

Revisión Bibliográfica

Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura

Punitive Culture in Patient Safety: A Systematic Review of the Literature

Mónica A. Gutiérrez López , Italia V. Noreña Piedrahita 

Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia; y

Diego A. Gómez Ceballos 

Universidad Internacional Iberoamericana, Arecibo, Puerto Rico y Universidad El Bosque,
Bogotá DC, Colombia.

La correspondencia sobre este artículo debe ser dirigida a Mónica A. Gutiérrez López

Email: _monicagutilofree@gmail.com

Fecha de recepción: 5 de abril de 2021

Fecha de aceptación: 17 de junio de 2021.

¿Cómo citar este artículo? (Normas APA): Gutiérrez López, M.A., Noreña Piedrahita, I.V., & Gómez Ceballos, D.A.(2021). Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura. *Revista Científica Hallazgos21*, 6(2), 236- 259. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Revista Científica Hallazgos21. ISSN 2528-7915. **Indexada en DIALNET PLUS, REDIB y LATINDEX Catálogo 2.0.**

Periodicidad: cuatrimestral (marzo, julio, noviembre).

Director: José Suárez Lezcano. Teléfono: (593)(6) 2721459, extensión: 163.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas. Calle Espejo, Subida a Santa Cruz, Esmeraldas. CP 08 01 00 65. Email: revista.hallazgos21@pucese.edu.ec. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>

Resumen

Objetivo: realizar una revisión sistemática de la literatura (RSL) de los potenciales artículos y los principales referentes bibliográficos sobre cultura punitiva en seguridad del paciente, en el periodo entre 2008 y 2018, para su posterior clasificación y selección, mediante criterios explícitos y reproducibles de los artículos que fueron incluidos finalmente en el estudio y por último sintetizar los datos obtenidos e interpretar los resultados.

Método: La propuesta metodológica tipo PRISMA es una RSL con recopilación cualitativa y con un diseño retrospectivo. Se hicieron búsquedas en cuatro bases de datos: EBSCO Discovery service, PubMed, Lilacs y ScienceDirect. Se revisaron inicialmente 3.709 y posteriormente, 15.008 entradas.

Resultados: Después de la lectura de títulos, resúmenes y textos completos, se seleccionaron 17 artículos que habían utilizado la encuesta (HSOPSC) como herramienta de evaluación y 12 artículos más, donde sus hallazgos fueron importantes para la investigación. Aunque la mayoría de los artículos seleccionados no tenían como objetivo el tema de cultura punitiva en seguridad del paciente sí hubo hallazgos donde se demuestra que la cultura punitiva sigue vigente, teniendo una respuesta positiva para la dimensión "respuesta punitiva al error" de menos del 50% en todos los estudios seleccionados.

Conclusión: La dimensión cultura sigue teniendo la misma connotación negativa entre los profesionales de la salud, lo cual se ve reflejado en los resultados arrojados por la encuesta.

Palabras clave: Seguridad del paciente; evento adverso; punitivo; incidente; profesionales.

Abstract

Objective: to carry out a systematic review of the literature (SRL) of the potential articles and the main bibliographic references on punitive culture in patient safety, in the period between 2008 and 2018, for their subsequent classification and selection, using explicit and reproducible criteria of the articles that were finally included in the study, to finally synthesize the data obtained and interpret the results.

Method: The PRISMA-type methodological proposal is an SRL with qualitative compilation and with a retrospective design. Four databases were searched: EBSCO Discovery service, PubMed, Lilacs, and ScienceDirect. 3,709 and subsequently 15,008 entries were reviewed.

Results: After reading the titles, abstracts and full texts, 17 articles that had used the survey (HSOPSC) as an evaluation tool and 12 more articles were selected, where their findings were important for the research. Although most of the selected articles did not target the subject of punitive culture in patient safety, there were findings showing that the punitive culture is still in force, with a positive response for the dimension "punitive response to error" of less than 50 % in all selected studies.

Conclusion: The culture dimension continues to have the same negative connotation among health professionals, which is reflected in the results of the survey.

Keywords: Patient safety; adverse event; punitive; incident; professional.

Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura

El interés por los riesgos y los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo, y es que lo primero en términos de

salud es no hacer daño a los pacientes por parte de los profesionales sanitarios. A pesar de que se tiene la confianza que los médicos deben tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica, lo cierto es que la condición humana está unida al error en cualquier actividad, y el adiestramiento práctico de la medicina no es la excepción a esa regla, ya que, por naturaleza, es una ciencia imperfecta, y la expectación de la perfección no es ni realista ni posible. Sin embargo, esto no significa que no se pueda hacer nada para eludir y evitar los eventos desfavorables a expensas de las fallas clínicas (Portela, Bugarín, & Rodríguez, 2019).

La seguridad del paciente es un desafío difícil de abordar. Los eventos adversos (EA) forman parte de una de las tantas inquietudes habituales entre los profesionales sanitarios. Según algunos referentes bibliográficos, la mayoría de los eventos adversos (EA) son la consecuencia del cúmulo de errores humanos, fallos latentes del sistema y métodos organizacionales y administrativos mal diseñados (Merino et al., 2017).

Es por lo anterior que, en los últimos años, la seguridad del paciente se ha convertido en un elemento clave de la calidad asistencial. En 1999 el Instituto Americano de Medicina de EE.UU. publicó "*To err is human: building a safer health system*", donde se constataba que la mortalidad atribuible a los eventos adversos prevenibles era entre 44 mil y 98 mil fallecidos al año; los cuales, a su vez, representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, representando igualmente un elevado impacto económico y social (Estepa, Moyano, Pérez, & Crespo, 2016).

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004, en

contestación a la resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud del año 2002, solicitaba a los Estados Miembros a prestar una atención imperiosa a la coyuntura de seguridad del paciente, instaurándose así la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), la cual fue firmada el 27 de octubre del año 2004 en Washington D.C por todos los países miembros (Pérez et al., 2012) con el designio de regular, propagar y apresurar los progresos en el tema de Seguridad del Paciente en todo el mundo (Estepa et al., 2016).

Para el año 2005, entonces, se establecería a través de la Joint Commission International (JCI) las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, con el fin de emprender mejoras puntuales en cuanto al tema de seguridad. Esas metas son:

- 1) Identificación correcta de los pacientes;
- 2) Mejorar la comunicación;
- 3) Mejorar el suministro y la seguridad de los medicamentos de alto riesgo;
- 4) Garantizar la cirugía en el lugar, paciente y procedimiento correcto;
- 5) Minimizar al máximo el riesgo de infecciones asociados a la atención en salud, y
- 6) Reducir el riesgo de daño por causa de caída de pacientes (Villarreal & Febre, 2016).

De igual forma, en el 2005 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), establece entonces, los programas tanto sistémicos como técnicos en conjunto con los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de mejorar la seguridad del Paciente impulsando dos campañas que suponen un reto para la seguridad. El primero de sus retos principales, 2005 – 2006, "la atención limpia es una atención segura" la cual se emprendió en Ginebra y

posteriormente para el año 2008 en México (Pérez et al., 2012) donde su objetivo fue implementar la higiene o lavado de manos para prevenir infecciones y, 2007 - 2008 "la cirugía segura salva vidas" que inicio en Washington D.C para el 2008 y en México para el 2009 en donde el objetivo fue reducir las muertes relacionadas con la cirugía, desarrollando estándares de prácticas seguras y guías de prácticas clínicas (Portela et al., 2019). Posteriormente, para el año 2010 la campaña "bacteriemia cero" arranca en Reino Unido y España y posteriormente en México en el 2011 (Pérez et al., 2012).

Asimismo, en el año 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó la iniciativa "pacientes en defensa de su seguridad" en donde se asume que la participación de los directos implicados puedan ayudar a identificar de manera precoz los posibles riesgos, así como aportar ideas que generen y proporcionen medios factibles y sensatos para erradicar o disminuir al máximo esos eventos adversos y/o desfavorables (Vargas et al., 2017).

Las consecuencias que se derivan luego de un evento adverso pueden expresarse de diferentes formas, tales como físicas, económicas y emocionales, no solo para los pacientes, sino también para los profesionales de la salud implicados en el evento. El impacto emocional que se presenta en los profesionales se refleja de diferentes formas. En algunos casos no informan el evento adverso en el que han sido responsables, ni a compañeros, familiares o pacientes implicados, es decir; ocultan el error con el propósito de proteger su propia responsabilidad. En otras ocasiones, debido al temor de represalias, de no saber cómo informar el suceso o por una composición de los dos factores callan (Mira, 2017); también, a menudo, se sienten profundamente responsables de lo acontecido con el paciente, pueden verse

presos del pánico, perder la confianza en sí mismos, en sus capacidades y al entorno que le rodea, al igual que depresión, ideación suicida o un cuadro con las características del estrés postraumático (Palacio, Perelló, Ramírez, & Limón, 2018) y aunque es innegable que reconocer un error no es sencillo, requiere de un ambiente no punitivo donde prime una cultura de seguridad y en donde el profesional y la institución ofrezcan disculpas por el evento adverso y den explicación sobre lo sucedido y las posibles soluciones y/o compensaciones (Mira, 2017). Además, una investigación para detectar las causas y así evitar que se repita.

Es por esto por lo que una política de seguridad del paciente bien definida trae consigo beneficios no solo para los pacientes, (los cuales son los principales afectados); si no también para los profesionales del área de la salud, quienes, en lugar de recibir un acompañamiento son castigados y judicializados dentro del sistema. El dogma que cuanto más robusta es la cultura de seguridad en una institución, mejores serán los resultados, exige un cambio de paradigma en cuanto al manejo de la oposición al cambio. Ya que mientras es fácil hallar noticias de intervenciones sobre cómo las organizaciones de salud están promoviendo la cultura de seguridad del paciente, también es bien sabido que la cultura que predomina en las instituciones sanitarias es la cultura punible, donde se planta la desconfianza y el miedo, donde las personas se culpan unas a otras para impedir ser castigados o reprimidos, repercutiendo así, en la no generación de nuevas ideas o iniciativas personales debido al temor de estar equivocados (Gutiérrez, 2016).

Encontrar los reportes que exponen cómo se está arremetiendo la cultura punitiva no es fácil. Las personas han aprendido a

esperar el uso de penalidades en caso de que se observen infracciones de los estándares organizacionales, sin importar la característica de estos, bien sea por errores humanos o fallos en los sistemas de salud. Es por esto por lo que es importante reemplazar esa ley punitiva, que busca sancionar toda infracción de esquemas y que tiene discrepancia con algunos componentes de la seguridad del paciente, tales, "como la cultura justa, cultura de reporte y cultura de aprendizaje" por otra, que conforte y reanime al personal de salud involucrado en los errores (Gutiérrez, 2016).

Por consiguiente, es importante cambiar el enfoque que compromete la seguridad del paciente. Según el psicólogo James Reason un enfoque centrado en los sistemas o modelos sistémicos, tiene como inferencia elemental que las personas fallan y los errores son esperables o predecibles, donde los errores se muestran como "consecuencia y no como causa" en donde el origen del error es un fallo latente del sistema y no se origina en la perversidad humana. Lamentablemente, el enfoque centrado en las personas o "modelo personal clásico" se centra en que los seres humanos son los causantes de los errores, que son la causa de los eventos adversos y que su fin es culpar y castigar (Portera, Bugarín, & Rodríguez, 2017).

Por lo tanto, los profesionales de la salud están citados a hacerse partícipes, a nivel propio e institucional, de las acciones que buscan investigar y reducir el impacto negativo en las instituciones de salud. Así como lo mencionan Singer et al y Hellings et al, es obligatorio implementar maniobras de educación en el terreno de la seguridad del paciente y particularmente en el reporte de incidentes (Gómez et al., 2011a).

Es por lo que la implementación de sistemas de comunicación asertiva sobre los

sucesos adversos suministra información crucial para mejorar la seguridad en los espacios "médicos y no médicos". Estos sistemas de comunicación reúnen información sobre eventos adversos, errores o acontecimientos, con el objetivo de examinar sus causas e implementar cambios e innovaciones en el sistema para evadir su repetición o reincidencia. Sin embargo, una de las limitaciones más importantes de estos sistemas es la "infra comunicación", que tiene su origen en el miedo a medidas disciplinarias legales y a la falta de convicción en su eficacia (Bartolomé et al., 2005) por lo que fomentar el enlace entre niveles asistenciales debe pasar de ser un plan de buenas intenciones para transformarse en hechos palpables entre profesionales y organizaciones. Esto optimizaría la seguridad de los pacientes y la eficacia de nuestros sistemas sanitarios y evitaría que el error humano, atribuidos al estrés, la falta de tiempo o la conducta sigan siendo parte del problema de los eventos adversos en la atención, que, aunque no se relacionan con el daño provocado, sí, es manifestado por los profesionales (comprometidos en los errores sanitarios) como determinantes que han contribuido a que esto ocurra (Guerra et al., 2018).

Por lo anterior es necesario reemplazar "la culpa y la pena" por rever los procesos de atención, ya que planear anticipa la ocurrencia del error antes de causar daño y fomenta una cultura de seguridad entre las instituciones, puesto que como es bien sabido los cuantiosos eventos adversos prevenibles ocurridos en entidades de salud pueden generar daños irreparables o en el escenario más adverso la muerte. Conjuntamente, las estructuras impropias en las instituciones, la insuficiencia de recursos humanos e insumos, sumado a una comunicación ineficaz entre los profesionales, la carga de trabajo y la falta

de habilidades o conocimiento de aquellos que brindan el servicio pueden ser catastróficos al momento de la atención (Tayse et al., 2016).

Por lo tanto, se piensa que la tribulación ha invadido la práctica clínica sin que se haya realizado una exploración sistémica detallada en torno al tema, mostrándose en algunos artículos el deseo de emprender la seguridad como una primicia en investigación en servicios de salud. Sin embargo, aunque algunos estudios han dado en el punto identificando las equivocaciones y/o errores, preexisten muy pocas investigaciones sobre medidas poderosas para intervenir en esta línea, haciendo notable que las estrategias de cambio en tema de seguridad del paciente aún son incipientes y todavía no están adecuadamente interiorizadas (Martínez, Hueso, & Gálvez, 2010).

Es por esto que la seguridad del paciente es una inquietud de los sistemas sanitarios hoy en día y que más allá de la cuestión incluye tener en diversos aspectos tales como el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el clima y la cultura de seguridad, el recurso humano en salud, se establece como uno de los ejes principales al desenvolver un rol notable, dado que el personal de salud forma parte de un sistema enlazado que puede concluir en un suceso que cause algún tipo de perjuicio a los individuos receptores (Ferreira, Fort, & Chiminelli, 2015) y que, al ser considerado como un elemento transversal, afecta a todas las organizaciones del sistema de salud y a sus miembros (Moya, 2017).

En resumen, el presente estudio tuvo como objetivo de realizar una revisión sistemática de la literatura (RSL), buscando los potenciales artículos y los principales referentes bibliográficos sobre cultura punitiva en seguridad del paciente entre el

periodo 2008 a 2018, para su posterior clasificación y selección, mediante criterios explícitos y reproducibles de los artículos que fueron incluidos finalmente en el estudio y, por último, sintetizar los datos obtenidos e interpretar los resultados sistemáticos arrojados por el estudio.

Método

La propuesta metodológica tipo PRISMA es una Revisión Sistemática de la Literatura con recopilación cualitativa de la información y con un diseño retrospectivo (Liberati et al., 2009). Se realizó una búsqueda exhaustiva retrospectiva de la literatura en las bases de datos, con el objetivo de compilar la mayor producción posible disponible con respecto al tema. Las bases de datos empleadas inicialmente fueron EBSCO Discovery service, PubMed, Lilacs y posteriormente para una segunda búsqueda la base de datos ScienceDirect (bases de datos adscritas a las universidades FUMC y U. del Quindío - Colombia), utilizando las palabras clave *Seguridad del paciente, evento adverso, punitivo, incidente, profesionales, involucrados, beneficios; en inglés y español*, con las combinaciones posibles, con el operador boleado *AND* y teniendo como requisito que los descriptores empleados estuvieran incluidos en el resumen o en el título y que fueran artículos con un proceso de revisión por pares.

Se limitó la búsqueda entre los años 2008 a 2018 y el periodo de búsqueda fue inicialmente entre el 11 de octubre al 31 de diciembre de 2019 y posteriormente entre el 1 al 07 de febrero de 2020.

En un principio, se hizo una búsqueda amplia sobre el tema de seguridad del paciente con el fin de conocer la mayor cantidad de producciones científicas posibles, por lo que se aceptaron todos los trabajos que trataran el tema. Luego, se

Tabla 1
Inclusión y exclusión de artículos por palabra clave y título

| Data base | Palabra clave en español e Inglés | Nro. Artículos | Incluidos por título | Excluidos por título |
|---|---|----------------|----------------------|----------------------|
| EBSCO (2203) Science Direct (15.008) Lilacs (540) PubMed (966) | "seguridad del paciente" And Punitivo | 67 | 14 | 49 |
| | "seguridad del paciente And Incidente | 304 | 60 | 184 |
| | "seguridad del paciente And Beneficio | 1331 | 10 | 1321 |
| | "Seguridad del paciente" And Adverso | 508 | 42 | 466 |
| | "Seguridad del paciente And evento desfavorable | 64 | 0 | 64 |
| | "seguridad del paciente" And Involucrado | 470 | 14 | 456 |
| | "seguridad del paciente" And Profesionales | 1288 | 69 | 1219 |
| | "Patient safety" And punitive | 982 | 190 | 792 |
| | "Patient safety" And Incident | 2732 | 92 | 2640 |
| | "Patient safety" And Bonus | 991 | 13 | 978 |
| | "Patient safety" and adverse | 4649 | 43 | 4606 |
| | "patient safety" And Unfavorable event | 564 | 21 | 543 |
| "patient safety" And Involved | 4364 | 28 | 4336 | |
| "Patient Safety" and Professionals | 407 | 25 | 382 | |

Fuente: Elaboración por los autores a partir del estudio documental.

establecieron criterios de inclusión y exclusión: los de inclusión fueron los artículos que trataron sobre la seguridad del paciente, artículos originales y con disponibilidad de texto completo, críticas e informes, disertaciones y tesis; y los de exclusión fueron artículos sin soportes o

revisiones bibliográficas, que no presentaban resultados y sin estructura científica (ver tablas 1 y 2).

Al finalizar, para los artículos seleccionados se añadió el año de publicación, el tipo de estudio y su diseño, el objetivo general, la población a la que hace referencia, país, la metodología

Tabla 2
Inclusión y exclusión por palabra clave en resumen

| Palabra clave en español e Inglés | Incluidos por resumen | Excluidos por resumen |
|--|-----------------------|-----------------------|
| "seguridad del paciente" And Punitivo | 9 | 0 |
| "seguridad del paciente" And Incidente | 10 | 5 |
| "seguridad del paciente" And Beneficio | 0 | 1 |
| "Seguridad del paciente" And Adverso | 12 | 6 |
| "Seguridad del paciente" And evento desfavorable | 1 | 1 |
| "seguridad del paciente" And Involucrado | 4 | 3 |
| "seguridad del paciente" And Profesionales | 10 | 16 |
| "Patient safety" And punitive | 21 | 8 |
| "Patient safety" And Incident | 8 | 8 |
| "Patient safety" And Bonus | 4 | 0 |
| "Patient safety" and adverse | 4 | 0 |
| "patient safety" And Unfavorable event | 0 | 1 |
| "patient safety" And Involved | 5 | 2 |
| "Patient Safety and Professionals | 5 | 6 |

Fuente: Elaboración por los autores a partir del estudio documental.

empleada y los resultados más significativos de estos (Anexo)

Resultados

De las diferentes estrategias de búsqueda, inicialmente se obtuvieron un total de 3.709 artículos con las palabras claves anteriormente mencionadas y en donde se seleccionaron los títulos de artículos pertinentes para la investigación; dejando un total de 528 títulos, que cumplieran con el requisito de tener la palabra clave dentro del mismo. Sin embargo, y aunque se utilizó un filtro para evitar artículos repetidos, se encontraron 115 repeticiones, dejando así un total de 413 para su posterior lectura por resumen o *abstract*, dejando como resultado 147 artículos leídos por resumen o *abstract* y 43 leídos en su totalidad, arrojando, solo 5 artículos que podrían servir para la investigación pero que no representaban, sin embargo un impacto para la misma. Debido a esto se realizó una segunda lectura de los artículos seleccionados por resumen utilizando como palabra clave **punitivo** con el objetivo de hacer más rápida la lectura de esos artículos. En esta segunda lectura se encontraron de nuevo artículos repetidos al cambio de idioma (inglés -español) dejando entonces un total de 138 revisados por palabra clave **punitivo**, arrojando así una lista de 25 artículos que mencionan la palabra **punitivo** dentro de sus investigaciones.

Debido a lo anterior se realizó una segunda búsqueda en la base de datos ScienceDirect con el fin de encontrar mayores producciones referentes al tema en cuestión, utilizando las mismas palabras claves y las combinaciones inicialmente empleadas en las primeras tres bases de datos; la fecha de búsqueda en esta cuarta fase fue entre el 1 al 07 de febrero de 2020. No obstante y teniendo en cuenta que fue la base de datos que arrojó el mayor número

de producciones; un total de 15.008 menciones, solo se seleccionaron por título 59 y por resumen o *abstract* un total de 14.

Por este motivo, se vio la necesidad de regresar de nuevo al criterio de la base de datos de los artículos seleccionados por título (criterio 1) y se hizo el mismo filtro empleado para la segunda lectura de los resúmenes (criterio 2), donde se utilizó la palabra clave **punitivo** con el fin de encontrar las producciones que dentro de sus investigaciones hubieran hablado del tema y los hallazgos fueron mayores. Dicha búsqueda y lectura minuciosa se realizó entre el 8 al 22 de febrero de 2020 a los 472 artículos incluidos por título y este arrojó una cantidad de artículos importantes para iniciar su clasificación e interpretación, exactamente 152 estudios elegibles.

De los artículos leídos solo dos: *¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente?* (Gutiérrez, 2016) Y *Eventos adversos en una unidad de terapia intensiva: percepción de los enfermeros acerca de la cultura no punitiva* (Claro, Krocokcz, Toffolletto, & Padilha, 2011). (este último fue un hallazgo manual cuando se estaba haciendo la lectura de los artículos) hablan directamente del tema, los demás artículos no tuvieron como objetivo principal el estudio de cultura no punitiva o punitiva en seguridad del paciente, pero mencionan la cultura punitiva como uno de los principales factores que impiden la notificación de eventos adversos o incidentes en atención en salud, por temor a ser castigados, judicializados o que el evento quede registrado en su hoja de vida (Gómez, 2011).

Para ello, se tuvieron presentes dos aspectos importantes, el primero, los artículos en los que se aplicó alguna estrategia de evaluación (encuestas) y revisiones sistemáticas (RS) que tenían en

cuenta artículos de revisiones cuantitativas. Para el segundo aspecto, los artículos que dentro de su investigación encontraron la cultura punitiva como un impedimento para que la cultura de seguridad se instaure satisfactoriamente dentro de las entidades de salud. Al final se incluyeron 17 artículos que utilizaron dentro de su metodología de evaluación la encuesta Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) en su versión original o adaptada. La encuesta HSOPSC es un instrumento de evaluación que contiene 12 subescalas, que son: (1) expectativas del gerente y acciones que promueven la seguridad; (2) aprendizaje organizacional; (3) trabajo en equipo dentro de las unidades; (4) apertura de la comunicación; (5) realimentación y comunicación sobre errores; (6) respuesta no punitiva a los errores; (7) dotación de personal; (8) apoyo de gestión para la seguridad del paciente; (9) trabajo en equipo entre unidades y (10) traspasos y transiciones; incluye además dos subescalas que se muestran como dimensiones de resultados; (11) percepciones generales de seguridad y (12) frecuencia de informes de eventos y 42 ítems con propiedades asociadas a la seguridad del paciente (Bodur & Filiz, 2009). Asimismo, revisiones sistemáticas de la literatura que incluían resultados cuantitativos de la encuesta; y 12 artículos, donde el tipo de metodología no se tuvo en cuenta, pero que, dentro de sus resultados o hallazgos, encontraron la cultura punitiva arraigada en las instituciones prestadoras de servicios de salud (Figura 1).

Debido al propósito del estudio solo se tuvo en cuenta la dimensión 6 “respuesta no punitiva al error” de la encuesta (HSOPSC) con sus tres ítems

de evaluación, que son: ¿Los profesionales consideran que sus errores pueden ser utilizados en su contra?, ¿Cuándo un evento adverso ocurre, se enfocan en el profesional en vez del problema? ¿Los profesionales están preocupados que el registro de errores aparezca en su hoja de vida? (Portera et al., 2017).

Desde el punto de vista del diseño, dos fueron revisiones sistemáticas con metaanálisis, diez fueron estudios transversales o estudios transversales descriptivos, un artículo especial (debido al factor de impacto de los artículos citados por revistas indexadas en 2017) (Gutiérrez, 2016), una revisión sistemática de la literatura y dos estudios de caso

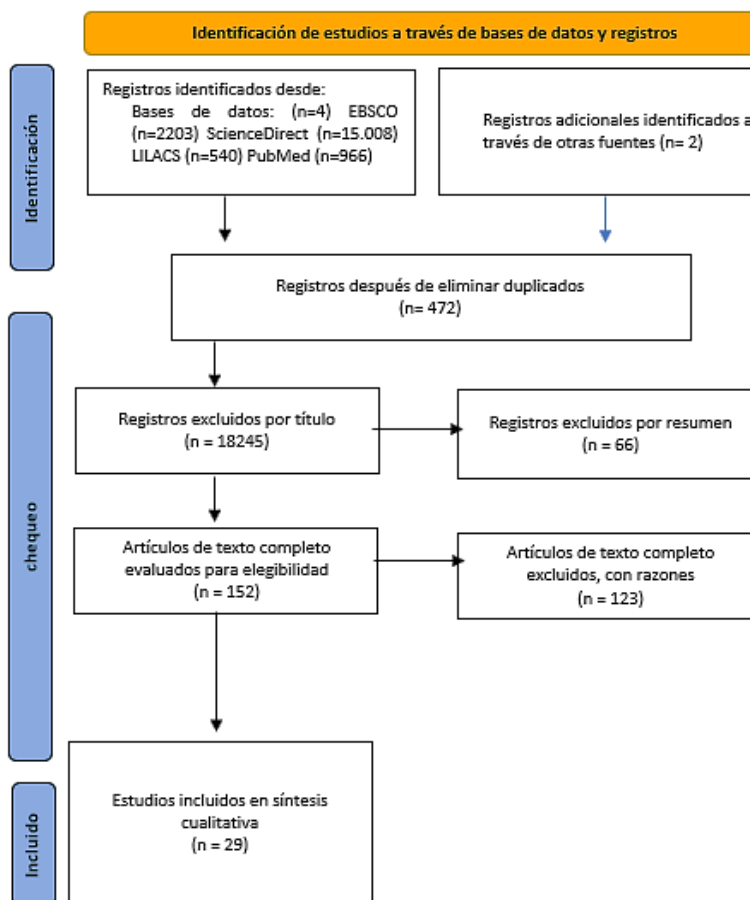


Figura 1. Diagrama de flujo de las investigaciones seleccionadas para la revisión sistemática.

Fuente: Elaboración por los autores a partir del estudio

Siete artículos de los diecisiete seleccionados por encuesta o RS aplicaron la encuesta HSOPSC y referenciaron estudios realizados en otros países, regiones y/o continentes que habían arrojado resultados similares a los que ellos encontraron (Alqattan, Cleland, & Morrison, 2018; Alswat, 2017; Babak, 2016; Elmontsri, Almashrafi, Banarsee, & Majeed, 2017; Freire, 2018; Ramírez & Pedraza, 2017; Xu, 2018). Para estos artículos la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo resultados positivos de menos del 50%. Un artículo que tomó la muestra de la base de datos de la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) donde se registran los resultados provenientes de cientos de hospitales de los Estados Unidos de la encuesta HSOPSC; la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo, igualmente, resultados positivos de menos del 50% (Gutiérrez, 2016). Asimismo, otro estudio realizado en el Noroeste de Irán, donde se aplicó una encuesta a 922 empleados de 25 hospitales de ese país, arrojó un porcentaje promedio a la dimensión "respuesta no punitiva al error" de 21.57% (Davoodi et al., 2013). De igual forma una RSL con metaanálisis en el mismo país (Irán) encontró 11 publicaciones donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo la más baja calificación, siendo el resultado de 32,4% (Azami et al., 2015). Otra publicación de RSL con metaanálisis, con un estudio de 59 artículos a nivel mundial, donde se encuestaron 755, 415 profesionales de la salud, tuvo una respuesta en 7 de los 59 estudios de menos del 30% y para el metaanálisis en continentes como Asia y Eurasia fue entre 23-32 % y en América y Europa entre 36-58% (Hori, Freire, & Tolentino, 2018).

Cuatro estudios que aplicaron la encuesta (HSOPSC) o una adaptación de esta, se

centraron especialmente en los datos arrojados por la muestra utilizada (Bodur & Filiz, 2009; Claro et al., 2011; Meléndez et al., 2014; Tabrizchi & Sedagha, 2013), mostrando resultados similares a los anteriores, donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo resultados positivos de menos del 50%. Y los dos últimos estudios de esta categoría que representaron sus valores desde la posición respuestas negativas por parte de los profesionales para las dimensiones de la encuesta (Taise, 2016; Verusca, 2015) en donde las respuestas negativas a la dimensión "respuesta no punitiva al error" por parte de los profesionales superó el 50%, demostrando así que la cultura punitiva aún está vigente (Wegner, Neri, & Rubim, 2012).

En el estudio de Freire (2018), realizado en Brasil, encontraron que la dimensión "respuesta no punitiva al error" fue del 18 %, resultados que fueron parecidos en una unidad de terapia intensiva del mismo país donde los resultados para la misma dimensión fueron entre el 14% al 29%. Caso similar se registró en otro estudio en Brasil (Taise, 2016) donde la mayor porcentaje de respuestas negativas registradas fue del 61%; al igual que otro estudio realizado en cuatro unidades de cuidado intensivo neonatal del mismo país, donde los profesionales de la salud calificaron negativamente la dimensión "respuesta no punitiva al error" en un 58% y en EEUU la respuesta negativa en otro estudio fue de un 65% respectivamente (Taise, 2016).

Siguiendo con los resultados de los países de América, tenemos dos estudios realizados en México, en el primero de estos la respuesta a la dimensión "respuesta no punitiva al error" obtuvo un resultado positivo de menos de 43.7% (Meléndez et al., 2014) y para el segundo estudio la misma dimensión tuvo un resultado

negativo del 61.7% (Ramírez & Pedraza, 2017) y hallazgos de otros estudios realizados en España y Chile de 63% de respuestas negativas aproximadamente para la misma dimensión. Sin embargo, aunque no se tuvo información relevante de estudios realizados por parte de países como Colombia, Argentina, Perú, Ecuador, entre otros del continente Americano, se destaca un artículo colombiano de los ingresados en la base de hallazgos o referenciados, que menciona los hallazgos encontrados en otro estudio en donde los encuestados informan para dos de las preguntas de la dimensión "respuesta no punitiva al error" estar preocupados al respecto de reportar los eventos adversos y que estos queden registrados en su hoja de vida, dándole una respuesta positiva de menos del 35,5% y del 29,1% a la pregunta si piensa que los errores al reportarlos, se vuelven en contra de ellos (Gómez, 2011).

Caso similar se registró en un estudio en Irán (Babak, 2016) país de Oriente medio, donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" fue de 8,89%, (la que supone la calificación mas baja dada a esta dimensión encontrada en esta revisión). De igual forma, en otro estudio en el mismo país, Irán (Tabrizchi & Sedagha, 2013), la dimensión "respuesta no punitiva al error" fue del 17 % y en el Nordeste del mismo país (Davoodi et al., 2013) fue de 21,57%. Esos resultados fueron semejantes a varios estudios internos realizados por Revaghi (2011); en Raid se informó que los resultados más bajos los tenía esta dimensión. Asimismo los hallazgos de Chen y Li (2010) en Taiwán (citados por Babak, 2016) para la dimensión "respuesta no punitiva al error" fueron los más débiles de la encuesta.

En los países Arabes (Elmontsri, Almashrafi, Banarsee, & Majeed, 2017) los resultados no son más alentadores, puesto

que la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo una respuesta positiva de menos del 16% en Arabia Saudita, 17% en Palestina y 19,5% en Egipto, resultados que son similares a los registrados en Kuwait (Alqattan, Cleland, & Morrison, 2018), país árabe del golfo pérsico donde los resultados para esa dimensión fueron de positividad menos del 25,7% para la pregunta ¿consideran que sus errores se convirtieron en su contra?; del 34,6% para la pregunta ¿Cuándo se informa un evento adverso, se siente como si el miembro del personal estuviera siendo acusado?, y del 11,6% a la pregunta ¿le preocupa que sus errores se registren en su hoja de vida?, dimensión que dentro de la anterior investigación, en sus hallazgos, referenció un estudio realizado en Arabia Saudita (KSA) en donde "la respuesta no punitiva al error" obtuvo una puntuación positiva de menos del 24,8% al igual que en Qatar, país de Oriente Medio para la misma dimensión, donde la respuesta positiva fue de menos de 24%.

Por último, en Turkia, el estudio de Bodur y Filiz (2009) arrojó resultados donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" fue de 18% para atención primaria en salud y del 48% en hospitales; seguido de un estudio en China, donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo una respuesta positiva de menos de 31,8%, mucho más bajos que los registrados en otro estudio en China continental del 60% y en EEUU, que fueron del 45.0% (Xu, 2018).

Aunque para los datos arrojados por la segunda base de datos no se tuvieron en cuenta, en la mayoría de ellos, datos porcentuales, si nos permite evidenciar la percepción que se tiene y el ambiente que se vive en las entidades prestadoras de servicios de salud a nivel mundial, las cuales son sorprendentemente similares en todas las investigaciones. Cabe resaltar que los estudios incluidos en la segunda base de

datos no fueron los únicos artículos que dentro de sus hallazgos encontraron la cultura punitiva como uno de los principales impedimentos para la comunicación abierta de los incidentes o eventos adversos (Cordero, Delgado, Jiménez, García, & Toledo, 2012; Fujita et al., 2013; Kalra, Kalra, & Baniak, 2013; Moya, 2017; Ramos, Coca, & Abeldaño, 2017; Rocco & Garrido, 2017) hacen evidente la urgencia de erigir una cultura no punitiva que genere confianza y promueva la seguridad para todos (Sokas et al., 2013).

Entre los profesionales de la salud existe la creencia de que los errores o eventos adversos cometidos van a traer consecuencias punitivas en contra de ellos. En estos casos, no se tiene en cuenta el contexto organizacional como parte de una atención "segura", sino que la responsabilidad del incidente recae directamente sobre el individuo involucrado en el evento (Gómez et al., 2011a; Wegner, Neri, & Rubim, 2012) y solo hay una intervención por parte de las organizaciones cuando el incidente ocurre y es allí cuando las acciones punitivas se pueden perpetuar (Gómez et al., 2011b) y tener un efecto negativo a la hora de la notificación de los eventos adversos (Burlison et al., 2016).

Sin embargo, en uno de los estudios se encontró que la dimensión "respuesta no punitiva al error" no se correlacionaba con la respuesta negativa obtenida en dicha dimensión. No obstante, no podían negar la extensa literatura al respecto de la cultura punitiva y cómo esta puede tener un efecto negativo a la hora de la notificación de los eventos adversos (Burlison et al., 2016). Por lo anterior, la notificación de eventos adversos se puede ver limitada por la connotación punitiva que se suele otorgar al tema (Peñas, Parra, & Gómez, 2017) y perjudicar la notificación de eventos y su existencia, evitando así su registro y análisis"

(Gómez, 2011) y posteriormente la posibilidad de aprender de ellos (Cauduroa, de Souza, Andolhea, Lanesa, & Ongaroa, 2017).

Discusión

En los últimos 20 años, y luego de la publicación de "*To err is human: building a safer health system*" (Estepa, Moyano, Pérez, & Crespo, 2016), la seguridad del paciente se ha convertido en un elemento clave de la calidad en salud asistencial, en donde se han hecho publicaciones de diversos artículos y estudios referentes al tema, con el fin de encontrar las respuestas que puedan brindarnos un ambiente de seguridad en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En nuestra búsqueda, solo encontramos dos estudios (Claro et al., 2011; Gutiérrez, 2016) dirigidos específicamente a evaluar la cultura punitiva en entidades de salud. Sin embargo, se logró encontrar una cantidad de artículos importantes que permitieron aproximarnos al tema, para así tener la oportunidad de caracterizarlos metodológicamente, hallando patrones en el diseño, ejecución y metodología de evaluación que, aunque hicieron a los estudios no del todo comparables, al no haber un patrón único, se logró establecer que el concepto que se tiene sobre cultura punitiva es similar, lo que denota una cierta universalización del término en la literatura.

Asimismo, se considera que la muestra fue lo suficientemente amplia y la búsqueda minuciosa en las bases de datos, donde se obtuvieron resultados que permitieron tener una visión global del tema de cultura punitiva, teniendo en cuenta que las investigaciones utilizadas no tenían como objetivo principal la cultura punitiva en su estudio y en donde, prácticamente, todas las especialidades clínicas en diferentes partes del mundo han realizado estudios referentes al tema de seguridad del paciente

(Umanzor, Conejeros, Corrales, Miralles, & Aranaz, 2011), llamando la atención el concepto global que tienen los profesionales de la salud al respecto del tema de seguridad del paciente y la cultura de culpabilizar de los errores y de quienes los cometen ((Aranaz et al., 2008; Ramos et al., 2017) en las entidades prestadoras de servicios de salud. Este concepto está relacionado con la culpa y el castigo, donde se culpa a las personas (Burlison et al., 2016), sin tener en cuenta que esto puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y miedo, y donde peor aún, se ocultan los incidentes o eventos adversos por miedo a la respuesta o reacción de las instituciones y/u organizaciones prestadoras del servicio de salud (Fujita et al., 2013).

No se puede negar que el dominio "respuesta no punitiva al error" trata de un aspecto sensible para las entidades prestadoras de servicios de salud y en donde las respuestas punitivas a los errores han sido un descubrimiento significativo (Burlison et al., 2016). Sin embargo, esta dimensión está compuesta solo por "preguntas negativas", lo que sugiere que la interpretación de los datos arrojados puede estar carente de fiabilidad (Freire, 2018), puesto que no cuenta con preguntas positivas dentro de la misma dimensión.

Sin embargo, la evidencia en la literatura científica referente a la cultura punitiva no debe omitirse o descartarse, especialmente cuando en investigaciones de diferentes países, de diferentes religiones y culturas se encuentra la cultura punitiva como un hallazgo latente y alarmante, que aunque en las entidades de salud se está tratando de derogar y reemplazarla por el "diálogo", se sigue exponiendo que la noción al fallo individual predomina ante la concepción procesal y sistemática (Wegner et al., 2012).

No obstante, la baja calificación que se le ha dado a la dimensión "respuesta no punitiva al error" en la encuesta Hospital survey on patient safety culture en los 17 estudios seleccionados y que referenciaron estudios realizados en otros países, regiones y/o continentes (Alqattan et al., 2018; Alswat, 2017; Azami et al., 2015; Babak, 2016; Bodur & Filiz, 2009; Claro et al., 2011; Davoodi et al., 2013; Elmontsri et al., 2017; Freire, 2018; Gutiérrez, 2016; Hori, Freire & Tolentino, 2018; Méndez et al., 2014; Ramírez & Pedraza, 2017; Tabrizchi & Sedagha, 2013; Taise, 2016; Verusca, 2015; Xu, 2018), es inquietante, ya que demostraron que la dimensión "respuesta no punitiva al error" tuvo resultados positivos de entre el 8,89% (Babak, 2016), la más baja calificación dada a esta dimensión en un estudio, hasta 43,7% (Méndez et al., 2014), la que se consideró la calificación mas positiva entre los estudios referenciados en este artículo. Es decir, que esta dimensión en los estudios en el periodo de 10 años (2008 - 2018) no han representado un cambio real dentro de las organizaciones de salud, hallazgo similar encontrado en el estudio realizado por Gutiérrez (2016), donde tomaron los datos de la base de datos de la AHRQ de los hospitales de EE.UU. y encontraron que la respuesta a la dimensión "respuesta no punitiva al error" ha sido menor del 50% en los 7 años que se han reportado los resultados de la encuesta (HSOPSC) con esta institución.

Indiscutiblemente, la cultura punitiva sigue siendo la principal causa de la subnotificación o subregistro en todo el mundo (Fujita et al., 2013; Peñas et al., 2017), al igual que un impedimento para la notificación de eventos adversos y/o incidentes (Burlison et al., 2016; Gómez et al., 2011b), porque estos pueden conllevar a problemas legales a las entidades de

salud, por lo cual la tendencia es a no notificarlos (Gómez, 2011). Esta posición punitiva no soluciona los problemas, debido a que las personas funcionan dentro de los sistemas diseñados por una organización, en donde el profesional puede ser el culpable; sin embargo, a menudo la institución también tiene la culpa (Boysen, 2013). Por todo lo anterior, es necesario que las entidades prestadoras de servicios de salud cambien ese enfoque punitivo por una cultura no punitiva, que propicie un ambiente seguro para la notificación y aprendizaje de los eventos adversos y/o incidentes (Renkema, Broekhuis, & Ahaus, 2014), una cultura transparente que permita examinar las causas de los eventos adversos y proponer técnicas para prevenir o minimizar los errores en el cuidado (Cauduroa et al., 2017), en donde se reconozca la naturaleza inevitable de los errores y se trabaje en pro de reducir al máximo los incidentes en la atención en salud (Monteiro et al., 2016).

Conclusiones

La evidencia demuestra que la seguridad del paciente en salud es uno de los aspectos más importantes. Sin embargo, y aunque en los últimos años se han venido realizando diferentes programas e investigaciones para promover la seguridad del paciente y evitar o disminuir en gran medida los errores o

eventos adversos en la atención, sigue predominando la subnotificación de estos por temor a la respuesta punitiva que este error pueda acarrear.

En este estudio, la revisión de los estudios encontrados en las cuatro bases de datos empleadas, entre el período de 2008 a 2018 sobre cultura punitiva mostró que la dimensión "respuesta no punitiva al error" de la encuesta Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) ha sido y sigue siendo el punto más débil al momento de evaluar la seguridad del paciente. No obstante, teniendo en cuenta los hallazgos por los diferentes estudios, es sorprendente la escasa literatura existente al respecto de la dimensión "respuesta no punitiva al error" de la encuesta (HSOPSC) y la escasa literatura relacionada con cultura punitiva en salud.

De acuerdo a los datos arrojados por el estudio, se tiene que dicha dimensión sigue teniendo la misma connotación negativa entre los profesionales de la salud, que se ve reflejado en los resultados arrojados por la encuesta (HSOPSC), en donde las respuestas positivas en la mayoría de los casos estuvieron por debajo de la mitad, demostrando así que la cultura que predomina en las entidades de salud es la cultura punitiva y no la cultura de seguridad.

Referencias

- Alqattan, H., Cleland, J., & Morrison, Z. (2018). An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13 (3), 272-280.
- Alswat, K. (2017). Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): trending, improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res*, 17 (1).
- Aranaz, J., Limón, R., Aibar, C., Miralles, J., Vitaller, J., Terol, E., . . . Rey, M. (2008). Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. *Revista Gaceta Sanitaria*, 22 (1), 198-204.
- Azami-Aghdash, S., Azar, F. E., Rezapour, A., Azami, A., Rasi, V., & Klvan, K. (2015). Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Republic Iran*.
- Babak, F. (2016). Attitude toward the Patient Safety Culture in healthcare systems. *Patient safety and quality improvement journal*, 4 (2), 363-368.
- Bartolomé, A., Gómez, J. I., Garcia, S., González, A., Santa, J. A., & Hidalgo, I. (2005). Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Revista Calidad Asistencial*, 20 (4), 228-234.
- Bodur, D & Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*, 21 (5).
- Boysen, P. G. (2013). Just culture: A foundation for balanced accountability and patient safety. *Rev. The Ochsner Journal*, 13 (3), 400-406.
- Burlison, J.D., Quillivan, R.R., Kath, L.M., Zhou, Y., Courtney, S.C., Cheng, C., & Hoffman, J.M. (2016). A multilevel análisis of U.S hospital patient safety culture relationship of voluntary event reporting. *J Paciente Seguro*, 16 (3), 187-193.
- Cauduroa, G. M., de Souza Magnagoa, T. S., Andolhea, R., Lanesa, T. C., & Ongaroa, J. D. (2017). Seguridad de los pacientes en la percepción de lo estudiantes del área de la salud. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 38 (2).

- Claro, C. M., Krocokcz, D. V., Toffolletto, M. C., & Padilha, K. G. (2011). Eventos adversos en unidad de terapia intensiva: percepción de los enfermeros acerca de la cultura no punitiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (1), 167-172.
- Cordero, J., Delgado, R., Jiménez, F., García, S., & Toledo, J. (2012). Seguridad del paciente con trastorno mental en el sistema de salud mental de la provincia de Cienfuegos. *Medisur*, 10 (6)
- Davoodi, R., Shabestari, M. M., Takbiri, A., Soltanifar, A., Sabouri, G., Rahmani, S., & Moghiman, a. T. (2013). Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42 (11), 1292-1298.
- Elmonsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: A Systematic review. *BMJ Journals*, 7 (2).
- Estepa, M. P., Moyano Espadero, M, C., Pérez Blancas, C., & Crespo Montero, R. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enfermería Nefrológica*, 19 (1), 63-75.
- Ferreira, A., Fort, Z., & Chiminelli, V. (2015). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 24 (2) 310-315.
- Freire Galvão, T. (2018). Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, 26, 2-7.
- Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Wu, Y., Huang, C.-c., & Hasegawa, T. (2013). The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Research*, 13 (20).
- Gómez Ramírez, O. J., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, É. (2011a). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Revista av. Enfermería*, 24 (2), 363-374.
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011b). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17 (3), 97-111.

- Gómez Vásquez, B. E. (2011). Análisis de la percepción respecto al reporte de los eventos adversos y la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Medellín. *Signos*, 3 (2).
- Guerra, M. M., Campos, B., Sanmarful, A., Virseda, A., Aránzazu, M., & Clarle, A. (2018). Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad de Ipaciente y su evitabilidad. *Aten. Primaria*, 50 (8), 486-492.
- Gutiérrez, S, R. (2016). Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 31 (3), 173-176.
- Hori Okuyama, J. H., Freire Galvao, T., & Tolentino Silva, M. (2018). Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture asystematic review and meta analysis. *The Scientific world of journal*.
- Mira-Solves,J.J., Romeo-Casabona, C.M., . Astier-Peña, M.P., Urruela-Mora, A., Carrillo-Murcia, I., Lorenzo-Martínez,S., Agra-Varela, Y. (2017). Si ocurrió un evento adverso piense en decir "lo siento". *An. Sist. Sanit. Navar*, 40 (2), 279-290. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v40n2/1137-6627-asisna-40-02-00279.pdf>
- Kalra, J., Kalra, N., & Baniak, N. (2013). Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care. *Clinical Biochemistry*, 46 (13-14), 1161-1169.
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P., Clarke, M., & Deveraux, P. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta -Analyses of studies that evaluate helth care interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 62 (10), 1-34.
- Meléndez Méndez, C. M., Garza Hernández, R. G., González Salinas, J, F., Castillo, S., González García, S., & Ruíz Hernández, E., (2014). Nursing staff perception towards a culture of safety in a pediatric hospital in Mexico. *Revista Cuidarte*, 5 (2).
- Martínez, Á., Hueso, C., & Gálvez, M. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, 18 (3), 42-48.

- Merino, M., Carrera, F., Castillo, M., Martínez, A., Martínez, R., & Fikri, N. (2017). Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40 (1), 53-56.
- Monteiro da Silva, N. D., Barbosa, A. P., Grillo Padilha, K., & Malik, A. M. (2016). Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different type of administration. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (3)
- Moya Saenz, O. (2017). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿una actividad que podría quedar en el olvido? *Revista Gerencia y Políticas de Salud Colombia*, 17 (34).
- Palacio La puente, J., Perelló Bratescu, A., Ramírez, L., & Limón Ramírez, E. (2018). Cuidar al que cuida: Profesionales y cuidadoras como segundas víctimas . *AMF, Actualización en Medicina de Familia*, 14 (6),
- Peñas Felizzola, O., Parra Esquivel, E., & Gómez Galindo, A. (2017). Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de terapia ocupacional. *Rev. Científica Uninorte*, 33 (3).
- Pérez, J. A., Vasquez, Castillo, C. M., Dominguez, M. A., Jiménez, I., & Rueda, A. (2012). Los pequeños grandes detalles de la seguridad del paciente. *CONAMED*, 17 (3)
- Portera, M., Bugarín, R., & Rodríguez, M. S. (2017). Error humano, Seguridad del Paciente y Formación en medicina. *ELSEVIER: Educación Médica*, 20, 169-174.
- Ramírez, M, E., & Pedraza Avilés, G. P. (2017). Cultura de my eventos adversos en una clínica de primer nivel . *Rev. Enfermería Universitaria*, 14 (2), 111-117.
- Ramos, F., Coca, S., & Abeldaño, R. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería Universitaria*, 14 (1), 43-53.
- Renkema, E., Broekhuis, M., & Ahaus, K. (2014). Conditions that influence the impacto of malpractice litigation risk on physicians behavior regarding patient safety. *Rev. BMC health services research*.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad: La cultura de seguridad (CS). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28 (5), 785-795.

- Sokas, R., Braun, B., Chenven, L., Cloonan, P., Fagan, K., Hemphill, R. R., . . . Storey, E. (2013). Frontline Hospital Workers and the Worker Safety/Patient Safety Nexus. *Jt Comm j Qual Patient Saf*, 39 (4), 185-192.
- Tabrizchi, N., & Sedagha, M. (2013). The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers. *Journals. Tums. Aca.ir*.
- Taise Rocha Macedo, P. K. (2016). The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (5).
- Tayse de Lima Gomes, A., da Fonseca Silva, M., Medeiros de Moraes, S. h., Barreto Tavares Chiavone, F., de Medeiros, S., & Pereira Santos, V. (216). Error Humano Y La Cultura De La Seguridad A La Luz De La Teoría "Queso Suizo": Un Analisis Reflexivo. *Enfermagem*, 3646-3652.
- Umanzor, R. p., Conejeros, S., Corrales, M., Miralles, J., & Aranaz, J. (2011). Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médicos. *Revista de Calidad Asistencial*, 26 (6), 359-366.
- Vargas, E., Coral, R., Moya, D., tamara, V., Mena, Y., & Romero, E. (2017). Percepción de las condiciones de seguridad del paciente con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia. *Aquichan*, 17 (1), 53-69.
- Verusca Soares de Souza, A. M. (2015). Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. *Cogitare Enferm*, 20 (3), 474-481.
- Villarroel, X., & Febre, N. (2016). Características de documentos utilizados para estructurar las políticas internas relacionadas con las metas internacionales de seguridad de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 22 (2), 13-41.
- Wegner, W., Neri, E., & Rubim, P. (2012). La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de evento adverso en la hospitalización infantil. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (3).
- Xu, X. P. (2018). Changing patient safety culture in China: a case study of an experimental Chinese hospital from a comparative perspective. *Política de Gestión de Riesgos de Salud*, 83-98.

Anexo

Artículos incluidos por encuesta y/o revisiones sistemáticas

| Titulo/ Revista/ Autores/Año/ País | Tipo de estudio y población/Objetivo/ Resultados |
|--|--|
| <p>Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Taís Freire Galvão, Marcélia Célia Couteiro Lopes, Carmen Conceição Carrilho Oliva, Maria Elizete de Almeida Araújo, Marcus Tolentino Silva. vol.26 Ribeirão Preto 2018 Epub 09-Ago-2018, Brasil.</p> | <p>Estudio transversal con recogida de datos por encuesta (HSOPSC) Población: 381 funcionarios. Evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. La dimensión con menos proporción de positividad fue respuesta no punitiva al error</p> |
| <p>Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente. Rev. Calid. Asist. S.R. Gutiérrez Ubeda. Vol. 31. Núm. 3 páginas 173-176 (Mayo - Junio 2016), Nicaragua.</p> | <p>Artículo especial. Muestra tomada de la base de AHRQ. De los hospitales de EEUU. Este artículo es una reflexión para incrementar la conciencia sobre 3 razones de por qué se necesita un esfuerzo para cambiar la cultura punitiva antes de introducir la cultura de seguridad. Los datos muestran el comportamiento de las respuestas positivas de los resultados anuales 2007-2012 y 2014 de las 12 dimensiones que mide la encuesta (HSOPSC). Estos resultados provienen de cientos de hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica que cada año envían sus datos a la AHRQ. La dimensión "respuesta no punitiva al error" obtuvo menos del 50% de respuestas positivas, resultados que han sido similares en los 7 años reportados.</p> |
| <p>Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture a systematic review and meta-analysis. The Scientific world of journal. Julia Hiromi Hori Okuyama, 1 Tais Freire Galvao, 2 and Marcus Tolentino Silva. Volume 2018, Article ID 9156301, 11 pages. 2018, Brasil.</p> | <p>Revisión sistemática con metaanálisis. Base de datos: MEDLINE, EMBASE, SCOPUS, CINAHL y SCielo. Población: 59 estudios con 755,415 profesionales encuestados. Evaluar la cultura de seguridad del paciente en estudios que emplearon la encuesta (HSOPS) en hospitales de todo el mundo. La dimensión "respuesta no punitiva a los errores" en siete de los estudios tuvo una respuesta positiva de menos del 30%. En el metaanálisis "la respuesta no punitiva" en los estudios en los continentes de Asia y Eurasia fue entre 23 - 32 % y en Europa y América entre 36-58%. Sin embargo, una encuesta realizada en Noruega en 2012 produjo respuestas positivas 78,8% en la misma dimensión.</p> |
| <p>The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Rev. Esc. Enferm. Taise Rocha Macedo, Patricia Kuerten Rocha, Andreia</p> | <p>Estudio cuantitativo transversal. Población: 75 profesionales (enfermería). Identificar la cultura de seguridad del paciente en emergencias pediátricas desde la perspectiva del equipo de enfermería.</p> |

| | |
|--|---|
| Tomazoni, Sabrina de Souza, Jane Cristina Anders, Karri Davis. vol.50 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2016, Brasil. | La dimensión "respuesta no punitiva a los errores" recibió la mayor proporción de respuestas negativas, obteniendo 138 (61%) de respuestas negativas. |
| Status of patient safety culture in Arab countries: A Systematic review. BMJ Journal. Mustafa Elmontsri, Ahmed Almashrafi, Ricky Banarsee, Azeem Majeed. Open 2017; 7:e013487. doi:10.1136/bmjopen-2016, Países Árabes | Revisión sistemática. Base de datos. MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ProQuest y PsychINFO, Google Scholar y PubMed, con búsquedas manuales de bibliografías de artículos incluidos y revistas clave. Explorar el estado de la cultura de seguridad del paciente en los países árabes en base a los resultados de la Encuesta (HSPSC). La dimensión "respuesta no punitiva al error" es el área menos positiva clasificada en los estudios por los países árabes; sugiriendo así una cultura de culpa. |
| Nursing staff perception towards a culture of safety in a pediatric hospital in Mexico. Rev Cuidarte. Concepción Meléndez Méndez, Rosalinda Garza Hernández, J. Fernanda González Salinas, Santa Castillo Castillo, Sandra González García, Evelia Ruiz Hernández. vol.5 no.2 Bucaramanga Julio/Dic. 2014, México. | Diseño descriptivo y transversal en una muestra de 247 enfermeras del hospital de pediatría. México. Determinar las Fortalezas y oportunidades de mejora hacia la cultura de la seguridad con que cuenta el personal de enfermería que labora en los diferentes servicios y turnos del Hospital de Pediatría de México y el grado global de seguridad percibido. Este estudio presenta las dimensiones que fueron percibidas con oportunidad hacia la mejora continua, ya que estas fueron evaluadas con $\geq 50\%$ de respuestas positivas. La dimensión "respuesta no punitiva al error" obtuvo un puntaje de 43,7% e decir, menos del 50% al igual que otras 6 dimensiones. |
| Errors and adverse events: the interface with health professionals' safety culture. Rev. Cogitare Enferm. Verusca Soares de Souza, Andressa Morello Kawamoto, João Lucas Campos de Oliveira, Nelsi Salete Tonini, Luciana Magnani Fernandes, Anair Lazzari Nicola. 2015 Jul/sep; 20(3): 474-481, 2015, Brasil. | Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. A través de la encuesta (HSOPSC). Población. 71 profesionales de salud. Analizar la cultura de seguridad acerca de errores y eventos adversos, en la percepción de profesionales de salud. En el estudio se analizaron solo tres dimensiones de las 12 que tiene la encuesta (HSOPSC) y en donde la dimensión "respuesta no punitiva al error" en los tres ítems que evalúa la dimensión se tuvieron en cuenta valores porcentuales más altos o más bajos indican actitudes positivas / negativas en relación con la cultura de seguridad del paciente. Los resultados fueron la mayoría en "de acuerdo" en actitud negativa. |
| Eventos adversos en unidad de terapia intensiva: percepción de los enfermeros acerca de la cultura no punitiva. Rev. esc. Enferm USP. Carla Matilde Claro; Daniella Vianna Correa Krococzk; | Estudio descriptivo, con cuestionario respondido por 70 enfermeros, en 2007, seguido del análisis descriptivo de los datos. Caracterizar los sistemas de notificación de EA, verificar la frecuencia de los eventos y consecuencias |

| | |
|---|--|
| <p>Maria Cecília Toffolletto; Kátia Grillo Padilha. vol.45 no.1 São Paulo Mar. 2011, Brasil.</p> | <p>para los profesionales, verificar el grado de seguridad de los enfermeros para notificarlos. La cultura de seguridad presupone un abordaje no punitivo de los eventos adversos. Para el 74,3% de la muestra, el acto punitivo ocurre a veces y siempre.</p> |
| <p>Attitude toward the Patient Safety Culture in healthcare systems. Patient safety and quality improvement journal. Fereydoon Laal1 (MSc); Babak Fazli1 (MSc); Davoud Balarak1 (MSc); Forouzan Dalir2 (MD); Mahdi Mohammadi1 (PhD); Ramazan Mirzaei1 (PhD). . 2016; 4(2):363-368. 2016, Irán.</p> | <p>Estudio descriptivo de corte transversal. A través de la encuesta (HSOPSC). Población. 231 profesionales de la salud. Evaluar la actitud de los proveedores de atención médica hacia el PSC en los hospitales y clínicas de la ciudad de Zabol, Irán. Los participantes se dividieron en 3 grupos de médicos, enfermeras y personal paraclínico (n = 77, 33.33%). La media de edad y experiencia clínica fue de 29,94 y 6,23 años, respectivamente. La puntuación media más baja se logró en "respuesta no punitiva al error" (8.89).</p> |
| <p>The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers. Journals. Tums. Aca.ir. Narges Tabrizchi and Mojtaba Sedaghat. 2013, Irán.</p> | <p>Estudio transversal, utilizando la versión modificada de la Encuesta (HSOPSC). Población. 100 profesionales de la salud. Medir la cultura de seguridad del paciente en los centros de atención primaria. El puntaje más bajo pertenece a los médicos en términos de "respuesta no punitiva al error" 17% que tuvo un puntaje de similitud en casi todos los demás estudios.</p> |
| <p>A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. Int J Qual Health Care. Said Bodur , Emel Filiz. 21 (5), 348-55 Oct 2009, Turquía.</p> | <p>Estudio transversal, utilizando la versión turca de la encuesta (HSOPSC). Evaluar la cultura de seguridad del paciente en unidades de atención primaria. La dimensión "respuesta no punitiva al error" fue del 18% para centros de atención primaria y 48% para hospitales.</p> |
| <p>Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. Iran J Public Health. Rozita Davoodi, Mahmoud Mohammadzadeh Shabestari, Afsaneh Takbiri, Azadeh Soltanifar, Golnaz Sabouri, Shaghayegh Rahmani, and Toktam Moghiman.2013 Nov; 42(11): 1292–1298. 2013, Nordeste Irán.</p> | <p>Estudio transversal descriptivo analítico en 25 hospitales. Población. 922 empleados. A través de un cuestionario donde los datos fueron analizados por el software SPSS versión 16. Los puntajes promedio pertenecían a la respuesta no punitiva a los errores (21.57%) y a la dotación de personal (26.35%) que se consideraban los puntos débiles del hospital.</p> |
| <p>Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. Med J Islam Republic Iran. Saber Azami-Aghdash, Farbod Ebadifard Azar, Aziz Rezapour, Akbar Azami, Vahid Rasi, Khalil</p> | <p>Revisión sistemática con Meta análisis. Bases de datos PubMed, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library, Magiran, SID e Iran Medex. se revisaron un total de 11 artículos que utilizaron la encuesta</p> |

Klvany. Published online 2015 Aug 23. 2015, Irán.

(HSOPSC). Para los Meta analisis se utilizó el software Comprehensive Meta-Analysis (CMA) v. 2. El objetivo de este estudio fue aclarar el estado del PSC en hospitales iraníes utilizando un método de metaanálisis.

La "respuesta no punitiva al error" tiene la puntuación más baja (32,4%). entre las 12 dimensiones del cuestionario HSOPSC.

An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait.

Journal of Taibah University Medical Sciences. Hamad Alqattan, Jennifer Cleland, Zoe Morrison. Volume 13, Issue 3, June 2018, Pages 272-280, 2018, Kuwait.

Estudio de cuestionario transversal con análisis de regresión múltiple. Utilizando la encuesta (HSPSC). Población. 1008 profesionales de salud.

Mejorar los resultados de seguridad del paciente, Este estudio llevó a cabo una evaluación inicial de la cultura de seguridad del paciente en un entorno de atención secundaria en Kuwait.

La dimensión de la respuesta no punitiva al error alcanzó el menor porcentaje de positividad. Los encuestados consideraron que sus errores se cometieron en su contra (Positividad = 25.7%) y que, cuando se informó un evento, se sintió como si el miembro del personal estuviera siendo redactado, en lugar del problema (Positividad = 34.6%). Además, les preocupaba que sus errores se registraran en sus archivos de personal (Positividad = 11.6%).

Changing patient safety culture in China: a case study of an experimental Chinese hospital from a comparative perspective. Risk Manag Healthc Policy. Xiao Ping Xu, Dong Ning Deng, Yong Hong Gu, Chui Shan Ng, Xiao Cai, Jun Xu, Xin Shi Zhang, Dong Ge Ke, Qian Hui Yu, Chi Kuen Chan. 11, 83-98 2018 May 1 eCollection 2018, China.

Estudio cuantitativo de encuesta HKUSZH. Población. 307 miembros del hospital.

Explorar la aplicación de las estrategias de seguridad del paciente de Hong Kong en el contexto de China continental.

En términos de una cultura no punitiva, la encuesta obtuvo una respuesta positiva baja (31.8%); de hecho, esto es más bajo que en los EE. UU. (45.0%) y mucho más bajo que en China continental (60.0%).

Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): trending, improvement and benchmarking.

BMC Health Serv Res. Khalid Alswat, Rawia Ahmad Mustafa Abdalla, Maher Abdelraheim Titi, Maram Bakash, Faiza Mehmood, Beena Zubairi, Diana Jamal , Fadi El-Jardali. 17 (1), 516 2017 Aug 2, 2017, Arabia Saudita.

Versión personalizada de la encuesta (HSOPSC). Población. 2592 de 4500 con una tasa de respuesta de 57,6%.

Este estudio detalla los resultados de una reevaluación de la cultura de seguridad del paciente en una ciudad médica de múltiples sitios en Riyadh, Reino de Arabia Saudita (KSA).

En cuanto a la dimensión de respuesta no punitiva a errores, el 13.7% del personal estaba preocupado de que sus errores se mantuvieran en su archivo de personal y el 29.3% sentía que estaban siendo redactados al informar un evento. En los hospitales públicos de Palestina se encontró que las

puntuaciones más bajas eran una respuesta no punitiva al error.

Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel.
Rev. Enfermería Universitaria.
M.E.Ramírez-MartínezA.González
Pedraza-Avilés. Volume 14, Issue 2,
April–June 2017, Pages 111-117,2017,
México.

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se utilizó encuesta (HSOPSC) con estadísticas descriptivas SPSS versión 22. Población. 27 profesionales de enfermería.

Identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de primer nivel.

En las debilidades percibidas, destacan 2 dimensiones: respuesta no punitiva a los errores con 61.7% y dotación de personal con 62%, ambas corresponden al área o rubro de cultura de seguridad en el nivel servicio. la dimensión respuesta no punitiva a errores obtuvo la más baja puntuación, con relación al estudio español Los resultados también concuerdan con el estudio chileno en el que reportan la respuesta punitiva a los EA con una media de 63%.
