



Cultura de seguridad del equipo multiprofesional en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en hospitales públicos*

Karine Antunes Marques Notaro¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4664-275X>


Allana dos Reis Corrêa²

 <https://orcid.org/0000-0003-2208-958X>


Andréia Tomazoni³

 <https://orcid.org/0000-0001-9758-6519>

Patrícia Kuerten Rocha³

 <https://orcid.org/0000-0002-8347-1363>

Bruna Figueiredo Manzo²

 <https://orcid.org/0000-0003-0064-9961>

Objetivo: analizar la cultura de seguridad del equipo multiprofesional en tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en hospitales públicos de Minas Gerais, Brasil. **Método:** estudio tipo *survey*, transversal, desarrollado con 514 profesionales de salud. Se utilizó el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture, y los datos se sometieron a análisis estadístico descriptivo por medio del *software* R, versión 3.3.2. **Resultados:** los resultados revelaron que ninguna dimensión obtuvo puntuación de respuestas positivas por encima del 75% para ser considerada como área de fuerza. La dimensión «Respuesta no punitiva al error» fue clasificada como área crítica de la cultura de seguridad del paciente con el 55,45% de las repuestas. Sin embargo, se identificaron áreas con potencial de mejora, como «Trabajo en equipo en la unidad» (59,44%) y «Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente» (49,90%). **Conclusión:** ninguna de las dimensiones se consideró como área de fuerza, lo que indica que la cultura de seguridad aún no está integralmente implementada en las unidades valoradas. Se recomienda una mirada crítica sobre las fragilidades del proceso de seguridad de los pacientes, con el fin de buscar estrategias para la adopción de una cultura de seguridad positiva, para beneficiar a pacientes, familiares y profesionales.

Descriptor: Grupo de Atención al Paciente; Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Neonatología; Personal de Salud.







* Artículo parte de la disertación de maestría "Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidades de neonatologia na perspectiva da equipe multiprofissional", presentada en la Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, proceso nº HBM-00015-17.

¹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

Cómo citar este artículo

Notaro KAM, Manzo BF, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3167. [Access   ]; Available in:   . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2849-3167>. mes día año

URL

Introducción

La seguridad del paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la calidad de la asistencia en salud y tuvo su discusión fortalecida tras la publicación del informe estadounidense *To err is human: building the safer health system*, que alertó hacia el gran número de errores y daños que implican los cuidados en salud⁽¹⁾.

A partir de eso, las investigaciones acerca de la valoración de la cultura de seguridad y el impacto en la gestión en salud se consideraron cruciales al desarrollo de una asistencia segura, con énfasis en el aprendizaje, mejora continua y abordaje no punitivo del error⁽²⁾. La cultura de seguridad se caracteriza como producto de valores, actitudes, competencias y estándares de comportamiento individuales y de grupo, los cuales determinan el compromiso, el estilo y la aptitud de la administración de una organización saludable y segura⁽³⁾.

La cultura de seguridad en ambientes de atención a la salud en general se valora por medio de cuestionarios cuantitativos basados en ítems individuales y combinación de dimensiones⁽²⁻⁴⁾. Así, un estudio indica que instituciones con cultura de seguridad positiva ofrecen cuidados seguros y de mejor calidad a sus pacientes. Además, mejores índices en la valoración de la cultura de seguridad pueden impactar en la reducción de la incidencia de infección y de eventos adversos⁽⁴⁾.

Por lo tanto, con el objetivo de promover la seguridad del paciente, es menester comprender que esta puede sufrir influencia de la cultura de trabajo del equipo multiprofesional involucrado. Un estudio indica que muchos elementos de la cultura afectan directamente la asistencia ofrecida, sobre todo por la manera en que los profesionales entienden la seguridad del paciente y realizan su trabajo⁽⁵⁾.

En lo que respecta a escenarios como las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), en que los pacientes son más vulnerables y la rutina diaria del equipo multiprofesional está impregnada por muchos procesos laborales susceptibles a errores⁽⁶⁾, es fundamental valorar la cultura de seguridad en busca de puntos que se puedan perfeccionar.

Así pues, estudios que miden la cultura de seguridad en las instituciones se están volviendo un componente esencial en los sistemas de gestión de la seguridad. Algunas iniciativas han sido registradas, sin embargo hay escasez de investigaciones en el área de la neonatología que retraten la cultura de la seguridad del equipo multiprofesional.

Ante los resultados, se cree que la valoración de la cultura de seguridad permite diseñar un panorama de las dimensiones que implican la seguridad del paciente en el contexto de las UCIN, lo que puede implicar la

planificación de acciones dirigidas a una asistencia neonatal más segura y de buena calidad.

Considerando la valoración como una acción esencial para la búsqueda de la cultura de seguridad, el objetivo de este estudio ha sido analizar la cultura de seguridad del equipo multiprofesional en tres UCIN en hospitales públicos de Minas Gerais, en Brasil.

Método

Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa del tipo *survey*, transversal, realizado en tres UCIN en hospitales públicos de grande porte en Belo Horizonte, referencias en embarazo de alto riesgo para el estado de Minas Gerais. Los tres escenarios de estudio denominados A, B y C presentan características similares, como la tasa de ocupación, que varía entre el 90 % y el 100 %; el núcleo de seguridad del paciente y los niños con niveles de complejidad variados, y que tienen como principal diagnóstico la prematuridad, lo que impacta en un tiempo de permanencia mayor en las unidades; además de eso, la mayoría de los profesionales del equipo multiprofesional fue admitida mediante concurso público. Debido a la descripción de perfil similar, se optó por no estratificar el análisis por escenario.

La muestra fue intencional, no probabilística y tuvo como criterio de inclusión: ser médico, enfermero, técnico de enfermería, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, asistente social o psicólogo, que brindaran asistencia directa a los pacientes/acompañantes y estar en el ejercicio de sus funciones en las unidades analizadas en el período de la recopilación de datos. Se adoptaron como criterios de exclusión: profesionales con menos de tres meses de trabajo en la unidad, considerando este el período mínimo para la adaptación al sector; vacaciones o licencia, no devolución del instrumento y llenado incompleto del mismo superior al 50%. Siguiendo tales criterios, se eligieron para participar en el estudio 734 profesionales de las tres unidades. De este total, 194 fueron excluidos y 36 perdidos por el llenado incompleto del instrumento y por no haberlo entregado, lo que totalizó 514 participantes en las tres UCIN, de los cuales 211 en la unidad A, 130 en la unidad B y 173 en la unidad C.

Aunque la muestra era intencional y no probabilística, se optó por analizar su representatividad por tratarse de tres UCIN de referencia para el estado de Minas Gerais. Este análisis se llevó a cabo por medio del método para estimar proporciones para poblaciones finitas, con una asignación proporcional al cargo/función. Considerando un margen de error del 6% y el nivel de significancia del 5%, el cálculo muestral que infiere representatividad a la muestra sería de, como mínimo, 130 profesionales en la unidad A, 110 profesionales en la unidad B y 140

profesionales en la unidad C. Se resalta que la muestra fue representativa en todas las unidades y todas tuvieron el tamaño mínimo necesario de la muestra estratificada por cargo/función.

Para dar inicio al estudio se obtuvo la autorización de los autores responsables de la traducción y validación del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), validado para el contexto hospitalario brasileño HSOPSC⁽⁷⁾. La recopilación de datos se realizó entre noviembre del 2016 y febrero del 2017, mediante la presentación verbal e individual del proyecto de la investigación a los profesionales del equipo multidisciplinario. A continuación, se entregaron el Consentimiento Informado (CI) y un sobre con el instrumento de recopilación de datos. Los participantes del estudio completaron de forma individual el instrumento en el horario laboral, manteniendo su anonimato, después lo guardaron en el sobre y lo depositaron en una urna que permaneció a disposición en la unidad.

El HSOPSC cuenta con nueve secciones, con total de 42 ítems distribuidos en 12 áreas o dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, y tres niveles: I) unidad de trabajo (expectativas y acciones de promoción de seguridad de los supervisores y gerentes para el fomento de la seguridad del paciente, aprendizaje organizacional, mejora continua, trabajo en equipo en el ámbito de las unidades, abertura de la comunicación, retorno de la información y comunicación sobre el error, respuestas no punitivas a los errores y adecuación de recursos humanos); II) organización hospitalaria (apoyo de la gestión para la seguridad del paciente, trabajo en equipo entre las unidades, cambios de turnos y transferencias internas) y III) resultado (percepción general de la seguridad del paciente y frecuencia de notificación de eventos). Las dos preguntas de resultado (nota de la seguridad del paciente y número de eventos adversos notificados en los últimos 12 meses) se valoran por separado, sin componer dimensiones⁽⁷⁾.

El desenlace primario considerado fue la proporción de respuestas positivas en cada dominio del HSOPSC. Las variables demográficas (sexo, edad y grado de instrucción) y profesionales (categoría profesional, tiempo de actuación en la institución y carga horaria de trabajo semanal) se recopilaron para caracterizar la muestra.

Las respuestas del instrumento se codificaron por medio de la escala de Likert de cinco puntos (concordancia: «totalmente en desacuerdo», «en desacuerdo», «ni de acuerdo ni en desacuerdo», «de acuerdo», «totalmente de acuerdo»; frecuencia: «nunca», «casi nunca», «a veces», «casi siempre», «siempre»). Los resultados se valoraron a partir del desempeño de cada ítem y dimensión⁽⁷⁾.

Para los análisis descriptivos, las respuestas fueron recodificadas, resaltando que no todos los ítems de las 12 dimensiones fueron respondidos en todos los instrumentos, por lo que hubo diferencia en el total de respuestas de cada dimensión. Se calculó la proporción de respuestas en cada ítem y la confiabilidad de los dominios se calculó por medio del alfa de Cronbach. Se consideraron de buena confiabilidad los valores $>0,5$.

Las respuestas sobre cada dimensión se clasificaron en áreas de fuerza o áreas críticas⁽⁷⁻⁸⁾. Se consideraron áreas de fuerza la obtención del 75% de respuestas «totalmente de acuerdo/de acuerdo» o «casi siempre/ siempre» para las preguntas formuladas positivamente y «totalmente en desacuerdo/en desacuerdo» o «nunca/casi nunca» para las preguntas formuladas negativamente. Se consideraron áreas críticas cuando el 50% o más de los participantes respondieron negativamente optando por «totalmente en desacuerdo/en desacuerdo» o «nunca/casi nunca» para preguntas formuladas positivamente y «totalmente de acuerdo/de acuerdo» o «siempre/casi siempre» para preguntas formuladas negativamente⁽⁷⁻⁸⁾.

Se resalta que la presentación de los resultados consideró la siguiente distribución por categoría profesional: médico, enfermero, técnico de enfermería y otros (asistente social, fonoaudiología, fisioterapia, psicología y terapia ocupacional). Se optó por unir a los demás profesionales en la categoría denominada «otros», debido al número reducido de participantes.

Para el análisis de los datos, se utilizó el *software* R, versión 3.3.2, y se procedió a la comparación de los indicadores con las variables caracterizadoras categóricas, empleando las pruebas estadísticas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Además de eso, cuando la prueba de Kruskal-Wallis evidenció diferencia significativa, se utilizó la prueba de Nemenyi para las comparaciones múltiples.

Este proyecto se fundamentó en la Resolución n. 466/2012, del Consejo Nacional de Salud (CNS), y en la Norma Operativa n. 001, de 2013, del CNS, y se sometió juntamente con el CI a la apreciación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), y obtuvo un dictamen favorable (n. 1.862.502).

Resultados

Participaron en esta investigación 514 profesionales, lo que corresponde al 70% de la población que actúa en las tres UCIn en el período de la recolección. La mayoría de los cuales eran del sexo femenino, 472 (91,8%), predominó el grupo de edad entre 31 y 40 años, 279 (54,3%), seguida de 21 a 30 años, 97 (18,87%), tiempo de trabajo en el hospital de 1 a 5 años, 251 (49,7%), y 20 a 39 horas laborales por semana, 243 (48,1%). Las demás características se presentan en la Tabla 1.

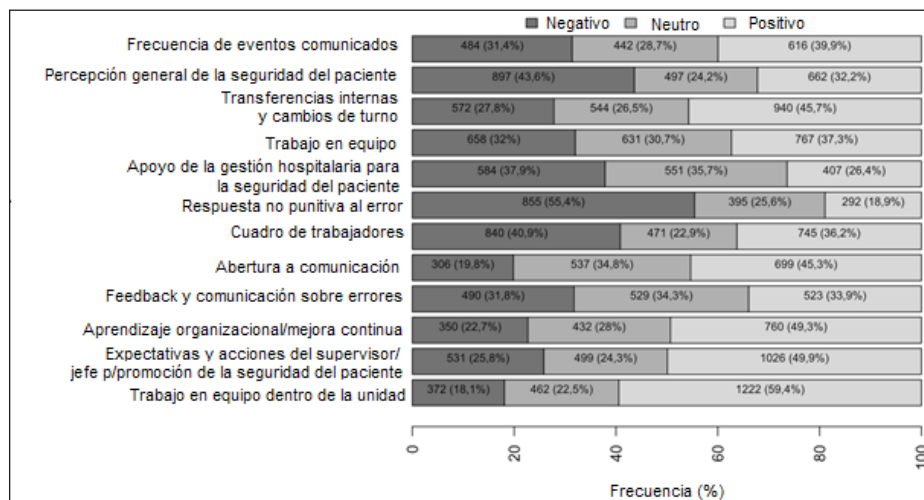
Tabla 1 - Características de los profesionales que actúan en las tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017 (n=514)

Variables	n (%)	
Sexo	Femenino	472 (91,8)
	Masculino	42(8,2)
Categoría profesional	Técnicos de enfermería	223(43,4)
	Enfermeros	121(23,5)
	Médicos	79(15,4)
	Otros*	91(17,7)
Tiempo de trabajo en el hospital (años)†	Menos de 1 año	48(9,5)
	1 a 5 años	251(49,7)
	6 a 10 años	106(20,9)
	11 a 15 años	48(9,6)
	16 a 20 años	24(4,7)
	21 años o más	28(5,6)
Carga horaria semanal (horas)†	Menos de 20 horas a la semana	(1,8)
	20 a 39 horas a la semana	243(48,1)
	40 a 59 horas a la semana	226(44,7)
	60 a 79 horas a la semana	27(5,4)
Grado de instrucción†	Enseñanza primaria	3(0,6)
	Enseñanza secundaria	191(37,8)
	Enseñanza superior	66(13,1)
	Posgrado (especialización)	219(43,4)
	Posgrado (magister o doctorado)	26(5,1)

*Otros: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y psicólogos; †variables con nueve entrevistas sin registro de la información (*missing*)

Considerando los 42 ítems sobre seguridad del paciente que constan en el instrumento HSOPSC, se obtuvo el total de 721 (39,5%) respuestas positivas, 578 (32,2%) respuestas negativas y 458 (28,1%) respuestas neutras.

Los ítems se agruparon, formando las 12 dimensiones. De esta manera, se obtuvieron los promedios porcentuales de respuestas positivas, negativas y neutras de cada dimensión conforme a la Figura 1.



*HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

Figura 1 - Distribución de respuestas positivas, neutras y negativas de las doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente según el HSOPSC* en las tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Seguindo orientaciones de la Agency for Health Research and Quality, los datos obtenidos no mostraron ninguna dimensión con puntuación de respuestas positivas por encima del 75% para que se considere como área de fuerza. Es decir, de las 12 dimensiones valoradas, 11 se caracterizaron como debilidades u oportunidades de mejora, y ninguna como fortaleza. Sin embargo, destacan algunas dimensiones con mayor porcentaje de respuestas positivas y los ítems de estas dimensiones que recibieron mejor valoración⁽⁸⁾.

Por tanto, destaca la dimensión «Trabajo en equipo en la unidad», la cual se caracteriza por el apoyo y respeto entre los profesionales y en el trabajo en equipo, que obtuvo 1222 (59,4%) respuestas positivas, y obtuvo el mayor porcentaje de todas las dimensiones. Esta dimensión está compuesta por cuatro ítems; de los cuales el que obtuvo mejor valoración fue «En esta unidad, las personas se tratan con respeto», en que 349 (67,9%) de los participantes estuvieron de acuerdo con esta afirmación.

La segunda dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas fue «Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente», la cual se caracteriza por las actitudes del supervisor/jefe relacionadas con la promoción de la seguridad. En este ámbito, esta dimensión obtuvo 1026 (49,9%) respuestas positivas. Esta dimensión también está compuesta por cuatro ítems; de los cuales el mejor valorado fue «Mi supervisor/jefe no da suficiente atención a los problemas de seguridad del paciente que ocurren repetidamente», en que 325 (63,2%) participantes discordaron de esta afirmación, lo que reflejó positivamente en la cultura de seguridad.

La tercera dimensión destacada fue «Aprendizaje organizacional: mejora continua», que se refiere a la cultura de aprendizaje en que los errores son estudiados para conducir a cambios positivos. Esta dimensión obtuvo 760 (49,3%) respuestas positivas. De los tres ítems que la componen, el que obtuvo mayor destaque fue «Estamos haciendo cosas de forma activa para mejorar la seguridad del paciente», afirmación con la cual estuvieron de acuerdo 335 (65,2%) participantes.

Por otra parte, algunas dimensiones presentaron alto porcentaje de respuestas negativas. Aquellas que obtuvieron el 50% o más se clasificaron como áreas críticas de la cultura de seguridad del paciente. Así, el área crítica con mayor porcentaje fue la «Respuesta no punitiva al error», cuando los errores ocurridos no se utilizan de manera punitiva. Esta dimensión obtuvo 855 (55,4%) respuestas negativas. Compuesta por tres ítems, aquellos que representaron los mayores problemas enfrentados fueron «Los profesionales consideran que sus errores pueden usarse contra ellos», con 308 (59,9%), seguido del ítem «Los profesionales se preocupan por que sus errores sean registrados en sus fichas funcionales», con 294 (57,2%).

La segunda dimensión clasificada como potencial para el área crítica fue «Percepción general de la seguridad del paciente», la cual considera que los procedimientos y sistemas son adecuados para evitar errores, equívocos o fallas y no ocurren problemas de seguridad del paciente. Esta dimensión obtuvo 897 (43,6%) respuestas negativas, y la mayoría de los participantes, 331 (64,4%), discordó del ítem «La seguridad del paciente jamás se compromete en función de mayor cantidad de trabajo por concluir» y, aún, 267 (51,9%) están de acuerdo en que «Es solo por casualidad que no suceden errores más graves por aquí».

La dimensión «Cuadro de profesionales» fue la tercera con potencial para área crítica encontrada en el estudio, la cual presupone que hay suficientes profesionales para manejar la carga de trabajo. Esta dimensión obtuvo 840 (40,8%) respuestas negativas,

de las cuales 340 (66,1%) identificaron problemas en el ítem «Tenemos suficientes profesionales para manejar la cantidad de trabajo», lo que sugiere que el cuantitativo de profesionales no es suficiente.

Además de la valoración de las dimensiones de la cultura de seguridad, el instrumento de recopilación de datos presentó dos variables de resultado de la cultura de seguridad. La primera se refiere a la percepción del profesional sobre la seguridad del paciente, se atribuyó una nota para la seguridad en su unidad. Los datos revelaron que casi la mitad de los participantes valoró la cultura de seguridad como regular y el 39,8% consideró la seguridad como «muy buena», como muestra la Figura 2.

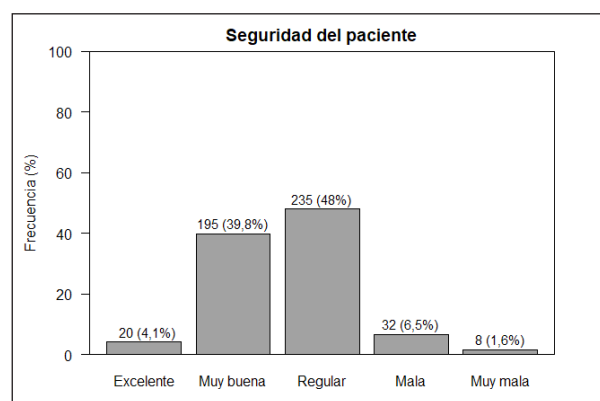


Figura 2 - Distribución de respuestas sobre la nota de seguridad del paciente en tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en hospitales públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

La segunda variable de resultado de la cultura de seguridad reporta el número de eventos informados por el profesional al supervisor/jefe en los últimos 12 meses. Se constató que la mayoría (75,4%) de los entrevistados no llenó ninguna notificación en este período, como muestra la Figura 3.

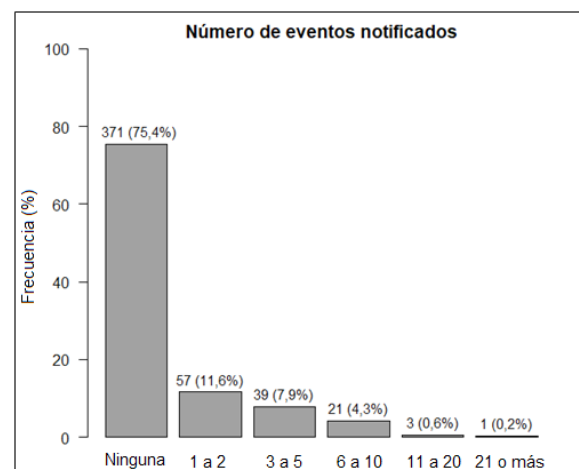


Figura 3 - Distribución del número de eventos relatados al supervisor/jefe en los últimos doce meses en tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en hospitales públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Se optó por valorar la distribución de las respuestas de las variables de resultado de la cultura de seguridad según la categoría profesional. Se observó diferencia significativa ($p=0,005$) entre los cargos, y el 8% de los

técnicos de enfermería clasificaron la seguridad como «excelente», mientras para los médicos, enfermeros y demás profesionales, las proporciones fueron del 1,4%, 0,8% y 1,1%, respectivamente, como muestra la Tabla 2.

Tabla 2 - Comparación de las variables de resultado: valoración de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos según categorías profesionales en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en tres hospitales públicos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017

Variables		Médico		Enfermero		Técnico		Otros*		Valor-p†
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Seguridad del paciente	Excelente	1	1,4	1	0,8	17	8	1	1,1	0,005
	Muy buena	34	45,9	41	35,3	92	43,2	28	32,2	
	Regular	35	47,3	64	55,3	87	40,8	49	56,3	
	Mala	4	5,4	9	7,8	11	5,2	8	9,2	
	Muy mala	-	-	1	0,8	6	2,8	1	1,2	
Notificaciones de eventos llenadas y notificadas	Ninguna notificación	66	83,6	45	38,2	183	88,4	77	87,5	<0,001
	1 a 2 notificaciones	11	13,9	25	21,2	15	7,3	6	6,8	
	3 a 5 notificaciones	2	2,5	28	23,7	7	3,4	2	2,3	
	6 a 10 notificaciones	-	-	16	13,6	2	0,9	3	3,4	
	11 a 20 notificaciones	-	-	3	2,5	-	-	-	-	
	21 notificaciones o más	-	-	1	0,8	-	-	-	-	

*Otros: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y psicólogos; †valor-p<0,05

Se verificó que respecto a las notificaciones de eventos llenadas y notificadas, hubo diferencia significativa ($p<0,001$), y ninguna notificación fue relatada por el 38,2% de los enfermeros, 83,6% de los médicos, 88,4% de los técnicos de enfermería y el 87,5% entre las demás categorías. La mayoría de los llenados y notificaciones de eventos fue realizada por los enfermeros (61,8%), seguidos por los técnicos de enfermería (19,7%), médicos (16,4%) y las demás categorías consideradas en el estudio (12,5%).

Discusión

Los resultados muestran que la cultura de seguridad no está integralmente instituida en las UCIn, lo que se asemeja a otros estudios^(6,9). Pero algunas dimensiones presentaron el mayor porcentaje de respuestas positivas, sin embargo, también por debajo del 75%, entre las cuales las dimensiones «Trabajo en equipo en la unidad» y «Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente». En estudios internacionales se encontraron resultados semejantes⁽¹⁰⁻¹¹⁾, así como en Brasil⁽¹²⁾. Pese a las especificidades culturales regionales, se puede inferir que los porcentajes de respuestas positivas para las «Expectativas y acciones del supervisor-jefe para la promoción de la seguridad del paciente» y el «Trabajo en equipo en la unidad», obtenidos en estas localidades, se aproximaron del porcentaje obtenido en este estudio.

En lo que respecta a la dimensión «Trabajo en equipo en la unidad», con base en las respuestas presentadas, existe respeto y apoyo entre los profesionales de las

unidades. En cuanto a la dimensión «Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente», destacó el involucramiento y la actuación de la supervisión/jefe en las unidades analizadas. Se resalta que este involucramiento y la actuación de los líderes son cruciales para favorecer los cuidados seguros por medio del incentivo al equipo de salud en extraer lecciones educativas con los errores comunicados.

En contrapartida, algunas dimensiones se clasificaron como áreas críticas de la cultura de seguridad del paciente. Respecto a la dimensión «Respuesta no punitiva al error», un estudio estadounidense desarrollado en 653 hospitales generales, con 405.281 profesionales, utilizando el instrumento HSOPSC y la dimensión «Respuesta no punitiva al error», recibió el 56% de respuestas negativas, y fue la dimensión peor valorada⁽⁹⁾, de acuerdo con dicho estudio. Es notable que la cultura de culpabilidad responsabiliza al individuo frente a la incidencia de errores, desanimándolos a notificarlos y, en consecuencia, impide el aprendizaje organizacional con base en dicha incidencia⁽¹³⁾.

Con relación a la dimensión «Percepción general de la seguridad del paciente», el ítem con la peor valoración fue «La seguridad del paciente jamás es comprometida en función de una mayor cantidad de trabajo que concluir». Probablemente, debido a la percepción de los profesionales en cuanto a la carga de trabajo a la que están expuestos diariamente en la unidad y a la insuficiencia de profesionales para atender la demanda asistencial. Un estudio con un equipo multiprofesional en ocho hospitales públicos en la región de Murcia, España⁽¹⁰⁾, obtuvo resultados similares a la presente

investigación, con porcentajes elevados de respuestas negativas en esta dimensión.

Pese a no evidenciar áreas de fuerza para la seguridad del paciente, y si áreas críticas, la mayoría de los profesionales señaló la seguridad del paciente como «regular» y «muy buena». Un estudio realizado en un hospital general y público de Minas Gerais, en Brasil, también encontró semejanzas en cuanto a la valoración de la seguridad del paciente, que varió entre «regular» (43%) y «muy buena» (40%)⁽¹⁴⁾.

Respecto a las notificaciones de eventos, la mayor parte de los profesionales respondió que no había llenado ninguna notificación. Esta situación es aún más alarmante cuando se observa un consenso entre los estudiosos del tema de que los números relatados de eventos adversos sean una estimación muy modesta respecto al valor real del problema⁽¹⁾. Además de eso, se resalta que la notificación de eventos adversos no debería ser responsabilidad de una única categoría profesional, conforme al resultado en este estudio. Es menester que la responsabilidad por la seguridad sea compartida de manera igual por todos los equipos.

También es posible que la cultura de seguridad sea comprendida de manera diferente de acuerdo con la categoría profesional. Respecto a la nota de seguridad del paciente, los técnicos de enfermería y los médicos fueron los que más eligieron la opción «muy bueno». Aun, los técnicos de enfermería obtuvieron el mayor porcentaje en la opción «excelente». Las categorías enfermero y otros obtuvieron los mayores porcentuales en las notas «regular» y «malo». Un estudio en la Región Sur con profesionales del equipo de salud de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) reveló que, respecto a la valoración del grado de seguridad del paciente, la mayoría de los profesionales del equipo de salud (51,93%) consideró aceptable el grado de seguridad del paciente en la UCI, con destaque para los médicos y fisioterapeutas, que llegaron a un porcentaje del 61,12%. Por otra parte, los enfermeros, en su mayoría, consideraron débil la seguridad del paciente en la UCI⁽¹¹⁾. En oposición a este resultado, un estudio realizado en una red de hospitales públicos en la región de Murcia, en España, mostró que los enfermeros fueron más positivos en cuanto a la nota que los médicos⁽¹⁵⁾.

Con base en el conocimiento en la literatura del rol desempeñado por el profesional de enfermería, profesional capacitado para ser crítico y responsable de la gestión del equipo, se puede inferir que los profesionales de las categorías «técnico de enfermería» y «médico» sobrestimaron la valoración por desconocer el proceso de la seguridad en su totalidad. Muchas veces, se percibe que los médicos y técnicos se quedan al margen del análisis de indicadores y gestión de las notificaciones, lo

que puede haber influido en los resultados. Por tanto, se sugiere que los profesionales médicos y técnicos de enfermería sean incorporados en la discusión sobre la seguridad, puesto que, al sentirse coparticipantes de este proceso, es más fácil participar activamente en la búsqueda por mejoras de la seguridad en la unidad de trabajo.

De igual manera a la categoría de los enfermeros, la categoría «otros profesionales» también obtuvo los mayores porcentajes respecto a las notas «regular» y «mala», en la valoración de la seguridad del paciente. Con base en este resultado, se puede inferir que los otros profesionales del equipo multiprofesional, por estar en menor número en las unidades, son responsables de la asistencia y gestión de la calidad. Así pues, se espera que estos estén más familiarizados con los indicadores de la cultura de seguridad.

Respecto a la variable «Notificaciones de eventos llenados y notificados», la categoría del enfermero fue la que obtuvo el mayor porcentaje de notificaciones cuando se compara con las categorías de médicos, técnicos y otros profesionales. Un estudio realizado en una UCIn, con el equipo de enfermería y médica, observó que los técnicos de enfermería fueron los que más registraron la ausencia de notificación. Los profesionales médicos y enfermeros fueron los que más eligieron 11 a 20 eventos notificados (80 y 20%, respectivamente)⁽⁵⁾. En ocasiones se asigna al enfermero la responsabilidad de notificar los eventos, ya que se lo considera el gestor más capacitado tanto para gestionar las notificaciones de eventos adversos como para estimular al equipo⁽¹⁶⁾. Un estudio indica la necesidad de incentivar el equipo multiprofesional a notificar eventos con el fin de desarrollar, de forma conjunta, estrategias de prevención de errores y promoción de una cultura de seguridad consolidada⁽¹⁶⁾. Autores refuerzan que, aunque la notificación de errores es responsabilidad de todo el equipo, la gestión hospitalaria debe asumir la postura de liderazgo, fomentando e implantando una cultura de seguridad que aborde los errores de manera sistémica y no punitiva⁽⁶⁾.

La escasez de las notificaciones de técnicos/auxiliares y médicos fue evidenciada probablemente por «corporativismo», por miedo o falta de conocimiento de relatar los errores y por comprender que la notificación de incidentes podría no resultar en mejoras⁽¹⁷⁾. Respecto a la categoría «otros profesionales», con excepción de los fisioterapeutas, se infiere que los profesionales: psicólogo, terapeuta ocupacional, asistente social y fonoaudiólogos, presentan menor riesgo de eventos adversos comparados con otros profesionales, por tanto notifican menos cuando se comparan con otras categorías. Así, se sugiere la necesidad de nuevos estudios con este enfoque.

Se resalta que, al estimular una cultura de seguridad, incluidos los procesos de vigilancia y monitoreo continuo, la incorporación del error como oportunidad de aprendizaje organizacional contribuye a un ciclo continuo de acción y reflexión, que permite a los hospitales aprender con sus experiencias, así como crear y promover la capacidad de reflexionar sobre la dinámica del sistema, conduciendo el cambio desde la propia percepción de la seguridad del paciente. Por otra parte, la insistencia en tradiciones y soluciones rápidas para la resolución de los problemas existentes puede inhibir formas más eficaces de aprendizaje organizacional⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Por tanto, los estudios sugieren que el compromiso de la alta gestión en apoyar el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, el uso de tecnología de la información y simuladores en la reducción de errores, el incentivo a las prácticas de divulgación de errores y las necesidades educacionales son esenciales para el incremento de la cultura de seguridad⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

En cuanto a la introducción del tema «seguridad del paciente» en el entorno organizacional y, como consecuencia, en su cultura, es importante tener en mente que este es influido por las relaciones de trabajo y poder existentes entre los varios perfiles profesionales que componen el entorno hospitalario⁽¹⁸⁾. Así pues, para establecer una cultura de seguridad del paciente por medio de un equipo formado por diversas categorías profesionales, es menester la actuación de los gestores responsables en conducir dicho equipo multiprofesional y en favorecer un ambiente de trabajo basado en el diálogo y en el aprendizaje. Otro punto que se debe tener en cuenta es el cambio de comportamiento de los profesionales, de forma que el proceso de notificación se incorpore a la rutina diaria y establezca una cultura de aprendizaje. Un estudio nacional resalta la necesidad de inversiones institucionales dirigidos a la promoción y al desarrollo de sistemas de salud seguros⁽¹²⁾.

Este estudio tuvo como limitación la valoración de la cultura del paciente únicamente en hospitales públicos, sin contemplar hospitales privados. Por tanto, se sugiere la necesidad de explorar de manera más profunda la cultura de seguridad en UCIn, con el fin de repensar estrategias que busquen la garantía de la seguridad.

Sin embargo, se resalta que los resultados de esta investigación provienen de entrevistas con el 70% de la totalidad de profesionales elegibles de tres UCIn, empleando un instrumento validado para la mensuración de la cultura de seguridad; estos ciertamente son semejantes a otros contextos de hospitales públicos. Se resalta, aun, que este estudio, por tener el enfoque del equipo multiprofesional, permitió ver la cultura de seguridad por un prisma multifacético, lo que impidió que la visión particular de uno de los grupos profesionales

actuantes en la UCIn generara alguna tendencia en los datos obtenidos.

Con las recientes políticas públicas específicas al tema, se hace evidente la necesidad de investigación de la cultura como oportunidad de subsidiar estrategias de seguridad del paciente, entre las cuales estimular la notificación de los errores. Puesto que la comunicación de los errores y la cultura no punitiva permiten identificar los problemas e implementar barreras que reduzcan las situaciones de riesgo en las unidades de salud.

Conclusión

Los resultados no presentaron ninguna de las dimensiones valoradas sobre la cultura de seguridad del paciente como área de fuerza, aunque los profesionales hayan demostrado oportunidades de mejora. La dimensión «Trabajo en equipo en la unidad» presentó el mayor porcentaje de respuestas entre las dimensiones, seguido de «Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente» y «Aprendizaje organizacional: mejora continua».

Los resultados revelaron que casi la mitad de los participantes valoraron como regular la cultura de seguridad. Cuando se compara con la distribución de las respuestas según la categoría profesional, se observa un porcentaje de técnicos de enfermería que calificaron la seguridad como excelente, diferente de las demás categorías. Además, se puso de manifiesto que, sea cual sea la profesión, los participantes presentan resistencia a notificar los errores.

Por tanto, la investigación y la discusión de las dimensiones que implican la cultura de seguridad, por medio de la aplicación del HSOPSC, pueden contribuir al perfeccionamiento del proceso de trabajo de los profesionales inseridos en una UCI, en especial la neonatal. Se considera que este equipo experimenta diariamente situaciones estresoras e inesperadas al cuidar de pacientes con alto grado de vulnerabilidad. Así, se recomienda una mirada crítica sobre los fallos del proceso de seguridad de los pacientes, con el fin de indicar lagunas que se deben llenar para permitir el incremento de la adopción de una cultura de seguridad positiva, que beneficie a pacientes, familiares y profesionales. La madurez de esta visión sistémica es necesaria para la edificación y la valorización de la cultura de seguridad en los escenarios de cuidado a la salud.

Referencias

1. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. A comprehensive approach to improving patient safety. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health care system*. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 17-25.
2. World Health Organization. *Human Factors in patient safety: review of topics and tools* [Internet]. 2009.


- [cited Nov 21 Nov 2017] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/methods>
3. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P, et al. Association of Safety Culture with Surgical Site Infection Outcomes. *J Am Coll Surg*. 2016;222(2):122-8. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008.
 4. Health and Safety Commission. Third report: organizing for safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: Health and Safety Commission; 1993.
 5. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(5):755-63. doi: 10.1590/0104-1169.3624.2477.
 6. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in neonatal intensive care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):161-9. doi:10.1590/0104-07072015000490014
 7. Andrade LEL, Melo LOM, Silva IG, Souza RM, Lima ALB, Freitas MR et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(3):455-68. doi: 10.5123/S1679-49742017000300004.
 8. Agency for Healthcare Research and Quality. At A Glance. [Internet]. Rockville, MD; 2011. [cited Jan 6 2018]. Available from: <http://www.ahrq.gov/about/ataglance.htm>
 9. Miller KH, Wagner L. Critical Synthesis Package: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). *Med Ed Portal*. 2015;11:10075. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10075
 10. Gama ZAS, Oliveira ACS, Hernández PJS. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):283-93. doi:10.1590/S0102-311X2013000200015
 11. Minuzz AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspectives. *Texto Contexto Enferm*. 2016;225(2):e1610015. doi:10.1590/0104-07072016001610015.
 12. Chagas, KD, Selow, MLC. O enfermeiro frente à notificação de eventos adversos em busca da garantia de qualidade e segurança assistencial. *Vitrine Prod Acad*. 2016 [cited 21 Nov 2017]4(2):89-161. Available from: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/view/216/217>
 13. Silva MVP, Carvalho PMG. Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness. *Rev Interd*. [Internet]. 2016 [cited Nov 21 2017];9(1):1-12. Available from: Patient safety culture: attitudes of professional nursing service of a responsiveness
 14. Carvalho REFL, Arruda LP, Nascimento NKP, Sampaio RL, Cavalcante MLSN, Costa ACP. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2849. doi: 10.1590/1518-8345.1600.2849
 15. Gama, ZAS.; Oliveira, ACS, Hernandez, PJS. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saude Pública*. 2013;29(2):283-93. doi: 10.1590/S0102-311X2013000200015
 16. Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e64996. doi: 10.1590/1983-1447.2017.01.64996
 17. Capucho HC, Arnas ER, Cassiani SHBD. Patient safety: a comparison between handwritten and computerized voluntary incident reporting. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):164-72. doi: 10.1590/S1983-14472013000100021
 18. Sujan M. An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organizational learning for patient safety. *Reliab Eng Syst Saf*. 2015;144:45-52. doi: 10.1016/j.res.2015.07.011
 19. Farzi S, Farzi S, Taheri S, Ehsani M, Moladoost A. Perspective of Nurses toward the Patient Safety Culture in Neonatal Intensive Care Units. *Iranian J Neonatol*. 2017 Dec; 8(4). doi: 10.22038/ijn.2017.22713.1271
 20. Chatziioannidis I, Mitsiakos G, Vouzas F. Focusing on patient safety in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2017;6(1):e060132. doi: 10.7363/060132.

Recibido: 28.06.2018

Aceptado: 12.03.2019

Autor correspondiente:

Karine Antunes Marques Notaro

E-mail: karineantuneshob@yahoo.com.br <https://orcid.org/0000-0002-4664-275X>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.