

El conocimiento científico y uso de evidencias en la seguridad del paciente durante la pospandemia por los equipos de salud de hospitales de Corrientes, Argentina. Período 2022-2023

Scientific knowledge and use of evidence in patient safety during the post-pandemic by health teams in hospitals in Corrientes, Argentina. Period 2022-2023

Mónica Cristina Auchter⁶ ; María Elina Estébanez⁶ ; Fernando Gómez⁶ 

Oscar Medina⁵ ; Lucía Ines Sánchez⁵ ; Carolina Gómez⁵ 

Daisi Avalos⁶ ; Leonardo Rodríguez⁶ 

RESUMEN

Introducción: La relación entre evidencia científica y prácticas sanitarias permite implementar políticas en seguridad del paciente. **Objetivo general:** Describir acceso, difusión y uso de conocimientos científicos sobre seguridad del paciente en pospandemia por equipos de salud de hospitales de Corrientes capital. **Método:** Cuantitativo, descriptivo, transversal. **Población:** personal sanitario que aceptó participar. **Recolección de datos** mediante instrumento validado. **Variables:** tipos y usos del conocimiento sobre seguridad del paciente; principales barreras en su obtención; necesidades de capacitación. **Resultados:** Se entrevistaron 43 personas. Sobre conocimientos teóricos en seguridad del paciente 69,77% reportó suficientes; en conocimientos prácticos 65,12% indicó que provenían de su experiencia laboral; en habilidades técnico-instrumentales 55,81% percibió tenerlas; en psicosociales 69,77% indicó suficientes; 59% manifestó obtener saberes del contacto con pacientes; 20% refirió escasos saberes prácticos; mínimas habilidades técnico-instrumentales y pocos experienciales del intercambio con enfermos. Sobre uso del conocimiento para atención o tratamiento 70% informó utilizarlos extensamente; 65,12%, destacó adherencia a estándares y regulaciones; 51% destacó la investigación para profundizar saberes en seguridad del paciente; 18,84% obtuvo información relevante en capacitaciones de redes profesionales. Sólo 11,59% mencionó las universidades como fuente de información útil en seguridad del paciente. Como barreras para los conocimientos 26,32% consideró la seguridad del paciente una disciplina compleja; 21,05% reconoció escasez y naturaleza preliminar de la información científica; 29,82% ubicó al trabajo institucional no alineado con la seguridad del paciente; 22,81% mencionó a la comunicación como poco efectiva. **Conclusiones:** Los equipos sanitarios refieren suficientes conocimientos y habilidades en seguridad del paciente para mejorar atención y minimizar riesgos. Principales barreras las organizativas.

Palabras claves: Conocimientos; Gestión del Conocimiento, Seguridad del Paciente

Fecha de recepción: julio 2024. Aceptado: septiembre 2024

⁶Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste – Corrientes-Argentina.

Autor de Correspondencia: Mónica Cristina Auchter. Email: mauchter@med.unne.edu.ar



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between scientific evidence and health practices allows the implementation of policies on patient safety. **General objective:** To describe access, dissemination and use of scientific knowledge on patient safety in the post-pandemic by health teams in hospitals in the capital of Corrientes. **Method:** Quantitative, descriptive, cross-sectional. **Population:** health personnel who agreed to participate. **Data collection** using a validated instrument. **Variables:** types and uses of knowledge on patient safety; main barriers to obtaining it; training needs. **Results:** 43 people were interviewed. Regarding theoretical knowledge on patient safety, 69.77% reported that it was sufficient; regarding practical knowledge, 65.12% indicated that it came from their work experience; regarding technical-instrumental skills, 55.81% perceived that they had them; regarding psychosocial skills, 69.77% indicated that it was sufficient; 59% stated that they obtained knowledge from contact with patients; 20% reported little practical knowledge; minimal technical-instrumental skills and little experience from the exchange with patients. Regarding the use of knowledge for care or treatment, 70% reported using it extensively; 65.12% highlighted adherence to standards and regulations; 51% highlighted research to deepen knowledge on patient safety; 18.84% obtained relevant information in training from professional networks. Only 11.59% mentioned universities as a source of useful information on patient safety. As barriers to knowledge, 26.32% considered patient safety a complex discipline; 21.05% recognized the scarcity and preliminary nature of scientific information; 29.82% placed institutional work not aligned with patient safety; 22.81% mentioned communication as ineffective. **Conclusions:** Health teams report sufficient knowledge and skills in patient safety to improve care and minimize risks. Main barriers are organizational.

Keywords: Knowledge; Knowledge Management; Patient Safety

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud viene enfrentando importantes desafíos, entre los que se destaca la fragmentación en la gobernanza, la compleja articulación entre actores relacionados con la gestión del conocimiento y la inequidad en el acceso a la salud. En este sentido, se vuelve prioritario analizar la diversidad de saberes presentes en la atención sanitaria durante la pospandemia, incluyendo protocolos, guías clínicas y otros dispositivos, así como los procesos de capacitación en curso (Armutlu et al, 2020).

La estrecha relación entre la evidencia científica y las prácticas profesionales en el ámbito de la salud permiten la implementación de políticas que integran de manera adecuada la ciencia y la tecnología con la atención sanitaria y por ende en la seguridad del paciente (Peters et al, 2014; Vincent et al, 2016; Proctor et al, 2022). Se requiere identificar y valorar las fuentes de conocimiento utilizadas, así como caracterizar las dificultades y oportunidades en su gestión, la asociación de diferentes tipos de conocimientos y los procesos de toma de decisiones.

El prolongado tiempo que transcurre desde el descubrimiento hasta la aplicación práctica de la evidencia científica, conocido como la brecha de 17 años, es un desafío unificador para la investigación traslacional y una razón de ser para la ciencia de la implementación (Lenfant, 2003); a pesar de los avances esta brecha persiste. Un estudio de 2021 sobre la investigación del control del cáncer encontró que el tiempo de traducción es en promedio de 15 años (Khan et al, 2021). El lapso entre la generación y la aplicación de evidencias prolonga el sufrimiento humano, frustra el beneficio en salud pública de los descubrimientos científicos (Sung et al, 2003) y lleva a los interesados a cuestionar el éxito de la implementación (Smith et al, 2020).

La toma de decisiones basada en la investigación de los servicios de salud es importante para la mejora continua de la prestación de atención sanitaria. Su mala calidad contribuye a la pérdida de más vidas en los países de ingresos bajos y medios que la falta de acceso a los servicios de salud.

La brecha entre la atención que los pacientes deberían recibir y la que realmente reciben fue caracterizada en el sistema de salud estadounidense como un abismo de calidad ya en 2001. La pandemia de COVID-19 amplió aún más este abismo, enfatizando la necesidad de estrategias para mejorar la prestación de servicios de salud (Peters et al, 2023) y puso de manifiesto que la velocidad era de suma importancia. Esfuerzo y financiación coordinados condujeron a escala poblacional al desarrollo de vacunas, protocolos de ventilación, producción de equipos de protección personal y programas de monitoreo domiciliario (Ball, 2020).

Sin embargo, medidas sanitarias con base científica como los mandatos de distanciamiento físico, uso de mascarillas y vacunas, siguen siendo objeto de debates que frustran la oportunidad de la implementación de políticas (Chernozhukov et al, 2021). Proctor y Geng (2021) sostienen la necesidad de líneas científicas que estudien la rápida adopción de intervenciones probadas junto al reconocimiento mundial de la investigación en emergencias de salud pública.

Por otro lado, la participación y compromiso de los pacientes en todas las etapas de la atención, para garantizar calidad y seguridad de los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, es cada vez más reconocida. La percepción del paciente y su lugar central en la atención le otorga a menudo una perspectiva diferente que complementa la visión del profesional sanitario. Las notificaciones de incidentes relacionados con la atención, realizadas por pacientes,

familiares y cuidadores, proporcionan información útil para mejorar la seguridad de esta atención (Vincent et al, 2017). En un estudio en Inglaterra en 2018, los pacientes identificaron incidentes relacionados con la comunicación (21,7%), la atención brindada por profesionales (13,2%), el medio ambiente (12,2%) y los medicamentos (9,9%). Otro estudio, realizado con 80 pacientes de una clínica quirúrgica de Brasil, mostró que el 17,5% de ellos identificó algún tipo de incidente durante su internación, siendo el más común el relacionado al proceso de medicación con 78,5% (Bezerra et al, 2016).

Para dar voz e incorporar las percepciones de los pacientes en todos los niveles de atención, la Organización Mundial de la Salud (Sherman, H, 2009) lanzó el programa Pacientes por la Seguridad del Paciente, con el propósito de incentivar la participación activa de enfermos, familiares y cuidadores en todas las etapas de la atención en salud.

Para sumarse a esta iniciativa, varias organizaciones desarrollaron estrategias encaminadas a fortalecer la participación y el compromiso de los pacientes, apoyadas en diferentes acciones. Estas estrategias de promoción y participación de la ciudadanía, se pusieron a disposición y se construyeron y adoptaron sistemas de notificación de incidentes de atención médica en varios países (Portal Gov.br Ministerio de Salud Brazil, 2020).

Por lo tanto, la seguridad del paciente o el intento consciente de evitar lesiones a los pacientes, causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente, a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria (Rocco et al, 2017).

A más de 15 años de la publicación del

informe “To err is human: building a safer health system” se acrecentó, a nivel mundial, el interés por la seguridad del paciente para evitar en lo posible los eventos adversos derivados de la atención. Esto se convirtió en una prioridad para cualquier institución sanitaria, siendo la seguridad un principio fundamental de la atención al paciente y su mejora supone una labor compleja que afecta a todo el sistema. El error tratado como signo de la incompetencia, insensatez o imprudencia de un individuo, en lugar de ser analizarlo y usar la información para el aprendizaje posterior, ocasiona que los profesionales sanitarios puedan seguir teniendo dificultades para admitir o discutir sobre aquello que en su trabajo sucede, les da vergüenza, temen la censura de los compañeros y las responsabilidades legales derivadas de ello.

En este sentido, la seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Estos daños, eventos adversos relacionados con la medicación, infecciones asociadas a la asistencia, o caídas, entre otros, son un problema de salud pública de gran magnitud y trascendencia, que afectan a 1 de cada 10 pacientes atendidos (o incluso más, según estudios de seguimiento) y genera cada año miles de muertes y problemas de salud evitables, con importantes costos sociales y económicos asociados. O sea que eliminar, reducir o mitigar los resultados adversos relacionados con la asistencia, requiere promover prácticas seguras y propiciar un entorno favorable a la seguridad del paciente (Aranaz-Andrés et al, 2018).

En 2008, la OMS publicó un informe sobre incidentes en seguridad del paciente en el primer nivel asistencial, estimando en 0,004-240,0 por 1.000 consultas, y entre 45 y 76% de ellos prevenibles. Este informe incluía datos de diferentes tipos de incidentes: 26-57% suponían errores

diagnósticos; 7-52% implicaban algún tratamiento; 13-47% ocurrían en investigaciones; 9-56% implicaban administración de fármacos y 5-72% errores de comunicación. El daño producido por estos incidentes oscilaba entre 1,3 incidentes menores por 1.000 tratamientos hasta un 4% de incidentes que tenían como resultado la muerte, 17-39% produjeron daño, y entre 70 y 76% tuvieron potencial para dañar (Torijano Casalengua, 2015).

Se ha publicado mucho en estos años sobre los eventos adversos y sus repercusiones en los pacientes, sin duda las primeras víctimas; sin embargo, se ha prestado menos atención a las consecuencias que estos también tienen sobre los integrantes de los equipos de salud que cuidan y tratan a los pacientes y las instituciones para las que trabajan (Torijano Casalengua, 2015).

En este sentido, la cultura de seguridad como conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de la organización, implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común. Determina el compromiso con la gestión de la salud, y el estilo y competencia de dicha gestión para minimizar el daño durante la asistencia sanitaria y desarrollar estrategias específicas (Aranaz-Andrés et al, 2018). La cultura de seguridad es no punitiva, existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, por tanto, cuenta con un clima abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de culpabilizar. En este sentido, Vincent (2017) la define como el evitar, prevenir o amortiguar resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sani-

taria (DiCuccio, 2015; Arrieta et al, 2019).

En este sentido, los procesos de circulación y uso de conocimientos en intervenciones de salud pública, así como la implementación de evidencias científicas en el trabajo asistencial cobran vital importancia. Los conceptos de flujos de conocimiento, transferencia, difusión de innovaciones y estudios sobre uso de tecnologías han sido relevantes en este campo. El Manual de Valencia y la tradición de abordajes metodológicos han sido importantes para analizar las vinculaciones entre sectores académicos y sociales (Peters et al, 2023).

Esta revisión muestra que las publicaciones sobre flujos del conocimiento y seguridad del paciente han sido continuas, con un aumento significativo en las últimas dos décadas debido al creciente interés en mejorar seguridad y calidad de la atención por parte de los equipos de salud. Muchos autores han contribuido a este campo desde los años 90 hasta la actualidad.

Por ello, el presente estudio planteó como objetivo general describir el acceso, difusión y uso de conocimientos científicos sobre seguridad del paciente en pospandemia por equipos de salud de hospitales de Corrientes capital, Argentina, entre 2022-2023. Objetivos específicos: caracterizar los tipos de conocimientos sobre seguridad del paciente en la pospandemia empleados por el personal sanitario, modos de uso y fuentes de acceso; identificar prácticas sobre la gestión de la información científica y técnica para el cuidado de los pacientes; y describir las principales barreras que refieren al momento de obtener y utilizar las evidencias científicas sobre seguridad del paciente.

MÉTODO

La investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversal y observacional, centrada en estudiar la producción y circulación del conocimiento sobre seguridad del

paciente. El contexto en análisis fueron instituciones de salud con distintos niveles de gestión del conocimiento en la práctica asistencial, ubicados en la denominada

pospandemia, con equipos de salud integrados por médicos, enfermeros, kinesiólogos y funcionarios de distintos niveles de injerencia en las decisiones y protocolos institucionales (directivos, jefes de servicio, responsables de capacitaciones).

La población en estudio incluyó personal de salud de los Hospitales Escuela JF de San Martín, Materno Neonatal ET de Vidal y Geriátrico JF Cabral de la ciudad de Corrientes, Argentina, que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado y que tenían una antigüedad laboral mayor a 2 años en las mencionadas instituciones.

El instrumento de recolección de datos se armó sobre la base a un cuestionario utilizado en un estudio previo sobre flujos del conocimiento científico en la pandemia, el que fue adecuado a esta investigación para examinar el flujo de conocimientos científicos en los trabajadores de la salud en relación a la seguridad del paciente. Se concretó una prueba piloto tras la cual se adaptaron algunos términos para facilitar su comprensión. Fue distribuido vía mail

o WhatsApp y luego de dar el consentimiento informado, cada unidad de análisis lo respondió de manera auto administrada.

Entre las variables estudiadas se incluyeron datos del contexto con algunas características de las instituciones involucradas; los tipos de conocimiento sobre seguridad del paciente (teóricos, prácticos, técnico-instrumentales, experienciales); los usos de los conocimientos según sus fuentes de obtención (publicaciones científicas, conferencias, redes de conocimiento, seminarios, guías clínicas, experiencia personal, conocimiento técnico); las principales barreras en la obtención de conocimientos y las necesidades de capacitación reconocidas. Las respuestas obtenidas se procesaron mediante herramientas estadísticas para alcanzar distribuciones de frecuencia que permitieran caracterizar los fenómenos bajo estudio.

Para acceder a la población se obtuvieron autorizaciones de las direcciones de cada hospital, así como los avales del Comité de Ética en la Investigación.

RESULTADOS

Se analizaron 43 cuestionarios aplicados a integrantes de los equipos de salud. En características sociodemográficas, los participantes presentaron una edad promedio de 40 años, DS 10,65 años. Según género la mayoría pertenecía al femenino (69,8%), destacando la presencia de mujeres en estos equipos. Sobre el máximo nivel de formación se observó predominancia de licenciados en enfermería (61,1%); los restantes fueron técnicos en enfermería, kinesiólogos y médicos.

El tiempo promedio en la práctica sanitaria fue 13 años, con una variación de 9,4 años. La carga horaria semanal de trabajo fue aproximadamente 40 horas, con una variabilidad de 11,18 años.

Al examinar la principal función de los entrevistados, el desempeño en internación general, dedicado a atención y cuidado de pacientes y a gestión de los ingresos alcanzó a 34,1%; también la categoría cuidados críticos mostró una frecuencia considerable (20,5%). Estos datos señalaron el número de entrevistados responsables de manejar situaciones clínicas de diferente complejidad. A esto se le sumó un 20,5% que trabajaba en espacios jerárquicos con roles administrativos y de gestión.

Tabla 1. Distribución de las características laborales del personal de salud (n=43). Corrientes capital. Año 2023

Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Tipo de Gestión Institucional		
Pública	36	83,7
Mixta	6	14,0
Principal Función en la Institución		
Oficina de Autoridades (Dirección, Departamentos)	9	20,9
Internación General	15	34,9
Cuidados Críticos	9	20,9
Shock room/Urgencias/Emergencias	8	18,6
Consultorios	8	18,6
Máximo Nivel de Formación Alcanzado		
Licenciado en Enfermería	26	61,1
Enfermero / Técnico en Enfermería	13	30,2
Médico	3	7,0
Auxiliar de Enfermería	1	2,3

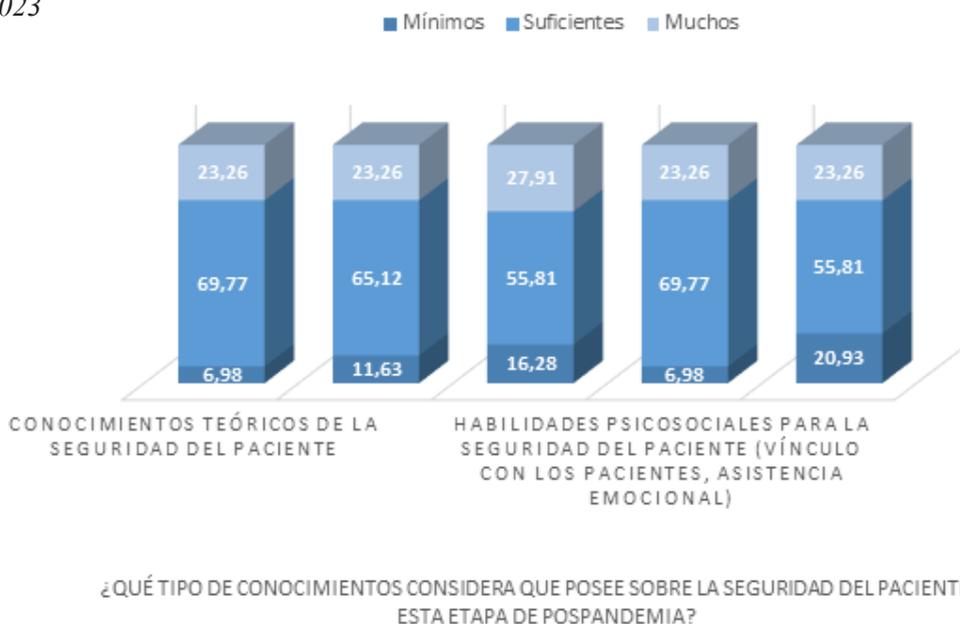
Para analizar el flujo de los conocimientos sobre seguridad del paciente en la etapa de pospandemia, las valoraciones se refirieron a conocimientos teóricos, prácticos, habilidades técnico-instrumentales, psicosociales y experienciales.

Sobre conocimientos teóricos en seguridad del paciente, el 69,77% opinó tenerlos de manera suficiente. En cuanto a los conocimientos prácticos sobre seguridad del paciente, surgidos de ejercicio laboral, el 65,12% indicó disponer de saberes prácticos suficientes que provenían de su experiencia laboral durante la pospandemia. En habilidades técnicas e instrumentales vinculadas a la seguridad del paciente, 55,81% percibía tenerlas de manera suficiente. Sobre

habilidades psicosociales vinculadas a la seguridad del paciente, 69,77% indicó poseerlas suficientemente. En la categoría conocimientos experienciales en seguridad del paciente, 55,81% manifestó haber obtenido saberes experienciales suficientes provenientes de los propios pacientes.

No obstante, junto estos valores positivos, también se observó que entre el 7 y el 20% refirieron tener escasos saberes teóricos y prácticos sobre seguridad del paciente provenientes del ejercicio laboral; mínimas habilidades técnico-instrumentales y psicosociales en seguridad del paciente; y escasos saberes experienciales provenientes del intercambio con los propios enfermos.

Figura 1. Distribución de las opiniones del personal de salud sobre los conocimientos en seguridad del paciente en la etapa post pandemia (n=43). Corrientes capital. Año 2023



La variable usos del conocimiento sobre seguridad del paciente en distintas dimensiones de la atención o del tratamiento de los enfermos, midió las opiniones de los entrevistados según tres categorías de intensidad según el instrumento validado que sirvió de base para la recolección de datos en este estudio. Según esto, el 67,44% informó haberlos utilizado de manera intensa al momento de concretar el tratamiento de los pacientes en la pospandemia. En cuanto a los saberes sobre seguridad vinculados a las medidas de protección del paciente y prevención de enfermedades, 67,44% refirió haberlos empleado de manera bastante frecuente. Con respecto al uso de estos conocimientos sobre seguridad del paciente al momento de cumplir normativas institucionales o protocolos, el 65,12% destacó bastante adherencia a estándares y regulaciones. En relación a recurrir a la investigación

para profundizar saberes en seguridad del paciente, 51% señaló un interés bastante significativo de la contribución de la ciencia en este campo. Finalmente, sobre el uso de sus conocimientos en seguridad del paciente para evitar eventos no deseados, así como para prevenirlos, 55,81% refirió emplearlos bastante. Sin embargo, se constató que del 5% al 7% no había utilizado saberes en seguridad del paciente para resolver o evitar problemas durante sus actividades laborales. También se constató que el 23% refirió no buscar fuentes validadas en evidencias científicas para profundizar sus saberes.

Figura 2. Distribución de las opiniones del personal de salud sobre el uso del conocimiento sobre seguridad del paciente (n=43). Corrientes capital. Año 2023



Con respecto al valor dado a las fuentes de información sobre seguridad del paciente, 32,31% indicó a las publicaciones científicas como las principales; en segundo orden el 24,62% señaló como relevantes los documentos institucionales. Pero

también se observó que el 18,46% utilizó como fuentes la información a la obtenida en medios de comunicación y el 23,08% refirió utilizar los recursos producidos por organismos nacionales e internacionales responsables de las capacitaciones.

Figura 3. Distribución de las fuentes de información sobre la seguridad del paciente referidas por el equipo de salud (n=43). Corrientes capital. Año 2023



¿CUÁLES HAN SIDO LAS FUENTES DE INFORMACIÓN A LAS QUE HA PODIDO ACCEDER SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESTA ETAPA DE POST PANDEMIA?

Al indagar en qué tipo de actividades los integrantes del equipo de salud habían recibido información útil sobre la seguridad del paciente, el 18,84 % refirió información relevante sobre la seguridad del paciente en capacitaciones proporcionadas por redes profesionales y asociaciones. Sin embargo, el 23,19% reportó información valiosa sobre seguridad del paciente proveniente de su propia experiencia de la práctica asistencial. No obstante, el 17,39% refirió

que los cursos ofrecidos por organismos sanitarios fueron fuentes importantes de conocimientos actualizados y de políticas y directrices para la promoción de prácticas seguras. Sobre esta variable, también se observó que sólo el 11,59% mencionó como fuente de información útil para la seguridad del paciente en la pospandemia a la capacitación desde las universidades y el 4.35% a través de la participación en proyectos de investigación.

Tabla 2. Distribución de los tipos de actividad en las que el personal de salud consideró haber recibido información útil en seguridad del paciente. Corrientes capital. Año 2023

¿En qué tipo de actividad ha recibido información útil sobre la seguridad del paciente en esta etapa de pospandemia?	Frecuencia	Porcentaje
Capacitación por redes u organizaciones profesionales, o asociaciones	13	18.84%
Capacitación por organismos públicos de salud	12	17.39%
Capacitación de Universidades	8	11.59%
Propia práctica asistencial	16	23.19%
Capacitación en el centro de trabajo	12	17.39%
Capacitación por organismos de salud internacional	5	7.25%
Participación en proyectos de investigación	3	4.35%
Total de respuestas	69	100%

En relación a las principales barreras referidas por los entrevistados como limitantes de sus conocimientos sobre la seguridad del paciente en la pospandemia, el 26,32% refirió identificar la seguridad del paciente como una disciplina compleja dentro del sistema sanitario y por lo tanto, una barrera significativa. El 21,05% reconoció como otra barrera la escasez y la naturaleza preliminar de la información científica sobre seguridad del paciente en

la pospandemia. El 29,82% indicó que las formas de trabajo en la institución no estaban alineadas con los principios de la seguridad del paciente. Adicionalmente, la mención de una comunicación institucional poco efectiva fue señalada por el 22,81% de los entrevistados como otra barrera significativa.

Tabla 3. *Distribución de las principales barreras referidas como limitantes del conocimiento sobre la seguridad del paciente en la pospandemia. Corrientes capital. Año 2023*

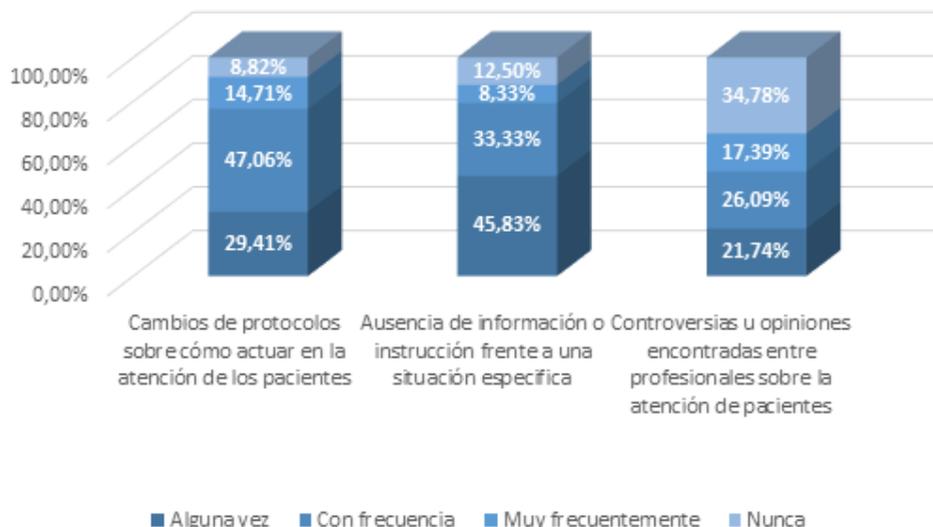
¿Cuáles considera como principales barreras que limitan su conocimiento sobre la seguridad del paciente en la pospandemia?	Frecuencia	Porcentaje
Es una disciplina compleja dentro de los sistemas de atención de la salud	15	26,32%
La información científica sobre seguridad del paciente en la pospandemia es escasa y preliminar	12	21,05%
Las formas de trabajo en la institución no acompañan la seguridad del paciente	17	29,82%
La comunicación institucional es poco efectiva	13	22,81%
Total de respuestas	69	100%

En el ámbito de la atención sanitaria durante la pospandemia, se identificaron situaciones consideradas desafíos para la seguridad del paciente, que permitieran comprender cómo habían sido afectados los protocolos y la comunicación institucional. Sobre los cambios de protocolos al actuar en la atención de los pacientes, el 47,06% indicó haber experimentado modificaciones con frecuencia, mientras que el 29,41% sólo algunas veces, sugiriendo adaptación activa de los procedimientos clínicos en la pospandemia, así como la naturaleza dinámica de las guías de atención. Sin embargo, el 8,82% afirmó nunca haber experimentado cambios, poniendo al descubierto posibles deficiencias en la actualización y comunicación de nuevos protocolos.

La ausencia de información clara fue reportada por el 45,83% de los participantes como sucedido al menos alguna vez y el 33,33% la indicó como frecuente, datos que mostraron posibilidad de vacíos informativos enfrentados por el personal ante la falta de una comunicación efectiva y oportuna en la gestión de la atención al paciente durante la pospandemia.

En lo que respecta a controversias u opiniones encontradas entre los participantes, el 26,09% mencionó haberlas experimentado con frecuencia y el 21,74% alguna vez. Este hallazgo señaló dificultades para establecer consensos en seguridad del paciente, destacando la necesidad de diálogo continuo e intercambio de saberes para la toma de decisiones basadas en evidencia.

Figura 4. *Distribución de las respuestas del personal de salud sobre si experimentaron situaciones referidas a la seguridad del paciente en la pospandemia. Corrientes capital. Año 2023*



DISCUSIÓN

Los entrevistados presentaron una media de 40 años y la mayoría mujeres, en promedio referían 13 años de ejercicio en la práctica sanitaria, más de la mitad correspondían al colectivo enfermero, la carga horaria semanal laboral era de aproximadamente 40 horas y las funciones predominantemente desempeñadas fueron en internación general y cuidados críticos. Estas descripciones son similares a otros estudios sobre flujos de conocimientos científicos en seguridad del paciente, donde los encuestados refirieron experiencia profesional o de oficio de más de 10 años, con más de 48 horas semanales de trabajo y la mayoría con contacto directo con los pacientes (Martínez Reyes et al, 2017).

Sobre seguridad del paciente, más del 20% refirió escasos conocimientos teóricos y prácticos surgidos de su experiencia laboral en la pospandemia, mínimas habilidades técnicas e instrumentales vinculadas a la seguridad del paciente; y escasos

saberes experienciales provenientes de los propios pacientes. Estos datos coinciden con los obtenidos en la encuesta Healthcare Management Americas (HMA) sobre la cultura de seguridad del paciente que, si bien evidenció resultados positivos entre el 2016 y 2018, también mostró un deterioro en el sistema público respecto de las percepciones generales sobre la seguridad del paciente en la dimensión referida a la comunicación libre de situaciones que afectan negativamente al paciente (Arrieta et al, 2019).

En relación al uso del conocimiento en seguridad del paciente para la atención o tratamiento, cerca del 70% informó su utilización extensa al atender o concretar tratamientos; al utilizar medidas de protección del paciente y prevención de enfermedades; y al momento de cumplir normativas institucionales o protocolos. Así mismo, cerca de la mitad recurrió a la investigación para profundizar saberes en

seguridad del paciente, evitar eventos no deseados, así como prevenirlos. Estos datos que coinciden con el estudio de Martínez (Martínez Reyes 2017).

Sin embargo, 5% al 6% no había utilizado conocimientos sobre seguridad del paciente para resolver o evitar problemas surgidos durante sus actividades laborales, y el 23% no utilizaba fuentes validadas para profundizar sus saberes. Estos resultados coinciden con Aranaz- Andrés et al (Aranaz-Andrés 2018) que detectaron importantes áreas de mejora en la percepción de la seguridad del paciente; observaron manifestaciones de autocrítica ante una visión de la seguridad del paciente como elemento casi decorativo para la organización, pudiendo reflejar lagunas formativas y de comunicación institucional, necesarias de investigar y plantear mejoras.

Con respecto al valor dado a las fuentes de información sobre seguridad del paciente, se identificaron como principales a las publicaciones científicas (32,31%) y a los documentos institucionales (24,62%), como base para consolidar y actualizar saberes. No obstante, también se observó en los entrevistados el uso los medios de comunicación (18,46%) y recursos producidos por organismos responsables de diferentes capacitaciones (23,08%). Estos datos coinciden recomendaciones para la calidad y seguridad de los pacientes, donde se sugiere la existencia de equipos de trabajo (comité institucional o servicio) integrados por líderes en prácticas de calidad, que trabajen de manera transversal a todos los servicios de atención y ayuden a diseñar, implementar y monitorear los planes de acción (Arrieta et al, 2019)

En relación a las principales barreras referidas por los entrevistados como limitantes de sus conocimientos sobre seguridad del paciente, el 26,32% refirió identificarla como una disciplina compleja dentro del sistema sanitario y por lo tanto una barrera

significativa. Por ello, Torijano Casalengua (2015) sostiene que para favorecer la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud es oportuno animar a los equipos de trabajo a que hablen de ello en sus reuniones, con enfoque adecuado, teniendo en cuenta la teoría centrada en el sistema y no en las personas, e identificar los puntos fuertes y sobre todo las áreas de mejora de las distintas dimensiones de esta parte importante de la cultura organizacional.

Adicionalmente, la mención de una comunicación institucional poco efectiva fue señalada por el 22,81% como una barrera significativa, lo que resaltó la falta de canales comunicacionales dentro de las instituciones para facilitar la difusión de información crucial sobre seguridad del paciente. Esto coincide con Solórzano, J. L. et al (2011), que afirman que existen situaciones donde la comunicación con el paciente o con la familia tiene que realizarse con el mayor cuidado posible y donde se involucra la experiencia, el conocimiento, la ética y la compasión; todo ello forma parte de la atención médica con alto sentido humano y profesional.

En el ámbito de la atención sanitaria se identificaron diversas situaciones consideradas desafíos significativos para la seguridad del paciente. Sobre los cambios de protocolos en la atención de los pacientes, 47,06% indicó haber experimentado modificaciones con frecuencia, mientras que el 29,41% sólo algunas veces, sugiriendo adaptación activa de los procedimientos clínicos en la pospandemia y la naturaleza dinámica de las guías de atención durante este periodo. Sin embargo, el 8,82% afirmó nunca haber experimentado cambios, poniendo al descubierto posibles deficiencias en la actualización y comunicación de nuevos protocolos. La ausencia de información clara fue reportada por 45,83% de los participantes como sucedido al menos alguna vez y 33,33% la indicó como fre-

cuenta, datos similares a lo observado por otros autores que mostraron fallas informativas en el personal ante la falta de una comunicación efectiva y oportuna en la gestión de la atención al paciente durante la postpandemia (Arrieta et al, 2019).

En lo que respecta a controversias u opiniones encontradas entre los integrantes de los equipos de salud, el 26.09% mencionó

CONCLUSIONES

Los resultados destacan una autoevaluación positiva del personal de la salud en cuanto a sus conocimientos y habilidades en seguridad del paciente; indican que la mayoría se siente suficientemente preparado para abordarla con ideas positivas cruciales para mejorar la calidad de la atención y minimizar riesgos asociados a eventos no deseados. Con respecto al uso efectivo de estos conocimientos, la mayoría refiere una aplicación extensa y valiosa en distintos contextos de la atención sanitaria.

Las publicaciones científicas, revistas especializadas y artículos de investigación, son recursos frecuentes para la adquisición de nuevos saberes, enfatizando el rol de la investigación científica en la práctica sanitaria, que ofrece una base sólida y actualizada para tomar decisiones clínicas informadas y muestra el esfuerzo constante por integrar los avances más recientes al cuidado.

En paralelo, los documentos institucionales se presentan como la segunda fuente más relevante de conocimiento y abarcan una amplia gama de materiales, reflejando la adherencia a normativas y lineamientos específicos para asegurar la calidad y seguridad en la atención al paciente. Sin embargo, también se reporta información valiosa sobre seguridad del paciente proveniente de la propia experiencia asistencial, hallazgo que subraya la necesidad de reconocer y valorar los saberes adquiridos a través de

haberlas experimentado con frecuencia y el 21.74% alguna vez. Este hallazgo señaló, tal como los sostienen otros autores (Vincent et al, 2016) dificultades para establecer consensos en seguridad del paciente, destacando la necesidad de diálogo continuo e intercambio de conocimientos para la toma de decisiones basadas en evidencia.

la aplicación directa de los conocimientos en entornos clínicos.

La colaboración entre redes profesionales y la valoración de la experiencia práctica se detectan como esenciales para fortalecer la seguridad del paciente en la atención sanitaria pospandemia, lo que puede orientar la planificación de futuras intervenciones educativas y estrategias de mejora de la calidad asistencial.

En relación a las principales barreras percibidas por los entrevistados como limitantes de sus conocimientos sobre la seguridad del paciente en la pospandemia, cerca de un tercio refiere percibir la seguridad del paciente como una disciplina compleja dentro del sistema sanitario, perspectiva que muestra la necesidad de abordar esta complejidad desde estrategias educativas específicas para su comprensión integral.

Asimismo, los participantes identifican como otra barrera la escasez y la naturaleza preliminar de la información científica sobre seguridad del paciente en la pospandemia, lo que resalta la necesidad de investigaciones más extensas en los propios contextos y la difusión de las mejores evidencias para guiar las prácticas clínicas en este contexto sanitario. A esto se le agrega que las formas de trabajo institucionales no están alineadas con los principios de seguridad del paciente, sugiriendo no solo la existencia de barreras organizativas que pueden obstaculizar la implementación efectiva de medidas de seguridad del pa-

ciente, sino también la necesidad de dar fluidez a los canales comunicacionales para facilitar la difusión de información crucial sobre seguridad del paciente.

En definitiva, los resultados subrayan la necesidad de abordar no solo las deficiencias de conocimiento, sino también las barreras organizativas y comunicacionales que podrían afectar la gestión de la seguridad del paciente en la pospandemia, hallazgos que proporcionan una guía valiosa para el diseño de intervenciones y políticas destinadas a fortalecer una cultura de seguridad del paciente en la pospandemia.

Los datos obtenidos resaltan la necesidad de una adaptación flexible y una comunicación eficaz dentro del ámbito de la salud. La dinámica de cambios de protocolos, junto a los desafíos en información y controversias profesionales, subrayan la complejidad de brindar atención segura y efectiva, siendo imperativo que las instituciones sanitarias consideren estos

hallazgos para mejorar sus estrategias de comunicación y consenso profesional, garantizando así la seguridad y el bienestar del paciente.

En definitiva, este informe puede contribuir al conocimiento sobre la gestión de la seguridad del paciente en tiempos de pospandemia, ofreciendo una base para la mejora de las prácticas en el sector salud, tanto en redes como en la misma institución, además de una base para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Aranaz-Andrés, J. M. A., Hernández, A. P., Pereira, P. L., Valencia-Martín, J. L., Pérez, C. D.-A., Fresneña, N. L., Carlavilla, Á. R., de Castro, M. T. G.-V., Royo, C. N., Lizárraga, C. A., Chávez, A. C. F., Andrés, J. M. A., Hernández, A. P., Pereira, P. L., Valencia-Martín, J. L., Pérez, C. D.-A., Fresneña, N. L., Carlavilla, Á. R., de Castro, M. T. G.-V., Chávez, A. C. F. (2018). Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e204808044. Epub 08 de agosto de 2018. Recuperado en 05 de abril de 2023, de <http://scielo.>

[isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&tlng=es](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&tlng=es).

2. Armutlu, M., Davis, D., Doucet, A., Down, A., Schierbeck, D., & Stevens, P. (2020). Patient safety culture bundle for ceos and senior leaders. *Healthcare Quarterly*, 22(SP), 82–95. <https://doi.org/10.12927/hcq.2020.26044>

3. Arrieta, A., Hakim, G., Pérez-Zárate, C., Siu-Guillén, H., & Neves-Catter, C. (2019). Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. *ACTA MEDICA PERUANA*, 36(4), 309–311. <https://doi.org/10.35663/amp.2019.364.907>

4. Ball, P. (2020). The lightning-fast quest for COVID vaccines — and what it means for other diseases. *Nature*, 589(7840), 16–18. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-03626-1>
5. Bezerra, A. L. Q., Silva, T. D. O., Paranaguá, T. T. de B., Souza, A. C. S., Silva, A. E. B. de C., & Teixeira, C. C. (2016). Conhecimentos de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. *Cogitare Enfermagem*, 21(5). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i5.45455>
6. Chernozhukov, V., Kasahara, H., & Schrimpf, P. (2021). Causal impact of masks, policies, behavior on early covid-19 pandemic in the U.S. *Journal of Econometrics*, 220(1), 23–62. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.09.003>
7. DiCuccio, M. H. (2015). A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 11(3), 135–142. <https://doi.org/10.2307/26633090>
8. Khan, S., Chambers, D., & Neta, G. (2021). Revisiting time to translation: Implementation of evidence-based practices (EBPs) in cancer control. *Cancer Causes & Control*, 32(3), 221–230. <https://doi.org/10.1007/s10552-020-01376-z>
9. Lenfant, C. (2003, August 28). Clinical research to clinical practice — lost in translation? *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa035507>
10. Martínez Reyes, C. R., Agudelo Durango, J., Areiza Correa, S. M., & Giraldo Palacio, D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar*, 17(33), 277–292. <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2017.2/a17>
11. Ministerio de Sanidad. (2016). Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Ministerio de Sanidad. https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Seguridad_del_paciente.pdf
12. Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: What it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731–736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
13. Peters, M. A., Cloete, K., Odwe, G., Tadele, G., Hirschhorn, L. R., Magge, H., & Roder-DeWan, S. (2023). Embedding implementation research to cross the quality of care chasm during the covid-19 pandemic and beyond. *BMJ*, e076331. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076331>
14. Portal Ministerio de Salud Brasil. (2020). Página inicial. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>
15. Proctor, E. K., & Geng, E. (2021). A new lane for science. *Science*, 374(6568), 659–659. <https://doi.org/10.1126/science.abn0184>
16. Proctor, E., Ramsey, A. T., Saldana, L., Maddox, T. M., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2022). FAST: A framework to assess speed of translation of health innovations to practice and policy. *Global Implementation Research and Applications*, 2(2), 107–119. <https://doi.org/10.1007/s43477-022-00045-4>
17. Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

18. Sherman, H., Castro, G., Fletcher, M., Hatlie, M., Hibbert, P., Jakob, R., Koss, R., Lewalle, P., Loeb, J., Perneger, T., Runciman, W., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., & Virtanen, M. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: The conceptual framework. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 2–8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn054>
19. Smith, J., Rapport, F., O'Brien, T. A., Smith, S., Tyrrell, V. J., Mould, E. V. A., Long, J. C., Gul, H., Cullis, J., & Braithwaite, J. (2020). The rise of rapid implementation: A worked example of solving an existing problem with a new method by combining concept analysis with a systematic integrative review. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05289-0>
20. Solórzano, J. L. R. A., Raquel Ocampo Lujano, Irene Pérez Páez, Daniel Velázquez Trinidad, Ma. Elena Yarza. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica*, 9(3), 167–173. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
21. Sung, N. S., Crowley, W. F., Jr, Genel, M., Salber, P., Sandy, L., Sherwood, L. M., Johnson, S. B., Catanese, V., Tilson, H., Getz, K., Larson, E. L., Scheinberg, D., Reece, E. A., Slavkin, H., Dobs, A., Grebb, J., Martinez, R. A., Korn, A., & Rimoin, D. (2003). Central challenges facing the national clinical research enterprise. *JAMA*, 289(10), 1278. <https://doi.org/10.1001/jama.289.10.1278>
22. Torijano Casalengua, M. L. (2015). La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(1), 1–3. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2015000100001>
23. Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. *Modus Laborandi*, S. L. https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Seguridad_del_paciente.pdf
24. Vincent, C., Carthey, J., Macrae, C., & Amalberti, R. (2017). Safety analysis over time: Seven major changes to adverse event investigation. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0695-4>