

Factores asociados con el clima de seguridad en un hospital de enseñanza¹

Raíssa Bianca Luiz²

Ana Lúcia de Assis Simões³

Elizabeth Barichello⁴

Maria Helena Barbosa³

Objetivos: verificar la asociación entre los scores de seguridad del paciente y las variables sociodemográficas y profesionales. **Métodos:** estudio observacional, seccional y cuantitativo, desarrollado en un hospital público, de enseñanza y gran tamaño. Fue utilizado el instrumento Safety Attitudes Questionnaire, traducido y validado para Brasil. Para el análisis de los datos, fue utilizado el software Statistical Package for the Social Sciences. En el análisis bivariado, fue utilizada la prueba t de Student, análisis de variancia y correlación Spearman ($\alpha=0,05$). Para identificar los predictores sobre los scores del de seguridad, fue utilizada la regresión lineal múltiple, con el dominio clima de seguridad como desfecho principal ($\alpha=0,01$). **Resultados:** la mayoría de los participantes eran mujeres, personal de enfermería, trabajaban en la atención directa a pacientes adultos en áreas críticas, no tenía graduado y no tenía otro empleo. La puntuación total media y la mediana del instrumento fueron 61,8 (DE=13,7) y 63,3, respectivamente. Se encontró como factor asociado con el clima de seguridad la variable desempeño profesional para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,01$). **Conclusión:** la identificación de los factores asociados con el entorno de seguridad permite la construcción de estrategias para las prácticas seguras en los hospitales.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Administración de la Seguridad; Personal de Salud.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "A cultura de la seguridad del paciente em um hospital de enseñanza del Minas Gerais" presentada en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, proceso nº APQ-02222-12.

² MSc.

³ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Correspondencia:

Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Getúlio Guaritá, 107
Bairro: Abadia
CEP: 38025-440, Uberaba, MG, Brasil
E-mail: mhelena331@hotmail.com, mhelena@enfermagem.uftm.edu.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La ocurrencia de eventos adversos acarrea innúmeros perjuicios relacionados al paciente, como discapacidades, traumas físicos y psicológicos, aumento en la estancia hospitalaria y distanciamiento del convivio social y del trabajo. Estos perjuicios no se relacionan solamente al paciente, pero a los profesionales, que sufren daños éticos y morales, además de perjuicios en la interacción profesional-paciente⁽¹⁾. Para las instituciones de salud, los Eventos Adversos (EAs) causan aumento de los costos, pérdida de confianza en la institución, además de problemas morales y organizacionales⁽¹⁾.

Todas estas implicaciones, causadas por prácticas inseguras en la salud, hace con que la cuestión de los EAs se vuelve un problema de salud pública, indicando la necesidad de desarrollar estrategias de monitoreo de errores y mejoras dirigidas a la seguridad del paciente⁽²⁾. Para que sean implantadas estrategias seguras, a favor de la seguridad del paciente, es necesario que las organizaciones de salud adopten un modelo de cultura de seguridad.

La cultura de seguridad puede ser definida como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, tanto individuales como de grupos, que determinan el compromiso y el estilo, referentes a las cuestiones de seguridad del paciente en una organización de salud⁽³⁾.

En la literatura, algunos instrumentos han sido desarrollados con objeto de mensurar la cultura de seguridad del paciente, mediante la percepción del clima de seguridad por los profesionales de salud⁽⁴⁾. El clima refleja la percepción de los profesionales sobre las cuestiones de seguridad, en determinado momento, en su local de trabajo⁽⁵⁾. Se comprende como clima la parte mensurable de la cultura de seguridad⁽⁵⁾.

Estudios muestran que percepciones positivas sobre el clima de seguridad están asociadas a la adopción de comportamientos seguros, mejora en la comunicación, muestran que percepciones positivas sobre el clima de seguridad están asociadas a la adopción de comportamientos seguros, mejora en la comunicación, realización de programas de capacitación, reducción de eventos adversos, entre otros, contribuyendo hacia prácticas seguras en el cuidado al paciente^(4,6-7).

Otros factores en los ámbitos institucional y ambiental pueden estar relacionados a la adopción del clima de seguridad, tales como estrés profesional, trabajo en equipo, satisfacción con el trabajo, estructura de la gerencia de la institución y condiciones de trabajo.

Investigadores citan fortalezas y debilidades que influyen en la implantación de un clima de seguridad, a

partir de la percepción de los profesionales de enfermería. Entre los factores que contribuyeron hacia esta implementación están: cambio organizacional, formación y desarrollo profesional, relacionamiento con los pacientes, investigación y planificación estratégicas. Como debilidades fueron destacadas: organización e infraestructura de la institución, deficiencias en la comunicación e ineficiencia de la formación profesional dirigida a la seguridad⁽⁸⁾.

Así, la identificación de los factores que se asocian al clima de seguridad del paciente es una herramienta importante, capaz de diagnosticar factores que necesitan de perfeccionamiento dentro de las instituciones de salud y entre los profesionales, garantizando una atención segura y de calidad a los pacientes. Además, se percibe la escasez de estudios nacionales desarrollados con instrumentos de medida del clima de seguridad de instituciones hospitalarias. Entre los instrumentos, el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), validado en Brasil en 2012, ha sido poco adoptado en investigaciones nacionales, ya que es un instrumento válido y confiable, siendo considerado uno de los más sensibles y capaces de evaluar actitudes de seguridad⁽⁹⁾. Son observados otros estudios en el país que evaluaron el clima de seguridad, pero con la utilización de otros instrumentos, como aquel desarrollado en el estado de Paraná, con aplicación de la escala denominada "Clima de Seguridad", traducida y validada para Brasil⁽¹⁰⁾.

Sobre esta base, el objetivo de esta investigación fue determinar si existe una asociación entre las puntuaciones del clima de seguridad del paciente, variables sociodemográficas y profesionales de salud.

Método

Estudio observacional, seccional, con aproximación cuantitativa, desarrollado en un hospital público, de enseñanza y de gran tamaño, que atiende a pacientes de alta complejidad, ubicado en la región del Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

Fue utilizado muestreo aleatorio simple para obtener el tamaño de la muestra a través del aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), que consideró un coeficiente de determinación $R^2=0,02$ en un modelo de regresión lineal múltiple con cuatro predictores, con el nivel de importancia o de error tipo I de $\alpha=0,05$ y error tipo II de 0,2. La muestra fue formada por 556 profesionales de la salud, incluyendo el personal de enfermería (enfermeras, técnicos de enfermería y auxiliares de enfermería), médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, logopedas, técnicos de laboratorio, farmacia y radiología,

nutricionistas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, auxiliares de salud y psicólogos. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y julio de 2013.

Participaron en el estudio profesionales de la salud activos en sus unidades de trabajo desde hace al menos un mes, los arreglos de trabajo con al menos 20 horas por semana y los que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento libre e informado. Los profesionales que se encontraban en licencia por enfermedad, certificado o eliminan durante el período de recolección de datos y los que no se encontraron después de tres intentos fueron excluidos.

Para obtener los datos, fue utilizado el instrumento llamado Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), validado para la lengua portuguesa de Brasil⁽¹¹⁾. El SAQ se divide en dos partes. La primera parte contiene 41 artículos y corresponde a los seis dominios, divididos en: Clima de Trabajo en Equipo, Satisfacción Laboral, Percepción de la Gestión de la Unidad y del Hospital, Clima de Seguridad, Condiciones de Trabajo y Estrés Percibido. La respuesta de cada ítem sigue la escala Likert de cinco puntos: totalmente en desacuerdo (A), parcialmente en desacuerdo (B), neutro (C), parcialmente de acuerdo (D), muy de acuerdo (E) y no se aplica. La puntuación final de la escala va de 0 a 100, donde cero es la peor percepción del clima de seguridad y 100 la mejor percepción. De acuerdo con los autores del instrumento original, se consideran las puntuaciones positivas cuando iguales o superiores a 75⁽¹²⁾.

La segunda parte visa recolectar datos sociodemográficos y profesionales (sexo, categoría profesional, tiempo de actividad en la especialidad y unidad de actividad). Además, fueron añadidas otras variables profesionales (sector de actividad, actividad principal y profesional, tiempo de formación y actividad en la institución, educación de postgrado y otro contrato de empleo). Los sectores de actividad del profesional fueron divididos de acuerdo con la Ordenanza n° 930, del 27 de agosto de 1992⁽¹³⁾, del Ministerio de la Salud, que clasifica las áreas hospitalarias según el potencial de contaminación en críticas, semi-críticas y no críticas.

El instrumento de recolección de datos fue entregado a los profesionales del equipo de salud, para ser completado y devuelto posteriormente con fecha de devolución preestablecido después de la firma del Instrumento de Consentimiento.

Los datos fueron insertados en una planilla electrónica del programa Excel® para Windows®, validados por doble digitación y exportados para el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.0, para Windows®, para procesamiento y análisis.

Para verificación del clima de seguridad del paciente, inicialmente fueron invertidos los ítems reversos del instrumento y, posteriormente, fue utilizada la fórmula $(m(q.1, q.2r, q.3, q.4, q.5, q.6, q.7, q.8, q.9, q.10, q.11r, \dots q.41)) - 1 \times 25$, donde m corresponde al promedio de los ítems del instrumento como un todo. La puntuación de cada dominio fue calculada con base en la fórmula $(m-1) \times 25$, donde m es el promedio de los ítems del dominio en cuestión, variando en el intervalo [0-100].

En el análisis bivariado preliminar, fue utilizada la prueba t de Student (categóricas dicotómicas), análisis de variancia (ANOVA) para tres o más categorías y la prueba de correlación de Spearman para las variables ordinales. Fueron consideradas asociaciones estadísticamente significativas aquellas con $p \leq 0,05$.

Posteriormente fue utilizada la regresión lineal múltiple para determinación de los predictores asociados al clima de seguridad. El nivel de significancia estadística adoptado fue de 0,05.

Este estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación para apreciación y aprobado en parecer número 2306/2012, de acuerdo con la Resolución n° 196/96 sobre investigación con seres humanos⁽¹⁴⁾.

Resultados

Características sociodemográficas y profesionales

De los 556 profesionales participantes, la mayoría era del sexo femenino (426, 76,6%); perteneciente al equipo de enfermería (401, 72,1%); actividad principal con pacientes adultos (300, 54,0%); ocupaba cargos solamente asistenciales (393, 70,7%); trabajaba en el área crítico, según el potencial de contaminación de las áreas hospitalarias (287, 51,5%); no poseía ningún curso de postgrado (320, 57,6%); y sin otro vínculo de empleo (394, 70,9%), según la Tabla 1.

Respecto al tiempo en la especialidad de los profesionales, fue encontrada mayor proporción entre 5 y 10 años de actividad (134, 24,1%). Con relación al tiempo de actividad profesional en la institución campo de estudio, prevaleció de 11 a 20 años, (161, 29,0%). Respecto al tiempo de formación, fue encontrada mayor número de profesionales entre 11 y 20 años, (177, 31,8%), según la Tabla 1.

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y profesionales de los participantes (n=556) de esta investigación.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y profesionales de los participantes de la investigación. (n=556).
Uberaba, MG, Brasil, 2013

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	130	23,4
Femenino	426	76,6
Categoría profesional		
Equipo de enfermería	401	72,1
Equipe médica	52	9,4
Otros profesionales	103	18,5
Actividad principal		
Adulto	300	54,0
Pediátrico	105	18,9
Ambos	151	27,2
Actividad profesional		
Solamente asistencial	393	70,7
Solamente administrativo	15	2,7
Ambos	121	21,8
Sin contacto directo con paciente	27	4,9
Sector de actividad		
Área crítica	287	51,5
Área semi-crítica	242	43,8
Área no crítica	27	4,9
Tiempo en la especialidad		
Menos de 6 meses	6	1,1
6 a 11 meses	22	4,0
1 a 2 años	67	12,1
3 a 4 años	103	18,5
5 a 10 años	134	24,1
11 a 20 años	128	23,0
21 años o más	96	17,3
Tiempo que actúa en la institución		
Menos de 6 meses	6	1,1
6 a 11 meses	19	3,4
1 a 2 años	56	10,1
3 a 4 años	67	12,1
5 a 10 años	155	27,9
11 a 20 años	161	29,0
21 años o más	92	16,5
Tiempo de formación		
Menos de 6 meses	1	0,2
6 a 11 meses	4	0,7
1 a 2 años	30	5,4
3 a 4 años	60	10,8
5 a 10 años	148	26,6
11 a 20 años	177	31,8
21 años o más	136	24,5
Postgrado		
Sí	236	42,4
No	320	57,6
Tipo de Postgrado		
<i>Lato sensu</i>		
Especialización	203	36,5

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

VARIABLES	n	%
<i>Stricto Sensu</i>		
Maestría	27	4,9
Doctorado	9	1,6
Postdoctorado	1	0,2
No se aplica	316	56,8
Otro vínculo laboral		
Sí	162	29,1
No	394	70,9

Análisis descriptivo de las puntuaciones del Cuestionario de Actitudes de Seguridad

El promedio y la mediana de la puntuación general del instrumento correspondieron a 61,8 (DE=13,7) y 63,3, respectivamente. Cuanto mayor la puntuación del instrumento, mejor es la percepción de los profesionales con relación al clima de seguridad. Sin embargo, según los autores originales del SAQ, son considerados valores positivos cuando la puntuación total es igual o mayor a 75, indicando en este estudio que la percepción general del clima de seguridad fue negativa.

Por dominios, el promedio (puntuación) varió entre 52,4 (DE=19,5) y 80,5 (DE=17,7) y mediana entre 50,0 y 85,0. Fue percibido que el dominio 5, percepción de la gestión de la unidad y del hospital mostró la peor puntuación (promedio 52,4; DE=19,5), mientras el dominio 3, satisfacción en el trabajo mostró la mayor puntuación (promedio 80,5; DE=17,7) entre los profesionales estudiados, según la Tabla 2.

La Tabla 2 muestra la puntuación general y por dominios y análisis descriptivo del SAQ.

Tabla 2 - Análisis descriptivo de la puntuación general y por dominios del SAQ (n=556). Uberaba, MG, Brasil, 2013

Puntuación	Promedio	Mediana	Valor Mín-Máx		Desvío Estándar
General	61,8	63,3	10,9	95,7	13,7
Dominio 1- Clima de trabajo en equipo	68,3	70,8	4,17	100	19,0
Dominio 2- Clima de seguridad	63,5	67,8	7,1	100	18,2
Dominio 3- Satisfacción en el trabajo	80,5	85,0	0	100	17,7
Dominio 4- Estrés percibido	64,9	68,7	0	100	27,2
Dominio 5- Percepción de la gestión de la unidad y del hospital	52,4	52,3	0	100	19,5
Dominio 6- Condiciones de trabajo	53,5	50,0	0	100	26,3

Factores asociados al clima de seguridad

En el análisis bivariado preliminar, las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas fueron: actuación profesional, categoría profesional, categoría profesional, tiempo de actividad profesional, tiempo de formación y tiempo en la institución.

Para la variable actividad profesional (asistencial y no asistencial), las asociaciones fueron significativas para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,01$), donde los profesionales no asistenciales obtuvieron mejor puntuación con relación a los asistenciales.

Respecto a la variable categoría profesional, relaciones estadísticamente significativas fueron encontradas para la puntuación general ($p=0,02$), para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,03$) y el dominio condiciones de trabajo

($p=0,05$). Fue percibido que el equipo médico reveló mejor percepción comparada a la categoría equipo de enfermería en estas tres variables.

Con relación a la variable tiempo de actuación profesional, fue encontrado $p=0,01$ para el dominio estrés percibido, demostrando que los profesionales con menos de seis meses de actividad tenían mejor percepción con relación al reconocimiento de los factores estresantes.

Para la variable tiempo de formación, asociaciones significativas fueron evidenciadas para los dominios satisfacción laboral ($p=0,005$) y estrés percibido ($p=0,005$), siendo que los profesionales con menos de seis meses de formación también revelaron mejores percepciones para este dominio con relación a las otras categorías.

Para la variable tiempo en la institución, la significancia estadística fue encontrada en el dominio

satisfacción laboral ($p=0,01$) y dominio estrés percibido ($p=0,03$), siendo que los profesionales con 21 años o más revelaron mejores percepciones cuando comparados con los demás.

Sin embargo, tras análisis multivariado, mediante la regresión lineal múltiple, fue percibido que la única variable predictiva estadísticamente significativa ($p=0,01$) asociada a las puntuaciones del SAQ fue actividad profesional, para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital. De hecho, esta

variable ya mostraba asociación significativa en el análisis bivariado preliminar. Tal resultado demuestra que los profesionales no asistenciales (promedio 58,0) presentan mejor percepción de la gestión cuando comparados a los profesionales asistenciales (promedio 53,1), según la Tabla 3.

La Tabla 3 muestra el análisis de regresión lineal múltiple de las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado asociadas a las puntuaciones del SAQ.

Tabla 3 – Regresión lineal múltiple de los factores asociados a las puntuaciones del SAQ de los profesionales participantes del estudio ($n=556$). Uberaba, MG, Brasil, 2013

Variables	Punt. General		Punt. Dom. 1- Clima de trabajo en equipo		Punt. Dom. 2- Clima de seguridad		Punt. Dom.3- Satisfacción laboral		Punt. Dom. 4- Estrés percibido		Punt. Dom. 5- Percepción de la gestión de la unidad y del hospital		Punt. Dom. 6- Condiciones de trabajo	
	β^*	P†	β^*	P†	β^*	P†	β^*	P†	β^*	P†	β^*	P†	β^*	P†
Actividad profesional	-0,07	0,07	-0,06	0,13	-0,01	0,78	-0,03	0,39	0,05	0,23	-0,10	0,01	-0,04	0,25
Equipo de enfermería	-0,05	0,25	0,04	0,38	0,00	0,94	-0,05	0,26	-0,09	0,07	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Equipo médico	0,06	0,21	0,09	0,06	-0,01	0,76	-0,01	0,83	0,02	0,69	-0,06	0,23	-0,08	0,11
Tiempo actividad	0,03	0,51	0,00	0,91	0,02	0,73	-0,03	0,53	0,01	0,75	0,05	0,36	0,07	0,22
Tiempo institución	0,05	0,37	-0,09	0,13	-0,04	0,41	0,10	0,09	0,07	0,20	-0,03	0,55	-0,10	0,08

* β : Coeficiente de regresión estandarizado;

†P: Valor de P.

Discusión

La puntuación del clima de seguridad del paciente en este estudio alcanzó promedio de 61,8 (DE= 13,7) y mediana de 63,3. En la literatura, fueron encontradas investigaciones cuyos promedios también fueron inferiores al valor aceptable de 75⁽¹⁵⁻¹⁸⁾. Se subraya que puntuaciones inferiores a 60 son consideradas un señal de alerta para las organizaciones de salud, indicando urgencia en la promoción del clima de seguridad en la institución⁽¹¹⁾.

En esta investigación, la variable actividad profesional (asistencial y no asistencial) fue considerada predictiva para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,01$). De acuerdo con este hallazgo, un estudio desarrollado con objeto de identificar el clima de seguridad en hospitales de EEUU encontró asociaciones significativas entre profesionales asistenciales y profesionales de gestión, demostrando que los profesionales vinculados a la gestión tuvieron una percepción más positiva cuando comparados a los profesionales asistenciales⁽¹⁹⁾.

Una investigación llevada a cabo con profesionales de ambulatorio en Texas, EEUU, también encontró diferencias significativas entre actividad profesional (asistencial y no asistencial) y dominios del SAQ. Tal estudio demostró que, para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital, los profesionales involucrados con gestión (no asistenciales) alcanzaron puntuaciones mejores cuando comparados a los profesionales médicos⁽²⁰⁾, demostrando que los profesionales no asistenciales alcanzaron mejor percepción con relación a las acciones de la gestión respecto a las cuestiones de seguridad del paciente.

Los hallazgos de un estudio desarrollado con profesionales de salud en una unidad de internación de un hospital de enseñanza de Irlanda demostraron que las enfermeras gerenciales revelaron para los dominios clima de trabajo en equipo ($p<0,05$) y clima de seguridad ($p<0,01$) puntuaciones superiores con relación a los profesionales de salud asistenciales⁽¹⁸⁾.

Autores sugieren que la mejor percepción de la gestión con relación a los profesionales asistenciales

puede ser explicada por el sentido de propiedad y responsabilidad de los gerentes, sobre sus papeles en las enfermarías hospitalarias. Además, los profesionales asistenciales pueden sentirse excluidos de los procesos de decisiones administrativas, considerando también la falta de participación en la elaboración e implantación de estrategias, disminuyendo su autonomía y causando insatisfacción con relación a las acciones de la gestión⁽¹⁸⁾.

Otra explicación para estos hallazgos puede relacionarse a la vivencia de los profesionales asistenciales acerca de los riesgos de seguridad, haciendo con que presenten peores percepciones con relación a la gestión, ya que estos profesionales tienen menor contacto con el cuidado directo al paciente. Además, existe una cultura de ocultación de informaciones negativas (ocurrencia de errores, incidentes y eventos adversos) por los profesionales, dificultando que los problemas relacionados a la seguridad lleguen a la gestión hospitalaria. Otra cuestión apuntada se refiere a la voluntad de los profesionales gerentes de ser vistos como una organización comprometida con la seguridad, haciendo con que sus percepciones sean positivas⁽¹⁹⁾. Sin embargo, tal situación puede representar un problema cuando esta visión positiva no refleja la verdadera realidad institucional⁽²⁰⁾.

Sin embargo, en la literatura fueron encontrados estudios que identificaron otros predictores para el clima de seguridad del paciente. Los más citados incluyen la edad del profesional, sexo y categoría profesional^(17,21-22).

Hospitales de Chipre, Grecia encontraron que las variables edad y relato de cansancio en el trabajo fueron consideradas predictivas para los dominios clima de trabajo en equipo, clima de seguridad y condiciones de trabajo⁽¹⁷⁾.

Una investigación con objeto de verificar la relación entre sexo y percepciones de la cultura de seguridad encontró que profesionales más viejos tuvieron mejor percepción del clima de trabajo en equipo que los más nuevos; y que el sexo masculino alcanzó mejores percepciones respecto a la satisfacción y condiciones en el ambiente de trabajo comparado al sexo femenino⁽²¹⁾.

Un estudio desarrollado en centros obstétricos de EEUU encontró asociaciones estadísticamente significativas entre el dominio clima de trabajo en equipo y categoría profesional, siendo que los médicos mostraron mejor puntuación comparados a los enfermeros⁽²²⁾. Tal estudio demostró diferencias de

puntos de vista y opiniones entre médicos y enfermeros, relacionados a las cuestiones de seguridad, siendo que el profesional médico mostró mayor conciencia en el relato de daños potenciales al paciente con relación a los enfermeros⁽²²⁾.

Como limitación de este estudio, aunque fue utilizada muestreo aleatorio simple para calcular el tamaño de la muestra, el cohorte trasversal para obtener los datos puede limitar el espectro del análisis, los objetivos propuestos fueron alcanzados. Así, se sugiere el desarrollo futuro de estudios longitudinales.

Conclusión

Fue observado que la puntuación general del instrumento fue de 61,8 (DE=13,7) y mediana 63,3, demostrando una percepción negativa de los profesionales del estudio respecto al clima de seguridad del paciente.

En el análisis bivariado, las variables que mostraron asociaciones estadísticamente significativas fueron: actuación profesional para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,01$); categoría profesional para la puntuación general ($p=0,02$), para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital ($p=0,03$) y para el dominio condiciones de trabajo ($p=0,05$); variable tiempo de actividad profesional para el dominio estrés percibido ($p=0,01$); variable tiempo de formación para los dominios satisfacción en el trabajo ($p=0,005$) y estrés percibido ($p=0,005$); y variable tiempo en la institución para el dominio satisfacción laboral ($p=0,01$) y estrés percibido ($p=0,03$). Sin embargo, fue verificado que la actividad del profesional fue la variable considerada predictiva para el dominio percepción de la gestión de la unidad y del hospital, siendo que los profesionales no asistenciales mostraron mejor percepción comparados a los profesionales asistenciales.

La identificación de predictores de la seguridad del paciente es una herramienta importante que, aliada a las acciones organizacionales, permite diagnosticar, planificar, intervenir y ejecutar actividades a partir de los dominios que necesitan ser perfeccionados (condiciones de trabajo y acciones gerenciales) y de los factores intrínsecos y extrínsecos de los profesionales que necesitan de atención (estrés, trabajo en equipo y satisfacción). Todos estos esfuerzos contribuyen hacia la implementación del clima de seguridad en la institución, resultando finalmente en la promoción de la seguridad del paciente.

Referencias

1. Kho ME, Perri D, McDonald E, Waugh L, Orlicki C, Monaghan E, et al. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. *J Crit Care.* 2009;24(3):7-13.
2. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):719-29.
3. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003;2(Suppl 2):17-23.
4. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: a nationwide survey using Chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:1-8.
5. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;44(6):1-10.
6. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010;9(17):1-5.
7. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2011;11(45):4-12.
8. Ques AAM, Montoro CH, Gonzáles MG. Strengths and threats regarding the patient's safety:nursing professionals' opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3): 339-45.
9. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(5):364-6.
10. Ribeiro PHV, Brevideilli MM, Tipple AFV, Ribeiro RP, Gir E. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. *Acta Paul. Enferm.* 2013;26(2):192-7.
11. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(3):575-82.
12. Sexton JB, Thomas EJ, Grillo SP. The safety attitudes questionnaire (SAQ) Guidelines for administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice; 2003. Technical Report. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.
13. Lei nº 9962, de 22 de Fevereiro de 2000 (BR). Resolve expedir normas para controle das infecções hospitalares. *Diário Oficial da União, Brasília n. 38, Seção 1, p. 35, 23 fev. 2000.*
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS; 1996.
15. Davenport DL, Henderson WG, Hogan S, Mentzer RM Jr, Zwischenberger JB. Surgery resident working conditions and job satisfaction. *Surgery.* 2008;144(2):332-8.
16. Modak I, Sexton JB, Thomas RL, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory settings: the safety attitudes questionnaire – ambulatory version. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):1-5.
17. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the safety attitudes questionnaire. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11(Suppl. 1):1-10.
18. Relihan E, Glynn S, Daly D, Silke B, Ryder S. Measuring and benchmarking safety culture: application of the safety attitudes questionnaire to an acute medical admissions unit. *Ir J Med Sci.* 2009;178(4):433-9.
19. Singer SJ, Fawell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care.* 2008;46(11):1149-56.
20. Thomas E J, Sexton JB, Helmreich EL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31(1):956-59.
21. Carney BT, Mills PD, Bagian JP, Weeks WB. Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(2): 128-31.
22. Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Qual Saf.* 2011;22(2):791-9.

Recibido: 6.4.2014

Aceptado: 21.2.2014