

Impacto de la cultura organizacional en las instituciones de salud: énfasis en la seguridad del paciente. Una revisión sistemática.

Impact of organizational culture in health institutions: emphasis on patient safety. A systematic review.

Autoras: Yeny Patricia Pineda (1), Paula Andrea Zapata Lopera (2), Elsa María Vásquez Trespalcacios (3)

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1) Enfermera especialista en cuidado crítico del niño, Hospital Pablo Tobón Uribe. (2) Enfermera especialista en cuidado crítico adulto. (3) Epidemióloga, Universidad CES.

Dirección de contacto: yenypp@hotmail.com

Fecha recepción: 22/09/2021

Aceptado para su publicación: 23/11/2021

Fecha de la versión definitiva: 04/03/2022

Resumen

La cultura organizacional, no es igual en todos los ambientes de trabajo, diferentes factores como el entorno, el liderazgo, la educación/entrenamiento pueden impactar positiva o negativamente en el desempeño y resultados de la organización, tales como la seguridad del paciente. **Objetivo:** analizar la mejor evidencia disponible que pueda responder cuál es el impacto de la cultura organizacional en los resultados de la medición de cultura de seguridad de paciente en los dominios de comunicación abierta y respuesta no punitiva al error, en las instituciones de salud. **Material y Métodos:** revisión sistemática que sigue las recomendaciones de la declaración PRISMA. La estrategia de búsqueda identificó 969 artículos; 356 se excluyeron por duplicación, se revisaron 613 títulos y abstracts, se excluyendo 511, se revisaron 102 estudios completos, de los cuales se descartaron 85, por último se incluyeron en la revisión 17 estudios que cumplen con los criterios de elegibilidad, de los cuales se excluyeron tres por no cumplir requisitos metodológicos. **Resultados:** el entorno laboral determinado por la satisfacción laboral, horas laborales y el abordaje de la segunda víctima y el liderazgo no punitivo como factor clave para una cultura justa en las instituciones de salud, reportan impacto significativo en los resultados de cultura de seguridad. **Conclusión:** los factores como el entorno laboral y el liderazgo, tienen impacto positivo en los resultados de cultura de seguridad y se ve reflejado en mejoras en los dominios de respuesta no punitiva al error y comunicación abierta de la encuesta de cultura de seguridad.

Palabras clave

Cultura organizacional; seguridad de paciente; "Agency for Healthcare Research and Quality"; Comunicación; errores médicos.

Abstract

Organizational culture is not the same in all work environments, different factors such as the context, leadership, education / training can positively or negatively impact the performance and results of the organization, such as patient safety. **Objective:** to analyse the best available evidence that can answer what is the impact of the organizational culture on the results of the measurement of patient safety culture in the domains of open communication and non-punitive response to error, in health institutions. **Material and methods:** systematic review that follows the recommendations of the PRISMA statement. The search strategy identified 969 articles; 356 were excluded due to duplication, 613 titles and abstracts were reviewed, 511 were excluded, 102 complete studies were reviewed, of which 85 were discarded, and finally 17 studies that meet the eligibility criteria were included in the review, of which three were excluded because they did not meet methodological requirements. **Results:** the work environment determined by job satisfaction, working hours and the approach of the second victim and non-punitive leadership as a key factor for a fair culture in health institutions, report a significant impact on the safety culture results. **Conclusion:** factors such as the work environment and leadership have a positive impact on the safety culture results and is reflected in improvements in the domains of non-punitive response to error and open communication of the safety culture survey.

Keywords

Patient Safety; Culture organizational; Agency for Healthcare Research and Quality; communication; medical errors.

INTRODUCCIÓN

La cultura organizacional es un concepto que empieza a tener importancia a finales de los 70 y principios de los 80, aunque en los años 30 la escuela de "relaciones humanas" dedicaba un alto porcentaje de su atención al estudio del aspecto humano de la institución y se la considera precursora en el estudio de la cultura organizativa"(1).

La administración nunca es igual en todas las organizaciones y puede incluir funciones diferentes, de acuerdo con las condiciones internas y externas de la organización, según estas características se presentan cuatro tipos de cultura organizacional: *sistema autoritario coercitivo*, los gerentes tienen poca confianza en sus subordinados, y rara vez los involucran en el proceso de toma de decisiones, estas se transmiten en línea descendente, *sistema autoritario benevolente*, se caracteriza porque los gerentes dan órdenes, sin embargo, los empleados tienen alguna libertad para comentar acerca de las mismas, no obstante, la actitud de los gerentes es condescendiente hacia los empleados y estos a su vez son cautelosos para dirigirse a los mismos; *sistema consultivo*, fijan metas desde la dirección, discutidas con los empleados quienes tienen la autorización para tomar sus propias decisiones sobre la forma en la que desempeñan sus tareas. Por último, el *sistema participativo*, se caracteriza porque la dirección/gerencia tiene la confianza total sobre los empleados, la toma de decisión puede ser de cualquier lado, el ambiente se torna amigable entre la jerarquía y se caracteriza por la confianza mutua (2).

La cultura de seguridad del paciente, se considera un resultado de la cultura organizacional, incluye las creencias, actitudes, valores, normas y características de comportamiento compartidas lo que en consecuencia influirá en las actitudes y comportamientos de los miembros del personal con respecto al desempeño continuo de seguridad del paciente de su organización (3).

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud, es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad (4), su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos- cultura de seguridad (5).

"El concepto de cultura de seguridad se originó fuera del cuidado de la salud, en estudios de organizaciones de alta confiabilidad, organizaciones que minimizan consistentemente los eventos adversos a pesar de realizar trabajos intrínsecamente complejos y peligrosos. Las organizaciones de alta confiabilidad mantienen un compromiso con la seguridad en todos los niveles y abarca: el reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo de las actividades de una organización y la determinación de lograr operaciones consistentemente seguras, un ambiente libre de culpa donde las personas pueden reportar errores o casi fallas sin temor a reprimendas o castigos, el fomento de la colaboración entre rangos y disciplinas para buscar soluciones a los problemas de seguridad del paciente y el compromiso organizacional de recursos para abordar preocupaciones de seguridad"(6).

Reason clasificó la cultura de seguridad en cuatro componentes, *cultura de notificación de eventos*, las prácticas organizacionales apoyan esta disposición de los trabajadores a informar, una organización segura depende de la voluntad de los trabajadores de primera línea de informar sobre sus errores y cuasi incidentes, *cultura justa* depende de su creencia de que la dirección apoyará y recompensará la denuncia y que la disciplina se basa en la toma de riesgos, *cultura flexible*. La disposición de los trabajadores a informar también depende de su creencia de que los patrones de autoridad se relajan cuando se intercambia información sobre seguridad porque quienes tienen autoridad respetan el conocimiento de los trabajadores de primera línea, *cultura de aprendizaje*; la voluntad de los trabajadores de informar depende de su creencia de que la organización analizará la información proporcionada y luego implementará el cambio apropiado, las prácticas organizacionales que apoyan la interacción de estos cuatro componentes dan como resultado una organización altamente confiable (6).

Los marcos, las encuestas y las herramientas de evaluación se han desarrollado durante la última década para ayudar a las organizaciones a medir y comprender qué tipo de cultura existe en la organización y también para identificar áreas de fortaleza y brechas, de modo que se puedan identificar los factores que podrían mejorar u obstaculizar los esfuerzos de mejora" (3).

la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) patrocinó el desarrollo de herramientas de evaluación de la cultura de seguridad del paciente para hospitales, En 2004, la Agencia publicó la Encuesta del Hospital Surveys on Patient

Safety Culture™ (HSOPSC™) la cual consta de 42 ítems que están categorizados en 12 dimensiones, siete dimensiones miden la cultura de seguridad a nivel de unidad / departamento: expectativas y acciones del supervisor / gerente que promueven la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, comunicación abierta, retroalimentación y comunicación sobre el error, respuesta no punitiva al error y dotación de personal (7).

Tres dimensiones miden la cultura de seguridad a nivel hospitalario: el apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo entre los departamentos del hospital y las transferencias y transiciones hospitalarias. Dos dimensiones son las medidas de resultado: las percepciones generales de seguridad y la frecuencia de los eventos informados. Dos elementos adicionales son medidas de resultado: grado de seguridad del paciente y número de eventos informados. Las pruebas piloto garantizaron que la encuesta tuviera sólidas propiedades psicométricas (7).

Por lo anterior, se decide realizar una revisión sistemática de la literatura que respondiera la pregunta sobre cuál es el impacto de la cultura organizacional en los resultados de la medición de cultura de seguridad de paciente en los dominios de comunicación abierta y respuesta no punitiva al error, en las instituciones de salud. Esta revisión tiene como objetivo analizar la mejor evidencia científica de los estudios disponibles que puedan responder esta pregunta.

MATERIALES Y MÉTODOS

La revisión sistemática de la literatura para cumplir con el objetivo establecido, se guio por un protocolo diseñado por los autores. El reporte de esta re-

visión sigue las recomendaciones de la declaración PRISMA (2). Está disponible por parte de los autores para su revisión.

Criterios de elegibilidad

Se consideraron elegibles los estudios realizados en (población) personal de salud de instituciones hospitalarias de diferente conformación y complejidad, (intervención) en los que se hayan efectuado intervenciones relacionadas con la cultura organizacional tales como: educación/entrenamiento, entorno laboral y liderazgo/compromiso, para determinar impacto en las dimensiones de cultura de seguridad medidas mediante la encuesta de cultura de seguridad de paciente HSOPSC (Desenlace). Para esta revisión no se consideraron restricciones según el tiempo de seguimiento (Tiempo). No se limitó la búsqueda ni por idioma, ni por la fecha de publicación.

Fuentes de información y búsqueda

Se realizó búsqueda por especificidad en los meses de septiembre y octubre del año 2020, de artículos empleando los términos MESH o sus equivalentes DecS en español: "Patient Safety", "Culture organizational" y el término "Agency for Healthcare Research and Quality", este último con el fin de poder captar aquellos artículos que evidencien la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad validada por esta agencia. La estrategia de búsqueda comprendió las bases de datos automatizadas: Pubmed, Lilacs, Ebsco, Scopus, Embase, Ovid (**Tabla 1**). Además se realizó una búsqueda adicional mediante la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos identificados.

Fuente	Estrategia de búsqueda			Número de resultados
	Términos	Campos	Operadores	
PUBMED	((Patient Safety) AND (Agency for Healthcare Research and Quality)) AND (Culture organizational)			138
LILACS	tw:(Patient Safety)) AND (tw:(Agency for Healthcare Research and Quality)) AND (tw:(Culture organizational))			195
EBSCO	Patient Safety AND (Agency for Healthcare Research and Quality) AND organizational Culture			96
SCOPUS	(ALL ("Patient Safety") AND ALL ("Agency for Healthcare Research and Quality") AND ALL ("organizational Culture"))			275
EMBASE	('patient'/exp OR patient) AND ('safety'/exp OR safety) AND ('agency'/exp OR agency) AND for AND ('healthcare'/exp OR healthcare) AND ('research'/exp OR research) AND ('quality'/exp OR quality) AND organizational AND ('culture'/exp OR culture)			66
OVID	("Patient Safety" and "Agency for Healthcare Research and Quality" and "organizational Culture").mp. [mp=title, abstract, full text, caption text]			175

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Selección de los estudios

El resultado de la estrategia se exportó en el administrador de referencias Zotero, se eliminaron los registros duplicados, se revisaron los títulos y abstracts de los textos restantes, se descartaron aquellos que no cumplían con los criterios de elegibilidad, se revisaron los textos completos para la revisión sistemática y se determinó incluir en la síntesis, aquellos con resultados de calidad metodológica donde se evidencie la identificación de factores de confusión y las estrategias para abordarlos.

La selección de artículos se realizó de manera separada por cada uno de los investigadores; luego fueron analizados de manera independiente, las discrepancias se resolvieron mediante el concepto de un tercer evaluador.

Proceso de recopilación de datos y lista de datos

Se diseñó en Microsoft Excel 2010 el instrumento score de recolección de los criterios de selección para la extracción de información de cada uno de los artículos incluidos en la revisión sistemática (caracterización) y en la síntesis (resultados). Se determinaron las siguientes variables (caracterización): autor, año de publicación, población, tamaño de muestro, objetivo del estudio, método reportado, nivel del medición de resultados reportados HSOPSC y Nivel del medición del desenlace evaluado en el estudio. (Resultado): reportados de la medición de las dimensiones de comunicación abierta y respuesta no punitiva al error. Además, el resultado reportado del impacto en factores de la cultura organizacional segregados en educación/entrenamiento, entorno laboral y liderazgo y compromiso.

Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Para la evaluación de la calidad metodológica se utilizó el instrumento para estudios analíticos transversales del Joanna Briggs Institute (JBI). Se consideraron todos los ítems y se excluyeron aquellos estudios valorados a nivel global como de baja calidad metodológica.

Se extrajeron los resultados de cada uno de los estudios. No fue posible realizar meta análisis por lo cual se presenta revisión sistemática de los resultados cuantitativos de los estudios incluidos.

RESULTADOS

Selección de estudios

La estrategia de búsqueda empleada identificó un total de 945 estudios, 24 se captaron a través de la revisión de las referencias de los artículos incluidos, para un total de 969 artículos; 356 se excluyeron por duplicación, se revisaron 613 títulos y abstracts, se excluyendo 511, por no cumplir con los criterios de inclusión. Se revisaron 102 estudios completos, de los cuales se descartaron 80, ya que a pesar de aplicar la encuesta de cultura de seguridad para hospitales no se evidencia intervenciones relacionadas con factores de cultura organizacional. Cinco estudios no se incluyeron en la revisión por que los resultados relacionados con los factores de cultura organizacional no son claramente identificables. Por último se incluyeron en la revisión sistemática 17 estudios que cumplen con los criterios de elegibilidad, de los cuales se excluyeron tres por no cumplir requisitos metodológicos (**Figura 1**).

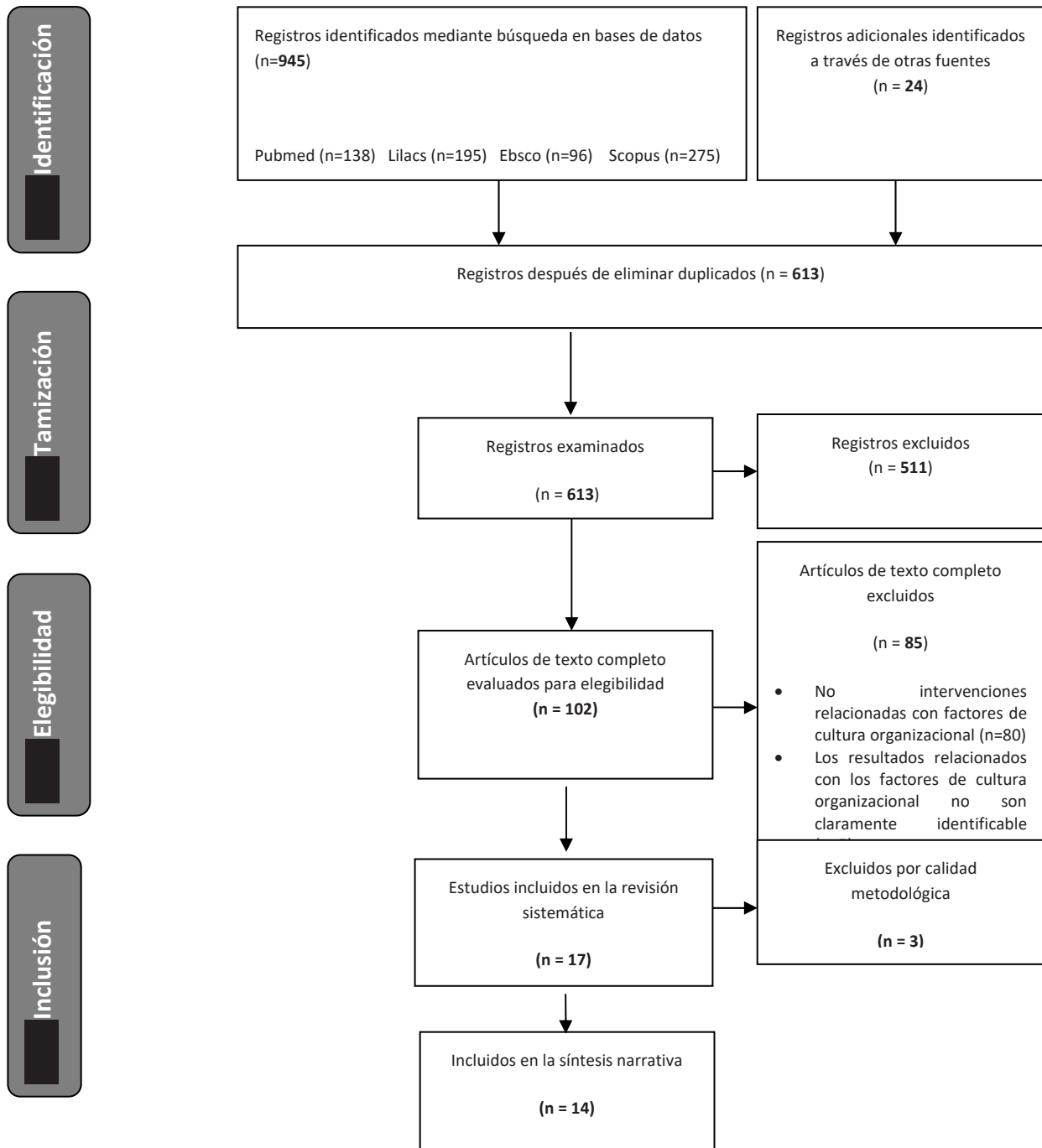


Figura 1. PRISMA 2009 Flow Diagram

Características de los estudios

De los 17 estudios que cumplen criterios de elegibilidad, solo uno es de cohorte, los restantes son transversales. 15 en idioma inglés, uno en español y uno en portugués. Ocho de los estudios tienen como población solo enfermeros (as), dos enfermeros y médicos y los restantes contemplan otras disciplinas de la salud, incluidos gerentes y administradores.

Cinco de los estudios (29.4%) se realizaron en hospitales para la atención de pacientes agudos con más de 100 camas, dos (11.8%) en hospitales de enseñanzas y no, cinco (29.4%) exclusivamente hospitales de enseñanza, cuatro (23.5%) en hospitales con menos de 40 camas y uno (5.9%) especializado en la atención del paciente pediátrico.

En cuanto la intervención efectuada, que impacta la cultura organizacional, el 47% (8) emplearon

encuestas o formularios (segunda víctima, clima de seguridad, horas laborales, tiempo perdido de enfermería), con el propósito de determinar relaciones o asociaciones existentes entre cultura de seguridad y cultura organizacional. Cuatro (23.5%) aplicaron la encuesta de seguridad de pacientes antes y después de realizar capacitación, formación o sensibilización en temas como comunicación y trabajo en equipo. Dos utilizaron como intervención programas de seguridad (software) y las restantes realizaron comparaciones entre grupos. La tasa de respuesta osciló entre 21% (estudio en personal de la salud) y 100% (estudio en enfermeras).

El nivel de medición de la encuesta HSOPSC para los dominios de interés de esta revisión fue reportado en su mayoría (53%) como porcentajes de respuestas positivas, los demás, en medias con desviaciones estándar, análisis de varianzas múltiples, odds ratios (OR), comparación de tasas de respuestas.

El nivel de medición para el desenlace (factores relacionados con cultura organizacional) reportado está dado por modelos regresión logística, Odds ratios (OR ajustados), correlaciones de Pearson o Spearman, riesgo relativo (RR) para el estudio de cohorte.

Riesgo de sesgo en los estudios

De acuerdo con los resultados de la aplicación del instrumento para estudios analíticos transversales del Joanna Briggs Institute (JBI); se excluyen de la síntesis los artículos (Lozito et al, 2018), (Jones et al. 2019), (Ricklin et al, 2019); Dado que no es clara la identificación de factores de confusión y las estrategias para abordarlo. De los 14 estudios incluidos en la síntesis el 85.7% cumplen con los dominios definidos en el instrumento de evaluación, solo dos no describen en detalle los sujetos del estudio y el entorno (Blegen et al, 2010), (Collier et al, 2016) (**Tabla 2**).

	Jones et al, 2008	Snijders et al, 2009	Blegen et al, 2010	Wu et al, 2013	Collier et al, 2016	Ling et al, 2016	Quillivan et al, 2016	Andrade et al, 2018	Cho y Choi, 2018	Edwards 2018	Lozito et al, 2018	Merino et al, 2018	Mohr et al, 2018	Hessels et al, 2019	Jones et al, 2019	Ricklin et al, 2019	Zhang et al, 2019	
Preguntas	Evaluación (Si, no, poco claro, no aplica)																	
1	¿Se definieron claramente los criterios de inclusión en la muestra?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2	¿Se describieron en detalle los sujetos de estudio y el entorno?	Si	Si	No	SI	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3	¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
4	¿Se utilizaron criterios objetivos y estándar para medir la condición?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5	¿Se identificaron factores de confusión?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	Si	
6	¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	Si	
7	¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Valoración general																		
Incluido	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si		Si	Si	Si			Si	
Excluido											Si				Si	Si		
Se requiere más información																		

Tabla 2. Reporte de calidad metodológica según lista de verificación para estudios analíticos del Joanna Briggs Institute (JBI)

RESULTADOS

Entorno laboral y cultura de seguridad

Seis estudios reportan resultados del impacto de este factor en la cultura de seguridad, Jones et al. 2008, reporta que al personal le preocupa que los errores que cometan se mantengan en su archivo personal, 24% más después de recibir educación sobre el concepto de cultura justa, pero este resultado fue estadísticamente significativo (($p^*=0,01$) ($p^* \leq 0.01$)). Igualmente un 8% más, sienten que discuten formas de evitar que vuelvan a ocurrir errores, después de la implementación del programa de seguridad (evidencia de una cultura de aprendizaje) igualmente este resultado no fue estadísticamente significativo (($p^*=0,51$) ($p^* \leq 0.01$)).

El estudio de Wu et al, 2013 reporta que los enfermeros en Taiwan que trabajaban más de 60 horas /semana, dieron al grado de seguridad del paciente una calificación 85% más baja en comparación con aquellos que trabajaban menos de 40 horas a la semana. Igualmente reporta para Estados Unidos una calificación 11% más baja. Esta relación fue estadísticamente significativa (12).

Quillivan et al. 2016, reporta que resultados favorables en el dominio de respuesta no punitiva al error se asoció significativamente con una reducción trastorno psicológico en un 15.8% en los enfermeros encuestado (14). Por su parte en el estudio de Zhang et al, 2019, el 45,3% de los participantes del estudio (enfermeros), informaron experiencias de angustia psicológica, seguidas de angustia física y falta de autoeficacia profesional. Entre los participantes, más de una cuarta parte (26,6%) tenía la intención de irse, aunque solo el 6,4% de ellos tenía ausentismo como resultado de la angustia relacionada con la segunda víctima (18).

Merino et al, 2018, reporta correlación entre la satisfacción laboral y la seguridad percibida ($r = 0,67$). La correlación más fuerte se observó entre las dimensiones «Respuesta no punitiva a los errores» y «Acciones de la supervisión» ($r = 0,66$) (10).

Educación/entrenamiento y cultura de seguridad

Blegen et al, 2010, reporta diferencias significativas entre grupos, luego de la capacitación de los participantes en trabajo en equipo (22), en cam-

bio en el estudio de Ling et al, 2016, se evidencia que no hay variación significativa entre el grupo que recibió entrenamiento y aquel que no (Comunicación abierta RR 1.66 (0.73-3.76) $p=0.23$, respuesta punitiva al error RR 1.68 (0.54-5.18) $p=0.37$) (9). Por otro lado en el estudio de Cho y Choi. 2018, al evaluar actitudes, habilidades y conocimientos, da como resultado que no son predictores de mejora en estas competencias los dominios de respuesta no punitiva al error, ni comunicación abierta (15).

Liderazgo/compromiso y cultura de seguridad

Jones et al. 2008, reporta que el personal se siente libre de cuestionar las decisiones y acciones de quienes tienen más autoridad, 23% más después de recibir herramientas y formación en liderazgo en seguridad de paciente (evidencia de una cultura flexible), este resultado fue estadísticamente significativo ($p^*=0,004$ ($p^* \leq 0.01$)) (17). Por su parte el estudio de Snijders et al, 2009, concluyó que un enfoque no punitivo del error, el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente y las percepciones generales de la seguridad predicen el comportamiento de notificación de incidentes en el grupo de enfermeras participantes (19).

El estudio de Collier et al, 2016 reporta correlaciones positivas y estadísticamente significativas, entre las dimensiones de seguridad y el compromiso del personal (comunicación abierta (r) 0.46, respuesta no punitiva al error (r) 0.46) (13), lo que sugiere que las acciones que mejoran el compromiso pueden tener un impacto positivo en la cultura de seguridad. El estudio de Edwards 2018, indicó que el modelo de implementación de cultura justa, que se basó en una política de acciones correctivas y la capacitación de gerentes, mejoró la respuesta no punitiva al error de 46% a 53% positivo, con impacto del programa de cultura justa, en el liderazgo organizacional estadísticamente significativo (23).

Hessels et al, concluyen que las implicaciones para las enfermeras que brindan atención directa incluyen la participación activa y transparente con el liderazgo y los administradores para identificar y abordar las inquietudes, específicamente en lo que se refiere al estilo de gestión, el apoyo y la comunicación abierta y no punitiva (16). Andrade et al, determinan que las fortalezas en las dimensiones de la cultura de seguridad fueron escasas y se concentraron en el liderazgo del hospital privado (11).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA

Entorno laboral y cultura de seguridad

Según el reporte de los estudios incluidos, existe un claro impacto en los resultados de cultura de seguridad particularmente en los dominios de interés de esta revisión (respuesta no punitiva al error y comunicación abierta), determinado por la satisfacción laboral reportada, horas laborales y el abordaje del personal cuando se encuentra relacionado o involucrado en un incidente de seguridad (segunda víctima).

Educación/entrenamiento y cultura de seguridad

Para este factor de la cultura organizacional, los estudios incluidos en esta revisión, no determinan impacto en la cultura de seguridad. Es posible que se requiera más estudios que pudieran evaluar este desenlace.

Liderazgo/compromiso y cultura de seguridad

Para este factor de la cultura organizacional, los estudios incluidos reportan impacto significativo en los resultados de cultura de seguridad, determinando el liderazgo no punitivo como factor clave para una cultura justa en las instituciones de salud, que favorezca el aprendizaje y la toma de decisiones en torno a la seguridad del paciente.

DISCUSIÓN

Esta revisión incluyó 14 estudios observacionales que ayudaron a dar respuesta a la pregunta de investigación, sobre el impacto de la cultura organizacional en los dominios de respuesta no punitiva al error y comunicación abierta, de las institucionales de salud. Otras revisiones que han abordado algunas de las características de cultura organizacional han reportado número similar de estudios cuantitativos para dar respuesta a las características organizacionales que influyen en la implementación de prácticas basadas en la evidencia en los entornos médicos.

En cuanto al consenso metodológico de esta revisión, se identificó una cantidad considerable de estudios con línea de diseño de tipo transversal, el 82.3% con buena calidad metodológica, importante recordar en estudios observacionales, la importancia del control de confusión para lograr estudios de mejor calidad.

Los hallazgos principales de este estudio son que factores como el entorno laboral y el liderazgo impactan en los resultados de cultura de seguridad de las instituciones de salud, existe una amplia evidencia que apoya la importancia de entornos laborales positivos para mejorar diferentes desenlaces. El estudio de Bronkhorst et al, concluyó que las percepciones de un buen clima organizacional se asociaron significativamente con resultados positivos en la salud mental de los empleados, como niveles más bajos de agotamiento, depresión y ansiedad (27). De Simone et al, 2019, encontraron en su metanálisis que los médicos podrían obtener importantes beneficios de las intervenciones para reducir el agotamiento, especialmente de las estrategias organizacionales, al ver el agotamiento arraigado en cuestiones relacionadas con el entorno laboral y la cultura organizacional (28). Por su parte Braithwaite et al, concluyó que las culturas organizacionales y laborales positivas se asociaron consistentemente con una amplia gama de resultados para los pacientes, como tasas de mortalidad reducidas, caídas, infecciones adquiridas en el hospital y una mayor satisfacción del paciente (29).

Fortalezas

El número de estudios observacionales, incluidos en esta revisión es acorde con lo reportado en otras revisiones sistemáticas, lo que proporcionó una cobertura amplia del tema de investigación. Se hizo posible una descripción general del impacto de los factores de la cultura organizacional en la cultura de seguridad al tener un amplio alcance de revisión, que incluye múltiples tipos de entornos de atención hospitalaria.

Limitaciones

Algunas limitaciones de esta revisión deben ser tenidas en cuenta, por ejemplo que no se emplearon en la estrategia de búsqueda términos sinónimos que pudieran arrojar mayores resultados, pero se emplearon aquellos específicos para dar respuesta al objetivo de esta revisión. Se limitó el instrumento de medición de cultura de seguridad de la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), ya que este está validado en varios idiomas y es aplicado en varios países del mundo. No se limitó la búsqueda de impacto de cultura organizacional a instrumentos de evaluación, con el propósito de obtener mayores resultados en los estudios. Asimismo existen pocos ensayos controlados aleatorios y pocos estudios de intervención con diseños sólidos, igualmente la evidencia disponible es demasiado heterogénea.

Conclusión

En el marco de esta evidencia se concluyó que los factores como el entorno laboral y el liderazgo, tienen impacto positivo en los resultados de cultura de seguridad y se ve reflejado en mejoras en los dominios de respuesta no punitiva al error y comunicación abierta de la encuesta de cultura de seguridad. No obstante los estudios incluidos en esta revisión son muy heterogéneos por lo que se debe interpretar con cautela cada resultado. Nuestra búsqueda no encontró ensayos controlados aleatorios y pocos estudios de intervención con diseños sólidos. Posiblemente hay un gran número de estudios cualitativos que aborden este tipo de pregunta que no fueron objeto de esta revisión.

Se sugiere realizar estudios originales que analicen la relación entre la cultura organizacional y la gestión de los servicios de salud con el fin de cerrar la brecha en el conocimiento de este tema.

Financiación

No se recibió financiación específica para este trabajo.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras no tienen conflictos de interés que deban ser declarados.

REFERENCIAS

1. Alina A, Segredo M, Julia IA, Milian G, Pablo II, Cabrera L, et al. Desarrollo organizacional, cultura organizacional y clima organizacional. Una aproximación conceptual. *Infodir*. 2017;3521:86-99.
2. Rivera Porras DA, Carrillo Sierra SM, Forgiony Santos JO, Nuván Hurtado IL, Roza Sánchez AC. Organizational culture, challenges and challenges for healthy organizations, Cultura organizacional, retos y desafíos para las organizaciones saludables. *Espacios*. 2018;39:27.
3. Morello, Renata Teresa; Lowthian, Judy; Barker, Anna Lucia; McGinnes, Rosemary; Dunt, David; Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Journals*. 2018;22(1):111-8.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Culture of safety [Internet]. Septiembre. 2019 [cited 2019 Nov 3]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>.
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS Hospital Survey) [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 17]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA 2009 Checklist. Vol. 151, *Annals of Internal Medicine*. 2014. p. 264-9.
7. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K MP-F. Explanation of Analytical Cross Sectional Studies Critical Appraisal. *JBI Man Evid Synth* [Internet]. 2020;1-5. Available from: https://joannabriggs.org/critical_appraisal_tools.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J AD. PRISMA 2009 Flow Diagram. Vol. 6, *The PRISMA statement*. 2009. p. 1000097.
9. Ling L, David Gomersall C, Samy W, Joynt GM, Leung CCH, Wong WT, et al. The effect of a freely available flipped classroom course on health care worker patient safety culture: A prospective controlled study. *J Med Internet Res*. 2016;18(7):1-9.
10. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Roca-Castelló MR, Morro-Martín MD, Martínez-Asensi A, Fikri-Benbrahim N. Relationship between job satisfaction and patient safety culture. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2020 Nov 13];32(4):352-61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>.
11. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Dos Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais Brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018 Jan 1;23(1):161-72.
12. Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: A cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res*. 2013 Dec 7;13(1):394.
13. Collier SL, Fitzpatrick JJ, Siedlecki SL, Dolansky MA. Employee Engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. *J Nurs Adm*. 2016 Jan 1;46(1):49-54.
14. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016;42(8):377-84.

15. Cho SM, Choi JS. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018 Sep 15 [cited 2020 Nov 13];50(5):549–57. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12413>.
16. Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287–94.
17. Jones KJ, Crowe J, Allen JA, Skinner AM, High R, Kennel V, et al. The impact of post-fall huddles on repeat fall rates and perceptions of safety culture: A quasi-experimental evaluation of a patient safety demonstration project. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1–14.
18. Zhang X, Li Q, Guo Y, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1818–25.
19. Snijders C, Kollen BJ, Van Lingen RA, Fetter WPF, Molendijk H. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Crit Care Med*. 2009;37(1):61–7.
20. Ricklin ME, Hess F, Hautz WE. Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. *GMS J Med Educ*. 2019;36(2).
21. Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. *Adv Patient Saf New Dir Altern Approaches (Vol 2 Cult Redesign)*. 2008;2(Bookshelf ID: NBK43699):22.
22. Blegen MA, Sehgal NL, Alldredge BK, Gearhart S, Auerbach AA, Wachter RM. Republished paper: Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: The TOPS project. *Postgrad Med J*. 2010;86(1022):729–33.
23. Edwards MT. An Assessment of the Impact of Just Culture on Quality and Safety in US Hospitals. *Am J Med Qual*. 2018;33(5):502–8.
24. Lozito M, Whiteman K, Swanson-Bearman B, Barkhymer M, Stephens K. Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN J*. 2018;107(6):705–14.
25. Mohr DC, Eaton JL, McPhaul KM, Hodgson MJ. Does Employee Safety Matter for Patients Too? Employee Safety Climate and Patient Safety Culture in Health Care. *J Patient Saf*. 2018;14(3):181–5.
26. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accident*. London: Routledge; 1997. 243 p.
27. Bronkhorst B, Tummers L, Steijn B, Vijverberg D. Organizational climate and employee mental health outcomes: A systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(3):254–71.
28. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*. Springer International Publishing; 2019. p. 1–12.
29. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(11):1–11.