una acreditación internacional en el área brinda el impulso necesario para abandonar el *statu quo*.

2. El impacto de la evaluación periódica de la cultura de seguridad

La calidad de la atención al público en instituciones de salud

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JC) tiene la misión de mejorar continuamente la seguridad y calidad de la atención al público en instituciones de salud a través de la provisión de acreditación a los hospitales y sus servicios complementarios (Brown, 2008). Una subsidiaria de esta organización sin fines de lucro es la *Joint Commission International* (JCI), diseñada para responder a la creciente demanda de evaluaciones estandarizadas por parte de las instituciones de salud en el mundo (Joint Commission International, 2010). La evaluación periódica de la cultura de seguridad de los pacientes es un requisito obligatorio para aquellos centros de salud que quieran ser acreditados.

En el último decenio los beneficios de la obtención de una acreditación, en sus distintas modalidades, comenzaron a ser estudiados, medidos y analizados. Paccioni, Sicotte y Champagne (2008) encontraron que alentaban al personal médico a utilizar mecanismos de interconsulta que mejoraban la satisfacción del paciente. El-Jardali, Jamal, Dimassi, Ammar y Tchaghchaghian (2008) mencionan que las enfermeras del Líbano percibían una mejora en la calidad durante y después del período de acreditación, especialmente en las áreas relacionadas con el compromiso y apoyo del directorio, el uso de los datos y la participación de todo el personal. McFadden, Stock y Gowen (2006) enfatizan el rol crucial de un directorio comprometido en implementar la calidad y seguridad del paciente en hospitales de EE.UU. para que esto realmente suceda. De manera similar, Ruiz y Simon (2004) encontraron que las acreditaciones traían consigo una mejora en los recursos humanos de los hospitales españoles gracias a los programas de entrenamiento.

Estudios que vinculan directamente a la acreditación de la JCI con mejoras en centros de salud incluyen a Audet, Raju, Jacobs, Schick y Aviles (2008), quienes comentan que promover la transparencia es considerado un pilar de la calidad y la seguridad del paciente en los hospitales que deseen ser acreditados; a Halasa, Zeng, Chappy y Shepard (2015), quienes encontraron que el sistema de salud de Jordania ahorró US\$593.000 durante los últimos tres años en instituciones acreditadas; y Al Attal (2009) quién trajo a la luz importantes desigualdades entre individuos nacionales y extranjeros en relación a entrenamiento, compensación y escala organizacional en los hospitales de los Emiratos Árabes Unidos.

En Porto Alegre, Abrantes (2007) relacionó la acreditación de la JCI con un aumento en la calificación de los profesionales, en el desempeño y reconocimiento de la organización, en la atención al paciente y en la ampliación del acceso a la organización.

3. Metodología

Se ha elegido utilizar una metodología mixta¹, comparativa, transversal.

Encuestas internacionales

La evaluación de la cultura de seguridad de un centro de salud se realiza, por lo general, mediante una de dos encuestas ampliamente validadas y utilizadas a nivel mundial: la **Safety Attitudes Questionnaire** (SAQ) de la Universidad de Texas² y la **Hospital Survey on Patient Safety Culture** (HSOPSC) de la *Agency for Healthcare Research and Quality*³ (para saber más sobre validez y características ver Etchegaray y Thomas, 2012; Fleming, 2005).

El cuestionario SAQ

En su formato corto, cuenta con 6 dimensiones:

1. Clima del equipo de trabajo
2. Clima de seguridad
3. Satisfacción laboral
4. Reconocimiento del estrés
5. Percepción de la administración
6. Condiciones de trabajo

¹ Los estudios mixtos, que utilizan tanto metodologías cualitativas como cuantitativas, implican distintos beneficios. Primero, aumentan la validez de los resultados al generar la triangulación de distintos tipos de datos que permite "lograr un conocimiento más profundo de un fenómeno dado a partir de una economía de recursos" (Fassio y Pascual, 2016).

² <https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/>

³ La organización creadora y distribuidora del cuestionario pone a disposición de aquellos que lo deseen y requieran los datos brindados por otras instituciones de salud que ejecutaron el cuestionario.

<https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

La Encuesta HSOPSC

Evalúa 12 dimensiones de la cultura de seguridad:

1. Trabajo en equipo intradepartamental
2. Expectativas y acciones del supervisor con respecto a la seguridad del paciente
3. Mejora continua organizacional
4. Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente
5. Percepción general de seguridad del paciente
6. Trabajo en equipo interdepartamental
7. Personal
8. Transiciones
9. Grado de apertura de la comunicación
10. *Feedback* y comunicación sobre errores
11. Frecuencia de eventos notificados
12. Respuesta no punitiva a los errores

Las encuestas HSOPSC y SAQ en Centros de Salud argentinos

La percepción del error a partir de la encuesta HSOPSC en dos centros de salud argentinos: acreditado por JCI⁴ y no acreditado por JCI

Se analizan los indicadores referentes a las tres dimensiones que tienen que ver con la percepción del error en la HSOPSC, en su versión en español, en un hospital acreditado por JCI y otro que no la posee. Se comparan las respuestas de los indicadores de las tres últimas dimensiones de la HSOPSC para saber si descriptivamente existe relación entre la percepción del error y la acreditación internacional.

El cuestionario de la encuesta HSOPSC fue aplicado por el hospital acreditado a 535 miembros del personal con contacto directo con el paciente en formato electrónico.

⁴ Si bien existen otras agencias acreditadoras internacionales, el trabajo se centra en la JCI por su escala mundial, la cantidad de investigaciones realizadas en hospitales acreditados y por ser la única presente en la Argentina.

Por su parte, el hospital no acreditado lo hizo con 155 de los miembros del personal, en formato papel.

La diferencia en tamaño se debe a las extensiones de las instituciones y los departamentos que las componen llegando en ambos casos a relevar a más del 75% de los empleados en relación directa con los pacientes.

Los datos fueron previamente procesados por los centros de salud, utilizando la metodología del creador del cuestionario, logrando recabar en este estudio, datos ya agrupados y organizados.

El cuestionario, en las dimensiones estudiadas, utiliza la escala de Likert de cinco posibles respuestas, desde en fuerte desacuerdo a totalmente de acuerdo. En la dimensión de frecuencias de eventos notificados la escala cambia a 7 opciones dependiendo del número de eventos notificados, desde 0 a más de 21 eventos notificados en el año.

La diferencia en tamaño no permite la correcta comparación de los resultados mediante pruebas de estadística inferencial, como la prueba T para muestras independientes, para revelar si las diferencias encontradas son significativas. Por esto, se procederá a analizar los resultados mediante estadística descriptiva.

La percepción del error a partir del cuestionario SAQ en un centro de salud argentino acreditado por JCI

Una vez concluida esta fase se procederá a comparar los resultados con los de la organización acreditada que releva el estado de cultura de seguridad mediante el cuestionario SAQ. El mismo fue realizado a 500 personas, en formato papel.

Etchegaray y Thomas (2012) encontraron que ambas encuestas tenían buena confiabilidad y existía evidencia de su validez para medir la cultura de seguridad, especialmente a nivel de individuo. Sin embargo, al tratar de convertir las puntuaciones de uno a otro, el porcentaje de varianza que se explicaba era moderado. Por esto, no se intenta realizar una comparación punto a punto sino global sobre la comprensión del error. Al escoger la herramienta se deben pesar otras variables además de la confiabilidad y la validez como la sencillez del SAQ, la comparabilidad del HSOPSC y que éste mide más dimensiones.

Entrevistas

Dos centros de salud acreditados JCI

Entrevistas a directores de los departamentos de calidad

Las respuestas a las encuestas fueron corroboradas con entrevistas a los directores de los departamentos de calidad de los dos centros acreditados, realizadas en el año 2017, para determinar razones que expliquen los resultados. Ambos directores son médicos, de larga trayectoria dentro del liderazgo de los centros y de la calidad y seguridad en los mismos.

Las preguntas realizadas fueron abiertas, dejándose el suficiente espacio para que los entrevistados pudieran elaborar el recorrido de los centros de salud en lo respectivo a la calidad:

1. problemas iniciales,
2. grupos más y menos reacios a aplicar los cambios recomendados,
3. importancia de la calidad para el directorio,
4. programas de concientización y participación creados,
5. mejoras físicas y sistémicas realizadas,
6. percepción del cambio en la cultura organizacional con respecto a la seguridad en los empleados,
7. medición de resultados obtenidos.

Estadísticas globales

A modo de guía se exponen los resultados agregados encontrados en 680 centros de salud de todo el mundo durante 2016 que realizaron la encuesta HSOPSC. Esta información carece de valor comparativo con los casos seleccionados debido a que no reconoce si el centro estudiado está acreditado, el tamaño de la muestra, la inclusión de todos o algún departamento del centro de salud y características demográficas y culturales que influyan sobre las respuestas pero sirve de guía para conocer el estado mundial de dicho ítem y el camino a la mejora.

4. Resultados

Los resultados de la comparación entre el hospital acreditado que realizó la encuesta HSOPSC y el hospital no acreditado muestran similitudes dentro de cada dimensión.

La dimensión HSOPSC 9.

Feedback y comunicación sobre errores

La dimensión feedback y comunicación sobre errores está compuesta por tres ítems:

C1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.

C3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

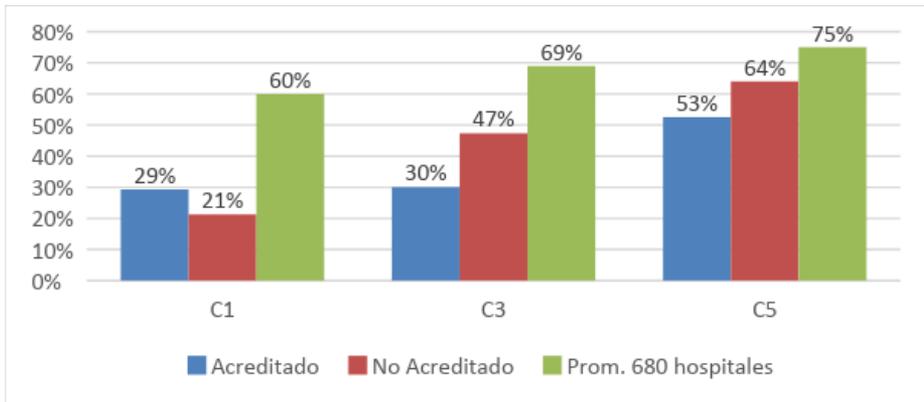
C5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.

En la Figura 1, se comparan los resultados. Muestran una mayoría de respuestas positivas en el centro no acreditado (44%) comparada al acreditado (37%), especialmente en la segunda (47% contra 30%) y tercera pregunta (64% contra 53%). A su vez, la primera pregunta reconoce el involucramiento de la alta dirección en el reconocimiento de los errores y los procesos que se disparan con el reporte. En este ítem, el centro acreditado (29%) supera al no acreditado (21%).

Ambas instituciones se encuentran a una distancia considerable del promedio mundial para esta dimensión de 68% de respuestas positivas.

La segunda institución acreditada, encuentra ítems similares en otras dimensiones debido al cuestionario SAQ utilizado. El 43% dice ser alentado por sus colegas a comunicar cualquier duda o preocupación sobre la seguridad, conocen los métodos apropiados para enviar preguntas con respecto a la seguridad de los pacientes y se hacen responsables por mantenerla. Por otro lado, 35% reconoce que la dirección los conduce a ser una institución centrada en la seguridad, que sus sugerencias son tomadas en cuenta si se las comunican a las autoridades de la institución y que se está haciendo más sobre la seguridad de los pacientes en el ahora que hace un año.

Figura 1: Dimensión feedback y comunicación sobre errores – Respuestas positivas



Fuente: Elaboración Propia

La dimensión HSOPSC 10

Frecuencia de eventos notificados

Por su parte, la dimensión frecuencia de eventos notificados se compone de los ítems:

D1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?

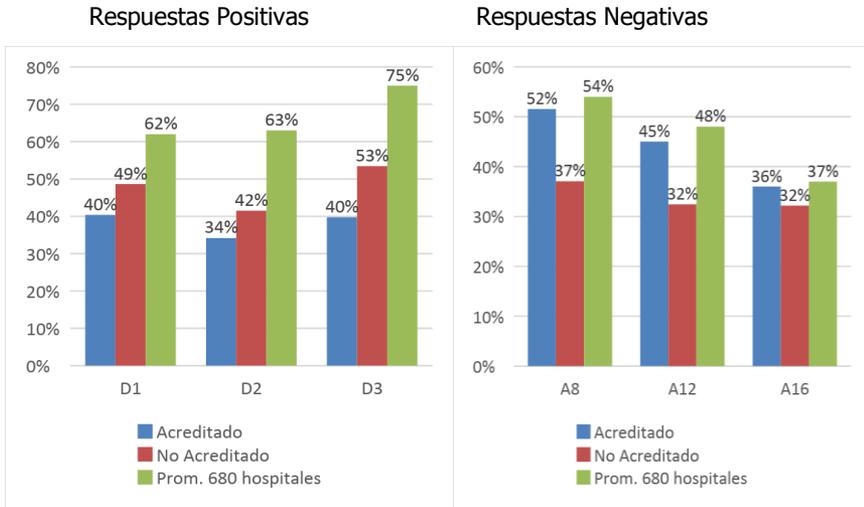
D2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?

D3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?

Siguiendo a la Figura 2, la tendencia de la dimensión anterior continúa con más respuestas positivas por parte del centro de salud no acreditado (promedio 48%) que el acreditado (38%). La mayor distancia se aprecia en el ítem D3 y la menor en el D2. La diferencia con el promedio global sigue siendo considerable (67%). A su vez, en la Figura 3, al cuestionar sobre la cantidad de reportes realizados por año el promedio de los centros acreditados para más de 2 respuestas por año es de 26%,

superior al promedio del centro no acreditado (15%) que a su vez es similar al promedio mundial (18%).

Figura 2: Dimensión frecuencia de eventos notificados y Dimensión respuesta no punitiva a los errores



Fuente: Elaboración Propia

La dimensión HSOPSC 11

Respuesta no punitiva a los errores

La tercera dimensión estudiada, respuesta no punitiva a los errores, también se compone de tres ítems:

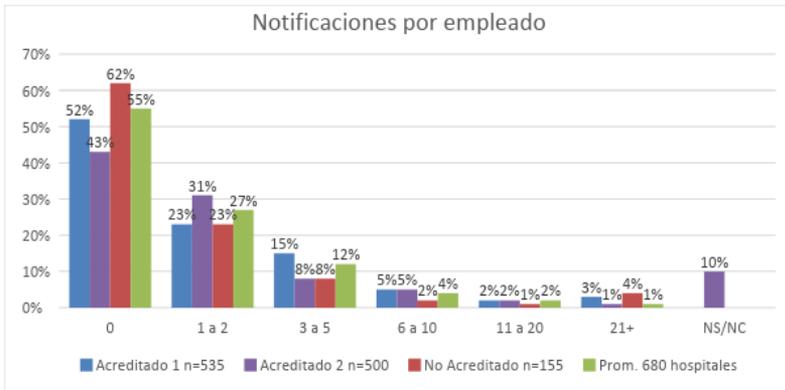
A8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra

A12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema

A16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.

Dado que las preguntas fueron formuladas en negativo, el resultado óptimo a esta pregunta será el negativo. La Figura 2 revela resultados opuestos a las anteriores, con porcentajes de respuesta mucho más cercanos a la media global y con amplia superioridad del centro acreditado. En promedio el 48% entiende que los errores no llevan castigos personales sino sistémicos, mientras que solo el 34% lo hace en el centro no acreditado. Además, el porcentaje de respuestas negativas del centro acreditado es superior al promedio global (46%). En el segundo centro de salud acreditado, el 39% cree que la mayoría de los eventos adversos ocurren como resultado de una falla múltiple en el sistema y que no son atribuibles a la acción de un solo individuo.

Figura 3: Notificaciones por empleado por año



Fuente: Elaboración Propia

Estudio cualitativo

La Tabla 1 muestra los principales programas y condiciones que los centros acreditados realizan para mejorar la comprensión del error y la cultura de seguridad, recabados en las entrevistas. Las similitudes se pueden apreciar en el apoyo de la dirección, filosofía de trabajo seguro, composición del departamento encargado de seguridad de los pacientes y su extensión a las unidades de trabajo, ateneos realizados, sistemas de reportes utilizados, programas de refuerzo, evaluaciones permanentes, reconocimientos por actitudes favorables, enseñanza de la cultura de seguridad desde el pregrado. Ambos entrevistados mencionaron la importancia de la acreditación como proceso impulsivo al cambio dentro de una estrategia mayor de mejora en la cultura de seguridad de los pacientes. En ambos centros, la calidad fue una prioridad, inclusive antes de que existieran los movimientos internacionales modernos de énfasis en errores y seguridad. Otro punto en común fueron los resultados descendentes en los indicadores al comienzo del proceso. El reconocimiento de lo que podría significar un error creció e hizo disminuir los indicadores en un principio, sin embargo, con las subsecuentes muestras se logra superar los resultados iniciales en la tercera o cuarta muestra, cuando la institución se prepara para la reacreditación.

5. Discusión

Las dimensiones de *feedback* y comunicación sobre errores y frecuencia de eventos notificados muestran que los centros acreditados necesitan de un proceso largo en el tiempo para mostrar mejorías. Las herramientas utilizadas para la mejora de la calidad en los centros de salud acreditados, brindadas en la entrevista realizada, dan cuenta de una desmejora en los resultados entre las tomas posteriores del cuestionario, relacionadas con la primera toma. Esto se explica por una mayor concientización sobre lo que representa un error que lleva a que el personal reconozca una mayor cantidad de situaciones no tratadas que podrían ser causal de errores (Vincent y Amalberti, 2015). La inclusión en el currículo de enseñanza de especialidades de salud podría ayudar a evitar esta situación (Jansma, Wagner, Kate y Bijnen, 2011) siempre y cuando el paso de la intención a la acción del reporte sea ayudada por la alta dirección y el gobierno nacional (Kousgaard, Joensen y Thorsen, 2012; Moumtzoglou, 2010).

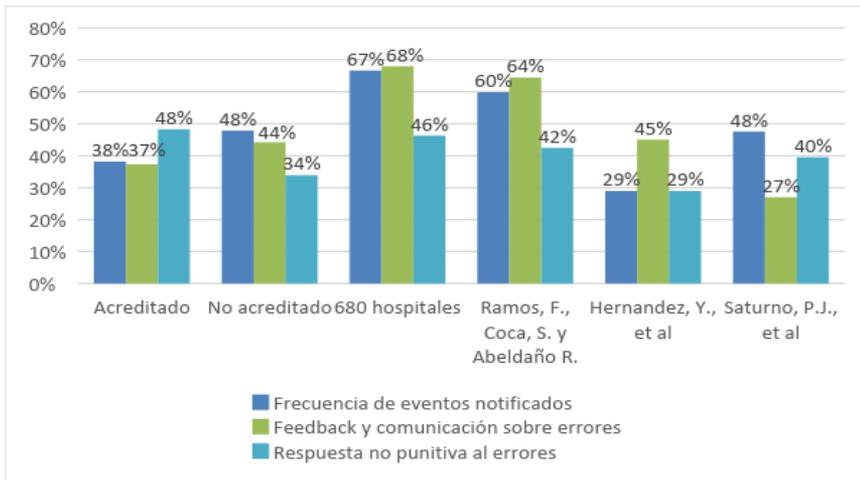
Tabla 1. Acciones tomadas para mejorar la cultura de seguridad

Acreditado 1	Acreditado 2
Calidad es parte del primer párrafo de la Misión de la institución.	Trabajando con indicadores de calidad desde 1998.
Se apuntó a acreditación internacional desde su fundación.	Se trabajó sobre la base de acreditación ISO en cada unidad.
Ateneos mensuales de seguridad del paciente.	Ateneos mensuales de seguridad del paciente.
Reporte de incidentes de creación propia, voluntario, electrónico desde 2006.	Reporte de incidentes propio, electrónico desde 2011.
Se realizaron pasantías de jefes de departamento en instituciones acreditadas extranjeras.	Reunión semanal de la Comisión de Reporte de Incidentes, con revisión diaria para detección de eventos centinela.
El Consejo Directivo se abocó a derribar barreras que atenten contra la seguridad de los pacientes.	La acreditación es parte de la estrategia mayor de mejora de la calidad.
Se organizan programas para lograr acreditaciones específicas para cada unidad.	Cada unidad se enfoca en solucionar un problema que afecta a una de las cinco áreas preseleccionadas de interés.
Departamento de Seguridad del Paciente con coordinadores por unidad.	Delegado de calidad por unidad integrado a la unidad superior de Coordinación de Seguridad.
Refuerzo constante al personal del orgullo de tener la acreditación.	Reconocimiento constante a aquellas personas que se adhieren al programa.
Creación de un sistema ampliado de búsqueda de errores. Global Trigger Tool como gatillo. El sistema de reportes recibe información de 8 a 10 fuentes diferentes, automáticas, semiautomáticas y manuales.	Sistema de reportes interno con Global Trigger Tool, externo con sistema de quejas y reclamos llevado hasta nivel individual con indicadores de satisfacción por persona.
200 reportes de incidentes por mes.	350 reportes de incidentes por mes.
Trabajo profundo con detección de eventos centinela.	Intención de acreditar programas asistenciales con JCI para facilitar el proceso de reacreditación.
Solo se asienta en el legajo personal si existe falta grave /negligencia.	Confección de videos para estudios casos de detección de errores.
Evaluación constante de la cultura de seguridad mediante HSPOC.	Programa "Dakar de la Seguridad". Participaron 30 sectores en cuatro competencias de detección de errores con metodología "tracer".
	Programa "Olimpiadas 2017" con la participación de 64 sectores.
	Evaluación constante de la cultura de seguridad mediante SAQ.

La Figura 4 resume las experiencias de centros de salud que realizaron el mismo cuestionario. En la primera dimensión, la iniciativa por parte de la alta dirección es

percibida por el personal de ambos centros acreditados y, en contraposición, es de los resultados más bajos del centro no acreditado. El promedio de la dimensión es similar al encontrado por Hernández (2013) y Ramos, Coca y Abeldaño (2017) en los centros médicos de Andalucía y la Argentina. El fomentar el reconocimiento de errores entre pares y la concientización hacen que, en un principio, se reconozcan muchos más problemas de los que se pueden resolver.

Figura 4: Comparación de respuestas – Centros de Salud que utilizan HSOPSC



Fuente: Elaboración Propia

La segunda dimensión, frecuencia de eventos notificados, presenta una diferencia y explicación similar a la anterior. El personal reconoce una mayor cantidad de eventos adversos que podrían convertirse en errores y aunque hay un mayor porcentaje de personal que reporta más de 2 errores por año en los centros acreditados (25% contra 15% en no acreditados) entienden que el porcentaje del no reporte es mayor que en los centros no acreditados. Esto lleva a explicar que a mayor nivel de cultura de seguridad, más se percibirá que se dejan de reportar eventos que podrían ser adversos. Así lo prueban Saturno (2009), Ramos (2017) en España y la Argentina

en centros no acreditados y Hernández (2013) en Andalucía, donde el gobierno local tiene un programa de calidad reconocido internacionalmente.

El mayor efecto de la acreditación se percibe en la dimensión respuesta no punitiva a errores. Se observa una tendencia clara, en los hospitales acreditados argentinos, a reconocer al error como sistémico y no personal. Su promedio es superior a otros trabajos similares (Hernández, 2013; Ramos et al., 2017; Saturno, 2009), inclusive al promedio mundial donde el miedo a que el error quede asentado en el legajo personal es muy superior al de los centros acreditados de la Argentina. El promedio del centro no acreditado para esta dimensión está en sintonía con el de los demás centros no acreditados mencionados anteriormente.

Conclusión

El análisis descriptivo realizado entre los centros de salud acreditados y el centro no acreditado revela que la acreditación no implica necesariamente una mejora en las respuestas obtenidas en los cuestionarios que miden la percepción del error y la cultura de seguridad de la organización en las dimensiones estudiadas. Sin embargo, las diferencias se deben, según mencionan los encargados de seguridad de los centros acreditados, a la ampliación del conocimiento del personal sobre lo que representa un error. Esta mayor concientización lleva al personal a detectar un mayor número de estos hechos, tanto así, que durante los primeros años la organización no alcanza a solucionarlos todos. Será trabajo de estudios futuros establecer si en el largo plazo los centros acreditados recuperan el tramo perdido y superan el nivel de respuestas inicial.

Es destacable la mejora en la percepción del compromiso de la alta dirección con la cultura de seguridad por parte del personal de los centros acreditados. La diferencia en los años pasados desde la adquisición de la acreditación también parece influir sobre la cantidad de respuestas positivas en este aspecto.

Se detectó también que el promedio de reporte de errores confeccionados por el personal de los centros acreditados es mayor al de los centros no acreditados del país y al promedio global. Esto a pesar de que la percepción de reportar estas situaciones es menor que los centros no acreditados.

La percepción del error como sistémico y no personal es un aspecto destacable alcanzado por los centros acreditados. Las políticas y procedimientos adoptados por los gobiernos corporativos de los centros de salud acreditados han logrado una mejora notable y un cambio en el paradigma de la cultura de la culpa que invade a la medicina, pasando a una nueva cultura segura de la medicina (Waring, 2005). Estudios anteriores (Stavropoulou, Doherty y Tosey, 2015) demuestran que los sistemas de reportes no son efectivos en soledad sino inmersos en un programa mayor, holístico, de mejora de la calidad, con coordinación departamental, variables que son tenidas en cuenta por los centros acreditados.

En miras a cumplimentar los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre cobertura de salud de calidad e indicadores que midan el progreso, se necesita de un compromiso de las autoridades nacionales para establecer parámetros comparables, guías e incentivos para que los centros de salud adopten normas internacionales de seguridad de los pacientes. Hasta este momento, las iniciativas en la Argentina han sido tomadas por prestadores e investigadores particulares sin otro fin que el prestigio que las mismas brindan y el compromiso con la mejor atención posible. La acreditación ha probado que, con los datos analizados, mejora la percepción del error y favorece la mejora del sistema, beneficiando a los pacientes a través de una atención de mayor calidad

Referencias bibliográficas

- Abrantes, S. (2007). *Acreditação em Organizações Hospitalares: (tesis de posgrado)*. Porto Alegre, BR.
- Al Attal, Z. Z. (2009). *Factors Affecting the Implementation of Joint Commission International Standards in United Arab Emirates Hospitals: (tesis de doctoral)*. Salford, UK.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. y Barach, P. (2005). Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 756. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012>
- Audet, A.-M., Raju, R., Jacobs, C. M., Schick, J. F. y Aviles, A. D. (2008). Transparency as a Pillar of a Quality and Safety Culture: The Experience of the New York City Health and Hospitals Corporation. *The Joint Commission Journal on Quality*

and Patient Safety, 34(12), 707–712. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34093-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34093-8)

Brown, J. A. (2008). *The healthcare quality handbook: A professional resource and study guide* (23rd annual ed.). Pasadena, CA: J.B. Quality Solutions.

Cox, S. y Cox, T. (1991). The structure of employee attitudes to safety: A European example. *Work & Stress*, 5(2), 93–106. <https://doi.org/10.1080/02678379108257007>

El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W. y Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(5), 363–371. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn023>

Etchegaray, J. M. y Thomas, E. J. (2012). Comparing two safety culture surveys: Safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ quality & safety*, 21(6), 490–498. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000449>

Fassio, A. y Pascual, L. (2016). *Apuntes para desarrollar una investigación en el campo de la Administración y el análisis organizacional* (1ra). Buenos Aires: Eudeba.

Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: A "how to" guide. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 8 Spec No, 14–19.

Halasa, Y. A., Zeng, W., Chappy, E. y Shepard, D. S. (2015). Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 21(2), 90–99.

Hernández, Y. M. (2013). Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *CONAMED*, 18(4), 148–156.

Jansma, J. D., Wagner, C., Kate, R. W. ten y Bijnen, A. B. (2011). Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: A controlled study. *BMC health services research*, 11, 335. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-335>

Joint Commission International. (2010). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals* (4th ed.). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.

Kohn, L. T., Corrigan, J. y Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system* / Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, editors. Washington, D.C., Great Britain: National Academy Press.

Kousgaard, M. B., Joensen, A. S. y Thorsen, T. (2012). Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 30(4), 199–205. <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.732469>

Leape, L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272(23), 1851–1857.

McFadden, K. L., Stock, G. N. y Gowen, C. R. (2006). Implementation of patient safety initiatives in US hospitals. *International Journal of Operations & Production Management*, 26(3), 326–347. <https://doi.org/10.1108/01443570610651052>

Moumtzoglou, A. (2010). Factors impeding nurses from reporting adverse events. *Journal of nursing management*, 18(5), 542–547. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01049.x>

Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Nieva, V. F. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(90002), 17ii-23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

OCDE. (2016). Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE y del G20. <https://doi.org/10.1787/9789264259171-es>

Paccioni, A., Sicotte, C. y Champagne, F. (2008). Accreditation: A cultural control strategy. *International journal of health care quality assurance*, 21(2), 146–158. <https://doi.org/10.1108/09526860810859012>

Programa VIDHA (2017). *Estudio Nacional de Diagnóstico Institucional y Prevalencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud de Hospitales de Argentina. Edición 2016.* Disponible en: <http://siswep.anlis.gov.ar/archivos/informesconsolidados/Informe-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-de-IACS-de-Hospitales-de-Argentina-2016.pdf>

Ramos, F., Coca, S. M. y Abeldaño, R. A. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>

Reason, J. T. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ruiz, U. y Simon, J. (2004). Quality management in health care: A 20-year journey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 323–333. <https://doi.org/10.1108/09526860410557570>

Saturno, P. J. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español: Saturno, P. J., Gama, Z. A., Sousa, S. L., Oliveira, A. C., Miranda, Y. F., & Ferreira, M. S.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Slawomirski, L., Auraaen, A. y Klazinga, N. (2017). *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. OCDE.

Stavropoulou, C., Doherty, C. y Tosey, P. (2015). How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *The Milbank quarterly*, 93(4), 826–866. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>

Vincent, C. y Amalberti, R. (2015). *Seguridad del Paciente: Estrategias para una asistencia sanitaria más segura* (1ra). Madrid: Modus Laborandi.

Waring, J. J. (2005). Beyond blame: Cultural barriers to medical incident reporting. *Social science & medicine* (1982), 60(9), 1927–1935. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.055>