



CENCOMED (Actas del Congreso), educienciapdc12023, (septiembre 2023) ISSN 2415-0282

Cultura de Seguridad Quirúrgica en Cuba, gestión y desarrollo.

Dra. Evelyn Martín Serrano¹ <http://orcid.org/0000-0002-8627-711X>

Lic. Alejandro Lázaro Pérez Millán ² <https://orcid.org/0000-0001-8446-7342>

Dr. Michael Peró Carbonell ³ <http://orcid.org/0000-0003-0754-3764>

DraC. Martha Esther Larrea Fabra ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6117-3314>

¹ Especialista de 1er grado de Medicina General Integral, Especialista de 1er grado de Cirugía General. Profesora Asistente. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Miguel Enriquez”. emartinserrano4@gmail.com

² Especialista en Marxismo Leninismo e Historia, Profesor Instructor, Universidad de las Ciencias Informáticas UCI. alejandrolpm@uci.cu

³ Residente de 4to año de Cirugía General. Profesor Instructor, Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Miguel Enriquez”. michaelcarbonell2@gmail.com

⁴ Especialista de 1er y 2do grado en Cirugía General, Doctora en Ciencias, Profesora Titular, Consultante y Emérito. Hospital Universitario “General Calixto García”. larream@infomed.cu

Autor de correspondencia: Dra Evelyn Martín Serrano.

No hay conflicto de intereses.

Resumen.

Introducción: Se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención médica en los países en desarrollo, debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Cuba no está exenta de éstas problemáticas y se enfasca en cada proyecto institucional en elevar la calidad de la atención a pesar de las limitaciones financieras. **Objetivo:** Conocer el desarrollo y la gestión que ha tenido

Cuba para evaluar la cultura de seguridad, desde sus diferentes dimensiones. **Material y Método:** Se realizó búsqueda bibliográfica utilizando como gestor de la información Scielo y Pubmed, utilizando las palabras claves cultura de seguridad, clima de seguridad, calidad de la atención. **Desarrollo:** La definición más actual de seguridad, ofrecida por la OMS, “*ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud*”. En Cuba a lo largo de los años tras 1959 se han ido creando estrategias y perfeccionando los estándares de calidad en los centros hospitalarios. Se han realizado múltiples estudios como los de Dra Urbina; Dra Llanes Betancourt y Lic Bolaños en el área de enfermería, que reflejan la importancia de la labor de enfermería y la necesidad de mejorar aspectos de la calidad de formación, de los mismos, otros estudios realizados en Hospitales Clínicos Quirúrgicos han mostrado la creación y actualización de estrategias de calidad en el ámbito quirúrgico. **Conclusiones:** Existe una ardua labor investigativa en proyectos de salud encaminados a elevar la seguridad del paciente quirúrgico, en los tres sistemas de atención médica.

Palabras claves: cultura de seguridad, clima de seguridad, calidad de la atención.

Abstract.

Introduction: Very Little is known about the magnitude of the injuries produced by medical care in developing countries, due to the limitations on infrastructure, technology and human resources. Cuba is not exempt from these problems but continuously engages in every institutional project in order to raise the quality of care despite the financial constraints. **Objective:** know the development and management that Cuba has had to evaluate the security culture from its different dimensions. **Material and Method:** A bibliographic search was carried out making of Scielo and Pubmed as information managers, using the keywords security culture, security climate and quality of care. **Development:** The current definition of safety offered by the WHO, “absence of harm, real or potential, related to health services”. In Cuba throughout the years after 1959 strategies have been created and quality standards have been perfected in hospital centers. Multiple studies have been conducted, such as those of Dr Urbina; Dr Llanes and Ms. Bolaños in the nursing area, which reflect the importance of the nursing work and the need to improve aspects of the quality of nursing education, from the same, other studies were carried out in Surgical Clinical Hospitals have shown the creation and quality strategies updates in the surgical field. **Conclusion:**

There is an arduous investigative work in health projects aimed at raising the safety of the surgical patient in the three medical care systems.

Keywords: security culture, security climate, quality of care.

Introducción.

La importancia percibida de la cultura de seguridad para mejorar la seguridad del paciente y su impacto en los resultados del mismo ha llevado a un interés creciente en la evaluación del clima de seguridad en las organizaciones de atención médica; la Beneficencia y no maleficencia, como principio ético de hacer el bien y evitar el mal y la expresión latina *primum non nocere*, traducida como “lo primero es no hacer daño”, son estándares en el actuar profesional, base de una cultura de seguridad del paciente.⁽¹⁾ La literatura refiere un dato alarmante, considerando que los profesionales de la salud están en gran medida capacitados y formados con principios éticos y bioéticos; los reportes describen que se subestima, la verdadera incidencia de muerte por error médico; es la tercera causa de muerte, después de las etiologías cardiovasculares y oncológicas.⁽²⁾

La cultura de seguridad del paciente cobró importancia tras la publicación de *To err is human (Errar es humano)* del National Institute of Health (NHI) de Estados Unidos. Según este registro, 44 000 a 98 000 estadounidenses mueren cada año a causa de errores derivados de la atención médica, lo que provoca en su mayoría incapacidad temporal y muerte.⁽³⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) refirió que 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria.⁽⁴⁾ El estudio multicéntrico estudios iberoamericanos de efectos adversos de la salud (IBEAS) de Latinoamérica mostró una prevalencia de efectos adversos del 10.5%, con 8.2% que sufrió la infección del sitio quirúrgico.⁽⁵⁾ El Consejo Nacional de Arbitraje Médico en México (CONAMED) publicó que el quirófano ocupó el tercer lugar de los servicios que informaron el mayor número de efectos adversos, lo que representó el 14.3% de los casos.⁽⁶⁾

La atención insegura en entornos diferentes de los hospitales es casi desconocida. Es imprescindible tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención incierta en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos.⁽⁷⁾

Cuba no está exenta de estas problemáticas y se enfrasca en cada proyecto institucional en elevar la calidad de la atención, aunque no hay muchos estudios publicados sobre evaluación de la cultura de seguridad, a través de instrumentos de medición del clima de seguridad, los que existen, solo evalúan la labor de enfermería, utilizando instrumentos de medición extranjera. No así la integración del equipo quirúrgico; una de las dimensiones a tener en cuenta para lograr una cultura de seguridad elevada.

Objetivo.

Conocer el desarrollo y la gestión que ha tenido Cuba para evaluar la cultura de seguridad, desde sus diferentes dimensiones.

Material y Método.

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica utilizando como motores de búsqueda Scielo y Pubmed, de los últimos 5 años, aunque teniendo en cuenta la poca publicación acerca del tema en revistas cubanas se mostrarán las de mayor antigüedad por la importancia que presentan. Utilizando como palabras claves, clima de seguridad, cultura de seguridad, calidad de la atención.

Desarrollo.

La definición más actual de seguridad, es la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la seguridad del paciente como *“ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud”* ⁽⁸⁾ Una de las reacciones más representativas fue de la propia OMS, que creó en 2004 una Alianza internacional para la seguridad del paciente ⁽⁹⁾, hoy caracterizada como programa, que ha desarrollado desde entonces una serie de iniciativas importantes y globales. El concepto de cultura de la seguridad nace en los años ochenta después del desastre nuclear de Chernovil y fue precisamente la organización internacional de energía atómica la que acuñó la definición.⁽¹⁰⁾ La mejora de la cultura de seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las recomendaciones para fomentar la seguridad en hospitales, Cultura de seguridad suele definirse como *“el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”*.⁽¹¹⁾ Se entiende que dicha cultura pese a que hay pocos estudios concluyentes sobre la relación entre cultura de seguridad

deficiente y la alta incidencia de errores o eventos adversos se sabe que éste es un factor que contribuye a su ocurrencia.⁽¹²⁾

En Cuba, durante 1959 y posterior a este año se realizaban actividades aisladas para controlar la calidad de los servicios sanitarios. En 1962 surgió un sistema para el control de la calidad que contempló auditorías e inspecciones del Ministerio de Salud Pública que dio paso al surgimiento del Comité de Evaluación de Actividades Científicas. En 1963 se diseñó el reglamento sobre el funcionamiento de los hospitales; a lo largo de los años se han diseñado estrategias, resoluciones, documentos normativos y programas dirigidos al control y mejoramiento de la calidad de los servicios médicos ⁽¹³⁾; se trabaja arduamente en elevar la calidad de la atención hospitalaria a pesar de las dificultades financieras. En el XI congreso cubano de cirugía y la Reunión Regional de la Federación Latinoamericana de la especialidad celebrada en noviembre del 2010 abogó por la calidad de vida y seguridad del paciente quirúrgico, ante unos 300 delegados de unos 15 países, el doctor José Miguel Goderich, presidente de la Sociedad Cubana de Cirugía y del comité organizador, destacaba que la seguridad del paciente era más que ausencia de errores y reconocía que el cuidado de la salud era complejo y pueden encontrarse soluciones efectivas. Precisó el experto que se define “seguridad del paciente” como un estado libre de lesiones accidentales e insistió en la importancia de reducir la probabilidad del error humano que conlleva a una respuesta e investigación inmediata para prevenir males mayores.⁽¹³⁾

"Errar es humano, ocultar los errores es imperdonable, no aprender de ellos no tiene perdón", concluyó Goderich en la conferencia magistral de la jornada inaugural, remarcó "Seguridad implica desde las técnicas quirúrgicas, la sangre segura, la prevención del VIH-SIDA, la hepatitis C, hasta los programas de atención al paciente hospitalizado y el diagnóstico y tratamiento de complicaciones, actuando consecuentemente sobre las mismas" ⁽¹⁴⁾

En estudio realizado por Rosalba Roque⁽¹⁵⁾ refiere que los hospitales han creado estructuras organizativas y comités para la gestión de la calidad del servicio y seguridad del paciente. Sin embargo, en muchas instituciones de salud estas estructuras funcionan de forma independiente y sin comprender que la seguridad es solo una de las dimensiones de la calidad de la atención médica, así como el acceso, oportunidad, eficacia, eficiencia, adecuación al paciente y aceptabilidad.⁽¹⁶⁾ Para tener una tasa de error válida, confiable y significativa se deben compilar datos exactos. Sin embargo, la tasa de realización de

informes o identificación de los errores médicos en la revisión de los registros médicos puede no reflejar totalmente la realidad. De hecho, la participación de todos los profesionales de la salud en la información de los errores, la reducción del riesgo y la mejora de la seguridad y la calidad es una tarea crucial pero difícil.⁽¹⁷⁾

En el proceso de evaluación y mejora, están incorporadas las actividades de los Comités evaluadores de la Calidad Hospitalaria.⁽¹⁸⁾ Sobre la base de la estructura, las responsabilidades y los documentos establecidos para gestionar la calidad del servicio de atención médica, la realización de estudios exhaustivos sobre la seguridad del paciente y el pensamiento basado en el riesgo, se desarrolló el sistema integrado de la calidad y la seguridad del paciente. Este sistema integrado se fundamenta en la prevención de los riesgos en cada subproceso involucrado en la atención médica.⁽¹⁸⁾

En estudio realizado por la Lic Bolaños⁽¹⁹⁾ donde caracteriza la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los profesionales de enfermería del quirófano, de un total de 67 profesionales de enfermería, trabajadores de 10 quirófanos, localizados en La Habana (Cuba), el 100 % de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad. Como fortaleza se destacaron las dimensiones: aprendizaje organizacional, apoyo de la dirección y trabajo en equipo entre unidades. El resto de las dimensiones, excepto la respuesta no punitiva (clasificada como debilidad), se clasificaron como oportunidades de mejora. Como conclusión primordial arrojó que la cultura de seguridad del paciente debe progresar de la culpabilidad al aprendizaje.

La misma,⁽²⁰⁾ en el período del 2014 al 2016 realizó un estudio en el CIMEQ con 18 profesionales del quirófano, utilizando la encuesta hospital Survey on patient safety culture de la agency for health care research and quality adaptada al castellano, el 95% de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad, como fortalezas se destacaron el trabajo en equipo dentro del quirófano, el aprendizaje organizacional y las expectativas y acciones de la dirección de la unidad. Como oportunidades de mejora se identificaron la respuesta no punitiva a los errores y retroalimentación y comunicación sobre errores.

En el período del 2015 al 2018 se realizó otra investigación por la Dra. Martín⁽²¹⁾ sobre evaluación de la cultura de seguridad quirúrgica en el Hospital Universitario General Calixto García, que incluyó a todas las especialidades quirúrgicas y al personal en formación (internos verticales) que arrojó resultados similares

en cuanto a la necesidad de mejora en cuanto a la respuesta no punitiva a los errores y comunicación de los mismos, reflejó que el nivel de conocimiento sobre cultura de seguridad estaba más en relación a los años de experiencia laboral independientemente de la labor que realizaran. La seguridad de forma global era satisfactoria. Como se aprecia hay sus discrepancias en cuanto a seguridad global, sin embargo está en relación a lo que refieren los expertos internacionales, que los resultados de evaluación estarán en correspondencia con el área que se evalúe, pues la percepción de riesgo varía de una a otra.

Los estudios de Llanes Betancourt ⁽²²⁾ plantean que el alcance de la excelencia profesional está en la prevención de eventos adversos. Cita “El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere del compromiso de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias libre de eventos adversos”.

La Dra. Omaid Urbina⁽²³⁾ en el período comprendido entre el 2002 y 2005 realizó una investigación aprobada por el programa ramal en investigaciones en sistemas y servicios de salud que consistió en la evaluación de las competencias específicas del personal de enfermería que labora en los servicios de neonatología, como resultado se obtuvieron también las competencias genéricas para los profesionales de enfermería que laboran en cualquiera de los tres niveles de atención, concluyendo que se demandaba una formación de enfermeros con una visión científica de la profesión, preocupados, por el bien de la humanidad, capaces de brindar cuidados oportunos de calidad y libres de riesgo.

La estrategia del Ministerio de Salud Pública de Cuba, expuesta en la carpeta metodológica, reconoce el perfeccionamiento y la capacitación de los recursos humanos como uno de los lineamientos para solucionar los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud.⁽²⁴⁾

En estudio realizado por Morando Flores et. al,⁽²⁵⁾ en el Hospital Ginecoobstétrico Tamara Bunke en Santiago de Cuba, sobre calidad de la atención de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de cirugía ginecológica, refiere que la principal dificultad en cuanto a competencia profesional estuvo relacionada con el uso de agentes esterilizantes, desinfectantes y antisépticos recomendados, pues no en todas las ocasiones se cumplía con la política establecida a los efectos.

Los indicadores de resultados de la atención sanitaria (mortalidad, complicaciones, reingresos y otros) conforma uno de los pilares de la evaluación del desempeño de los servicios de salud, en el contexto de evaluación de servicios hospitalarios, la incorporación de índices de gravedad permite tener una variable de control esencial para la comparación del desempeño en el tiempo y el espacio, se había construido uno para servicios quirúrgicos en 1999 y 16 años después el contexto hospitalario había cambiado por lo que fue necesario revalidar dicho índice para que avalara su utilidad actual, refiere la Dra. Armas Bencomo y colab.⁽²⁶⁾ en el estudio: índice de gravedad para servicios quirúrgicos en un hospital cubano: estudio de revalidación llevado a cabo en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

Las suspensiones de las cirugías han sido consideradas un indicador de la calidad de la asistencia de la salud, la cancelación del procedimiento quirúrgico es un problema debido al costo económico y social. Está implícita en una de las dimensiones de la evaluación de la cultura de seguridad y responde al trabajo en equipo. En investigación realizada por Sierra Alfonso ⁽²⁷⁾ en la provincia de Mayabeque refiere que el 59.8% fueron de causa administrativa, por descompensación de enfermedades de base el 6,1%, resalta la importancia del médico de atención primaria en su labor para la compensación de las mismas.

Son muchas las investigaciones y protocolos que se realizan día a día en los centros hospitalarios de Cuba, cuyo principal objetivo son elevar la seguridad del paciente quirúrgico. Aunque presenten en si pocas publicaciones sobre la cultura de seguridad quirúrgica, consideramos que es de vital importancia evaluar de manera integradora las dimensiones que conforman la evaluación de dicha cultura, para elevar la calidad de la atención médica.

Conclusiones.

Aunque no existen muchas investigaciones publicadas sobre cultura de seguridad quirúrgica en Cuba en los últimos años, si se ha visto una ardua labor investigativa en proyectos de salud encaminados a elevar la seguridad del paciente quirúrgico no solo en hospitales de atención terciaria, sino también secundaria y primaria.

Referencias bibliográficas.

1. Santiago González N, Morales García D, Ibarra Cerón M. Revista de enfermería neurológica.2019;18(3):115-23.
2. Ranaz J., Aibar C., Vitaller J., Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human:building a safer health system. Washington: Institute of Medicine, 2000. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>)
4. Navarro-Rodríguez DC, Pérez González JC, Ruiz Espinosa C. *et al.* Cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital de Aguascalientes. Rev. enferm. Inst. Mex Seguro Soc. 2020;28(3):222-231.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
6. Ibáñez-León JC, Zárate-Grajales RM, Salcedo-Álvarez RA. Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. Resultados preliminares. Rev CONAMED. 2014;19(4):157-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con2014/con144c.pdf>)
7. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>
9. Bravo- Gómez MA, Arboleda de Pérez LB, Karina- Arguello D. Cultura de Seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. Revista cubana de enfermería. 2020;36 (1):e3155.
10. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. 2017. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017.
11. Organización Mundial de la Salud. La Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico

definitivo. 2019;141-6 Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

12. BuitrónEraso G, Vidarte Meneses M, Zuluaga D. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Regional Occidente vigencia 2018. Universidad Católica de Manizales; 2018 Disponible en:<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/2403>)

13. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos. Salud. Uninorte barranquilla col.2008;23 (1).

14. XI Congreso de Cirugía. Por la calidad y seguridad del paciente quirúrgico 2010. <http://promociondeeventos.sld.cu>.

15. Roque González R, Guerra Bretaña RM, Torres Peña R. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Revista habanera de ciencias médicas. 2018. Vol 17 (2).

16. Runciman WB, Williamson JAH, Deakin A, Benveniste KA, Bannon K, Hibbert PD. An integrated framework for safety, quality and risk management: an information and incident management system based on a universal patient safety classification. QualSaf Health Care.[Internet]. 2006 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142615>)

17. Leviton J, Valentine J. How Risk Management and Patient Safety Intersect: Strategies to Help Make It Happen [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.npsf.org/blogpost/1158873/211982/How-Risk-Management-and-Patient-Safety-Intersect-Strategies-to-Help-Make-It-Happen>)

18. Chassin MR, and. Loeb JM. “High-reliability health care: Getting there from here,” *Milbank Quarterly*, 2013; 91(3):459–90.

19. Pérez Bolaños L. Evaluación de la Cultura de seguridad del paciente en un quirófano. RevCub enfermería. 2017 vol. 33, (2).

20. Pérez Bolaños L Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2020; 22: 1-. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/id/2206id>

21. Martín Serrano E, Molina G, Larrea Fabra ME et al. Evaluation of the perceptions of safety of surgical practice at tertiary academic trauma hospital in Havana, Cuba. *Panamerican journal of trauma, Critical Care & Emergency Surgery*. 2020; 9(2): 114-19.

22. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. Rev cubana de enferme. 2011;27 (1): 1-3.
23. Urbina Laza O. Competencia de enfermería en la seguridad del paciente. Rev cubana de Enferm 2011;27 (3):239-47.
24. Plan de superación profesional, posgrado académico y capacitación 2022. <http://www.umcc.cu>
25. Morando Flores D, Pérez Reina M, Pantoja Fonseca Y et al. Calidad de la atención de enfermería a pacientes ingresadas en un servicio de Cirugiaginecológica. MEDISAN.2013;2017(4):634-41.
26. Armas –Bencomo A., Tamargo-Barbeido TO., Fuentes Valdez E.Índice de gravedad para servicios quirúrgicos en un hospital cubano: estudio de revalidación .Medwave 2017,17 (2):26880.
27. Sierra Alfonso V. Suspensiones quirúrgicas electivas en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Aleida Fernández Chardet. Medimay 2021,28(1).