

Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud¹

Paloma Aparecida Carvalho²
Leila Bernarda Donato Göttems³
Maria Raquel Gomes Maia Pires⁴
Maria Liz Cunha de Oliveira⁵

Objetivo: evaluar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, de tamaño especial, de acuerdo con los dominios del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (CAS). Método: investigación descriptiva, transversal, cuantitativa, con aplicación del CAS a 226 profesionales. Análisis descriptivo de datos, consistencia del instrumento y análisis factorial exploratorio. Resultados: los participantes se distribuyeron de forma homogénea en el sexo femenino (49,6%) y masculino (50,4%); promedio de edad de 39,6 (DE±9,9) años y tiempo de actuación de 9,9 (DE±9,2) años. Y α de Cronbach de 0,84. Se determinaron los seis dominios propuestos por el cuestionario: percepción del estrés (74,5) y satisfacción en el trabajo (70,7) mostraron resultados satisfactorios; clima de trabajo en equipo (59,1) y seguridad (48,9) presentaron puntuaciones por debajo del mínimo recomendado (75); percepciones de gestión de la unidad (44,5), gestión hospitalaria (34,9) y condiciones de trabajo (41,9) presentaron las puntuaciones medias más bajas. Conclusiones: los resultados mostraron que, desde la perspectiva de los profesionales, hay fragilidad en los valores, actitudes, habilidades y comportamientos que determinan la cultura de seguridad en una organización de salud.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Evaluación de Servicios de Salud; Centros Quirúrgicos.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Avaliação da cultura de segurança entre profissionais do centro cirúrgico de um hospital de porte especial: elementos para a melhoria da qualidade do cuidado aos idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos", presentada en la Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

² MSc, Enfermera, Hospital de Base do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Adjunto, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Brasília, DF, Brasil..

Correspondencia:

Paloma Aparecida Carvalho
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle
Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN, Bloco B
CEP: 70086-900, Brasília, DF, Brasil
E-mail: paloma_carvalho@yahoo.com.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 seguridad de los servicios de salud ha pasado a ocupar un lugar importante en las políticas de salud pública, desde la publicación del documento titulado *To err is human: building a safer health system*, publicado en 1999, por el *Institute of Medicine* (IOM), de Estados Unidos de América (EE.UU.). La seguridad, considerada una dimensión de la calidad y el reconocimiento de que los servicios de salud son sistemas complejos y que el cuidado de la salud puede ser muy perjudicial y letal, ha despertado en los expertos e investigadores la búsqueda de estrategias de mejora continua de los procesos de trabajo en esta área⁽¹⁾.

En Brasil, sólo en 2013, la seguridad de los servicios de salud ha sido el tema del Programa Nacional de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (MS), así como de la Resolución del Directorio Colegiado (RDC) No. 36 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que han establecido las directrices y acciones específicas para la seguridad del paciente en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS).

La búsqueda por la calidad en los servicios de salud ha ocupado cada vez más espacio en las agendas nacionales e internacionales y en los debates sobre la reforma de los sistemas de salud. Se trata de un proceso gradual y diferenciado, que implica una reconfiguración de las relaciones entre los profesionales y pacientes, entre la demanda y la oferta de atención en salud y puede ser afectado, también, por la variación de los niveles de desigualdad social en salud⁽²⁾.

Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud requieren evaluaciones sistemáticas. Estas incluyen debates metodológicos sobre el propósito y la utilidad de la evaluación en la toma de decisiones, el reconocimiento del pluralismo de valores y diferentes puntos de vista de los grupos de interés en el proceso de evaluación⁽²⁾. Por lo tanto, es importante que los administradores de los servicios de salud difundan una cultura de evaluación en las organizaciones.

Los centros quirúrgicos se consideran escenarios de alto riesgo, muy susceptibles a errores. Los procesos de trabajo, en este escenario, se constituyen en prácticas complejas, interdisciplinarias, con fuerte dependencia en el desempeño individual y del equipo en condiciones dominadas por la presión y el estrés. Las complicaciones quirúrgicas representan una gran proporción de las muertes y daños (temporales o permanentes) causados por la práctica asistencial, considerados evitables⁽³⁾.

En este sentido, conocer la cultura de seguridad en el escenario dentro del cual se pretende actuar, es un aspecto esencial para promover mejoras. Según la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la cultura de seguridad es "el producto individual o colectivo de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización de salud en la promoción de la seguridad"⁽⁴⁾. A su vez, el clima de seguridad es un componente medible de la cultura de seguridad y se puede evaluar a través de la percepción de los profesionales, ya que las actitudes y los valores son más difíciles de evaluar⁽⁵⁾.

Para eso, el *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) es un instrumento desarrollado por investigadores de la Universidad de Texas (EE.UU.), que mide el clima de seguridad percibido por los profesionales de la salud. Se construyó basado en el *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*, derivado del tradicional *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), utilizado por más de 20 años por la aviación comercial, para medir la percepción de la seguridad de las tripulaciones de vuelo⁽⁵⁾. Los ítems que componen el CAS se mostraron altamente sensibles para la evaluación de las actitudes de seguridad individuales y exploración de la relación entre las puntuaciones del clima de seguridad y los resultados de los cuidados prestados a los pacientes. Este instrumento ha sido utilizado para evaluar las diferencias en la percepción del compromiso organizacional proactivo para la seguridad entre las personas que trabajan en los centros quirúrgicos de las instituciones de alta y media complejidad, en diferentes países del mundo. Contribuye a una mayor probabilidad de éxito en la implementación de las herramientas de gestión y mejora de la seguridad, tales como la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud⁽⁶⁻⁸⁾.

El hospital donde se realizó el estudio se caracteriza por ser un servicio de alta complejidad en todas las áreas, especialmente en los procedimientos quirúrgicos, de la red pública del Distrito Federal, una referencia en la región Centro-Oeste. Está en proceso de acreditación de la *Joint Commission Internacional* y de implantación de varias estrategias para la seguridad de los pacientes, entre ellas, la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS.

Este hospital se incluyó, en 2012, en el proyecto de Reestructuración de los Hospitales Públicos (RHP) del Programa de Desarrollo Institucional del SUS (Proadi-

SUS). Esta acción del Ministerio de Salud tiene como objetivo fortalecer el SUS, en colaboración con los hospitales filantrópicos de calidad reconocida, a través de la formación de trabajadores y profesionales, apoyo a los procesos de certificación y acreditación, para la cualificación de la gestión de los hospitales públicos.

Este estudio ha sido guiado por la pregunta: ¿cuál es la percepción de la cultura de seguridad de los profesionales que trabajan en el centro quirúrgico del hospital, de acuerdo con los dominios del CAS? El objetivo ha sido evaluar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, de tamaño especial, de acuerdo con los dominios del CAS.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (CAS), en la versión traducida y validada para Brasil. Este instrumento consta de dos partes: la primera contiene 41 preguntas sobre la percepción de seguridad del paciente y la segunda contiene preguntas sobre la categoría profesional, el género, la edad y el tiempo de actuación⁽⁹⁾.

Los 41 ítems del CAS se agrupan en seis dominios: 1) Clima de Trabajo en Equipo (CTE): calidad de la relación y colaboración entre los miembros de un equipo (ítems 1-6); 2) Clima de Seguridad (CS): percepción de los profesionales sobre el compromiso de la organización para la seguridad del paciente (ítems 7-13); 3) Satisfacción en el trabajo (ST): visión positiva del lugar de trabajo (ítems 15-19); 4) Percepción de Estrés (PE): reconocimiento de la influencia de los factores de estrés en la ejecución del trabajo (ítems 20-23); 5) Percepción de Gestión de la Unidad (PGU) y del Hospital (PGH), tanto en relación con la aprobación de acciones de gestión o administración (ítems 24-29); y 6) Condiciones de Trabajo (CT): percepción de calidad del ambiente de trabajo (ítems 30-32). Los ítems 14 y 34 a 36 no son parte de cualquier dominio en el instrumento original.

Cada ítem del CAS sigue la escala Likert de cinco puntos, ordenada y con puntuación de la siguiente manera: totalmente en desacuerdo (0 puntos), parcialmente de acuerdo (25 puntos), neutro (50 puntos), parcialmente en desacuerdo (75 puntos) y totalmente de acuerdo (100 puntos); la opción "no aplicable" no puntúa. En la puntuación final, 0 corresponde a la peor percepción del clima de seguridad y 100 a la mejor percepción.

El cálculo se realiza sumándose las respuestas de los ítems de cada dominio y dividiéndose el resultado por el número de ítems de cada dominio⁽⁹⁾, después de la inversión de los ítems reversos.

El estudio se llevó a cabo en el Núcleo del Centro Quirúrgico (NCC) del Hospital de Base del Distrito Federal (HBDF), con una capacidad de 855 lechos, de los cuales, 482 son lechos quirúrgicos, según el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud.

El CAS ha sido respondido por 226 profesionales (error muestral de 0,05) que trabajan en la unidad investigada, incluyendo enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos y médicos residentes en las áreas quirúrgica y anestésica, dentistas, administrativos y profesionales de soporte ambiental. Los criterios de inclusión fueron: concordancia del profesional cuanto a participar en el estudio y la actuación en el servicio por más de seis meses. Se excluyeron los profesionales lejos de las actividades de trabajo durante el período de recolección de datos. Los participantes se reclutaron en su propio ambiente de trabajo, cuando se les pidió responder al instrumento.

Los datos se recompilaron entre mayo y septiembre de 2013, en tres turnos, por dos estudiantes de iniciación científica en el último año del programa de enfermería y dos residentes de enfermería del equipo quirúrgico del hospital, debidamente entrenados por la investigadora, que tiene una amplia experiencia en el centro quirúrgico.

Se utilizaron los *softwares Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versión 20.0 y *Rstudio* 0.98.501. Se realizaron análisis descriptivo, análisis factorial exploratorio y comparación entre grupos. El análisis descriptivo del CAS se llevó a cabo mediante las medias, medianas y el Desviación Estándar (DE) de las respuestas de los ítems, calculados para cada dominio, variando entre 0 y 100. Valores superiores a 75 significan fuerte concordancia de los profesionales en preguntas sobre la seguridad del paciente. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) evalúa cómo los datos se ajustan a la utilización del modelo de análisis factorial, y resultó 0,75, lo que permitió el uso de este análisis para la interpretación de los datos.

Con los resultados del análisis factorial, se encontraron las cargas factoriales, que representan las covarianzas entre los ítems y los factores estudiados, lo que permite identificar qué factor el ítem estaba relacionado. Para estimar los factores, se utilizó el método de Componentes Principales, con el fin de reducir el tamaño de los datos y preservar la explicación de la variabilidad de los datos. Posteriormente, se llevó a cabo

una rotación de factores para mejorar la interpretación de los resultados, por medio de la rotación oblicua Promax.

El coeficiente α de Cronbach se utilizó para analizar la consistencia interna de los ítems, también llamada fiabilidad del instrumento. El valor α varía entre 0 y 1, sin embargo, para demostrar la consistencia interna debe tener un valor entre 0,7 y 1,0. Los resultados inferiores a 0,7 indican que el instrumento no puede medir el constructo.

La investigación siguió todo el cuidado ético establecido en la Resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud. Este proyecto se aprobó por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación de Enseñanza e Investigación en Ciencias de la Salud, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/GDF), del 12/11/2012, bajo parecer No. 144 024.

Resultados

El perfil de los participantes se ha caracterizado por una distribución homogénea entre el sexo femenino (49,6%) y masculino (50,4%), de acuerdo con la Tabla 1. Con respecto al tiempo de actuación, los periodos con mayor número de entrevistados han sido entre 1 y 2 años (26,1%) y entre 11 y 20 años (22,1%), con promedio de 9,9 años (DE \pm 9,2). Los médicos son los profesionales con mayor tiempo de actuación, seguidos por los técnicos de enfermería. El grupo de edad predominante ha sido entre 31 y 50 años (63,3%), con promedio de 39,6 (DE \pm 9,9). Los médicos han sido la mayoría (73; 33,6%), seguidos por los técnicos de enfermería (65; 27,4%) y médicos residentes (51; 22,6%).

Tabla 1 - Frecuencia de los participantes con respecto al género, al tiempo de actuación, la edad y el cargo. Brasilia, DF, Brasil, 2013

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	114	50,4
Femenino	112	49,6
Tiempo de actuación		
6 a 11 meses	13	5,8
1 a 2 años	59	26,1
3 a 4 años	18	8,0
5 a 10 años	45	19,9
11 a 20 años	50	22,1
21 a 39 años	37	16,4
Ausentes	4	1,8
Grupo de edad		
Hasta 30 años	43	19,0
31 a 40 años	79	35,0
41 a 50 años	64	28,3
51 a 60 años	27	11,9

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Más de 60 años	4	1,8
Ausentes	9	4,0
Profesión/ocupación		
Administrativo	5	2,2
Enfermero	13	5,8
Médico	73	32,3
Médico residente	51	22,6
Dentista	11	4,9
Soporte ambiental	8	3,5
Técnico de Enfermería	65	28,8
Total	226	100,0

La puntuación total del CAS en la unidad investigada, varió entre 34,5 y 74,9, por dominio, con promedio de 53,5 (DE \pm 13,9) y mediana de 52,4 (Tabla 2). Los dominios satisfacción en el trabajo (0,76), percepción de estrés (0,74) y percepción de gestión hospitalaria (0,77) tienen consistencia interna significativa, con α superior a 0,7 y, por tanto, garantizan la fiabilidad del constructo. Sin embargo, los dominios clima de trabajo en equipo (0,40), clima de seguridad (0,50), percepción de gestión de la unidad (0,63) y condiciones de trabajo (0,58) mostraron valores de α inferiores a 0,7, lo que indica una baja correlación entre los ítems.

Tabla 2 - Análisis descriptivo y α -Cronbach, por dominio, del Cuestionario de Actitudes de Seguridad, Brasilia, DF, Brasil, 2013

Dominios	α -Cronbach	Media	Mediana	Desviación Estándar
Clima de trabajo en equipo	0,40	59,1	58	18,5
Clima de seguridad	0,50	48,9	50	19,6
Satisfacción en el trabajo	0,76	70,6	75	22,0
Percepción de estrés	0,74	74,9	81	25,6
Percepción de gestión de la unidad	0,63	44,5	46	21,6
Percepción de gestión hospitalaria	0,77	34,5	33	22,3
Condiciones de trabajo	0,58	41,9	41	25,9
Total	0,84	53,5	52,4	13,9

Las puntuaciones también variaron por categoría ocupacional y los médicos residentes presentaron el promedio más bajo (50,4), seguidos por los enfermeros (51,1) y médicos (51,6). Las medias más altas se observaron entre los profesionales administrativos (74,6), seguidos por el soporte ambiental (62,9) (Tabla 3).

Tabla 3 – Puntuaciones de las percepciones de los profesionales del centro quirúrgico, por cargo, según los dominios y el total del Cuestionario de Actitudes de Seguridad. Brasilia, DF, Brasil, 2013

Cargo	CTE [*]	CS [†]	ST [‡]	PE [§]	PGU	PGH [¶]	CT ^{**}	Total
Administrativo	82,5	66,7	94	64,1	77,6	55	77,5	74,6
Enfermeros	59	49,2	77,7	68,7	63,4	46,9	22,9	51,1
Médicos	58,8	44,5	63,7	77,9	41,4	33	41,3	51,6
Médicos residentes	56,3	48,1	64,8	79,3	37,4	28,7	38	50,4
Dentistas	56,5	45,2	67,7	68,5	46,2	35,6	44,7	52,1
Técnicos de enfermería	66,8	47,5	89,3	70,8	65,5	54	46,3	55,9
Soporte ambiental	59,5	54	78	71,2	46,1	36,9	45,5	62,9
Total	59,1	48,9	70,6	74,8	44,5	34,4	41,9	53,5

*Clima de trabajo en equipo

†Clima de seguridad

‡Satisfacción en el trabajo

§Percepción de estrés

||Percepción de la gestión de la unidad

¶ Percepción de la gestión del hospital

**Condiciones de trabajo

Discusión

Los participantes se distribuyeron de manera uniforme en el sexo femenino (49,6%) y masculino (50,4%). Las mujeres predominaron entre los profesionales de enfermería, mientras que los hombres predominaban entre los médicos. La participación de los médicos (32,3%), sumados o no a los médicos residentes (22,6%) revela una característica singular de esta investigación. En estudios con aplicación del CAS, la proporción de médicos ha sido menor en comparación con otros integrantes de los equipos de salud⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

En cuanto al tiempo de actuación, se observó que los profesionales con más de 5 años de actuación suman más del 60% de los participantes, por el tipo de contrato de trabajo, de régimen estatutario, de los profesionales con la institución. La estabilidad de los profesionales puede contribuir a los cambios en el proceso de trabajo, ya que la institución no sufre las consecuencias de las altas tasas de sustitución de personas (*turnover*).

Un estudio realizado en los servicios de salud de Estados Unidos mostró que las condiciones de trabajo se asocian con lesiones en los pacientes y enfermeros. El registro de las horas de enfermería por paciente/día mostró una asociación negativa con las caídas y las úlceras por presión. Por otro lado, el aumento del *turnover* de los profesionales en la unidad aumentó el riesgo de lesiones en los enfermeros, mientras que la su disminución ha reducido las posibilidades de caídas de los pacientes⁽¹²⁾.

El CAS en el escenario evaluado, presentó α de Cronbach de 0,84, similar al encontrado en el estudio de traducción del instrumento para Brasil (α de 0,89). Este valor sugiere que el instrumento es adecuado para medir el constructo propuesto. Sin embargo, en

el análisis por dominio, se observó que el valor α de Cronbach osciló entre 0,4 y 0,7. Los dominios CTE (0,4), CS (0,5) y CT (0,5) mostraron valores α muy inferiores al recomendado (0,7), lo que indica una baja correlación entre los ítems de estos dominios. Este resultado indica la necesidad de la aplicación de instrumentos en otras muestras, para una mayor fiabilidad y validez de la misma.

En la investigación llevada a cabo en Taiwán, el valor del α de Cronbach osciló entre 0,79 para el CTE, 0,81 para el CS, 0,91 para la ST, 0,87 para la percepción de la gestión, y 0,78 para las CT⁽¹³⁾. En Australia⁽¹⁴⁾, el valor α de Cronbach osciló entre 0,65 y 0,81, y en Noruega⁽¹¹⁾, el α de Cronbach osciló entre 0,68 y 0,85, en los seis dominios que componen el instrumento.

Las investigaciones han demostrado que las correlaciones ítem/total entre los dominios se consideran moderadas a fuertes, con la excepción del dominio PE⁽¹³⁾. Este dominio ha sido poco correlacionado con los demás dominios del CAS, así, algunos investigadores⁽¹⁵⁾ sugieren que se omita esta subescala del cálculo global del instrumento y que se analice por separado. Sin embargo, se encontraron correlaciones moderadas en este dominio con los demás y con el total del CAS en la evaluación de esta unidad.

La puntuación total del CAS osciló entre 34,4 y 74,8, por dominio, con un promedio de 53,5. La puntuación media muestra que la percepción de la cultura de seguridad entre los profesionales está por debajo de las recomendaciones internacionales, que sería 75 para una buena percepción de la cultura de seguridad. Algunas investigaciones con este instrumento en el contexto nacional e internacional, sugieren que las puntuaciones superiores a 80 indican un fuerte consenso

entre los profesionales sobre el clima de seguridad. Sin embargo, aquellos inferiores a 60 significan una señal de advertencia a las instituciones, ya que indican la necesidad de acciones para la implantación de la cultura de seguridad^(6,13). Cabe señalar que, un estudio realizado en seis hospitales públicos, en tres regiones del país, con 1301 profesionales de salas médicas y quirúrgicas, tuvo un promedio de 61,5⁽¹³⁾.

La percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad varió en relación con los dominios evaluados. El clima de trabajo en equipo presentó un promedio de 59,1, con mediana de 58,3 (DE=18,5), un resultado mediano, en comparación con la literatura internacional. Investigaciones realizadas en Taiwán encontraron un promedio del 48,9% de actitud positiva para el trabajo en equipo entre los trabajadores de la salud del hospital⁽¹³⁾ y el 37% entre los terapeutas respiratorios⁽¹⁶⁾. Sin embargo, en Grecia, en 2011, se encontró puntuación de 74.1 para este dominio⁽¹⁷⁾. Un equipo coordinado, con buena comunicación y que trabaja de manera cooperativa, produce una atención más humanizada y evita situaciones de discontinuidad y de alto riesgo para el paciente.

Con respecto al clima de seguridad, el promedio ha sido de 48,9 (DE±19,6). En Brasil, se encontró promedio de 69,4⁽⁹⁾, mientras que otros estudios que utilizaron el mismo instrumento en Irlanda⁽¹⁸⁾ y en los Estados Unidos de América⁽¹⁹⁾ tuvieron resultados que variaron de 65,9 a 79,7, respectivamente. En Taiwán se encontró un promedio de 21 para este dominio⁽¹⁶⁾. Los resultados de la NCC revelan la necesidad de iniciativas para promover la seguridad de los pacientes en este ambiente.

La satisfacción en el trabajo (media=70,6, DE±22,5) ha sido el segundo resultado más favorable entre los profesionales del NCC, en consonancia con los resultados de otro estudio, llevado a cabo en hospitales brasileños (media=77,6, DE±27,8)⁽¹³⁾. Cuando se compara con los estudios internacionales^(16-17,19) se observa que en Brasil los profesionales están más satisfechos con su trabajo. Este es un resultado muy favorable, ya que la satisfacción en el trabajo influye directamente en la cultura de seguridad y se relaciona con menos eventos adversos⁽¹⁷⁾.

La percepción de estrés (media 74,8; DE±25,64) es ligeramente inferior a la recomendada, de 75. Sin embargo, este dominio mostró la mejor percepción por los profesionales del NCC. En los EE.UU., una investigación que evaluó las diferencias entre profesiones en las percepciones sobre seguridad del paciente reveló que el

reconocimiento del estrés y de las condiciones de trabajo difiere según el perfil de los cuidadores y profesionales. Los anestesiólogos mostraron percepción más favorable de estrés (media=82) que los enfermeros (media=69) y los cirujanos (media=65). En el centro quirúrgico, las percepciones acerca de las condiciones de trabajo han sido menos favorables entre los enfermeros (media=57) que entre los cirujanos (media=75)⁽¹⁹⁾. La investigación llevada a cabo en Teherán, antes y después de un curso de capacitación sobre la cultura de seguridad, en un hospital universitario, mostró baja percepción de estrés por los gestores, con promedios de 20,9 y 27,3⁽²⁰⁾.

La PGU (media=44,5, DE±21,6) y la PGH (media=34,4, DE±22,3), dominios relacionados con la gestión de la unidad y del hospital, obtuvieron las puntuaciones más bajas entre todos los demás del CAS, seguido por las condiciones de trabajo (media=41,9, DE±25,9). Las puntuaciones bajas en la percepción de los profesionales sobre la gestión hospitalaria indican distancia entre el equipo de enfermería y los superiores jerárquicos, con respecto al diálogo sobre cuestiones de seguridad del paciente⁽²¹⁾. En el estudio llevado a cabo para caracterizar las percepciones de la cultura de seguridad, en una muestra nacional de unidades de Servicios de Emergencia (EMS) en los EE.UU. y Canadá, se observó una amplia oscilación en la percepción de la gestión (media=67,2), lo que sugiere que este dominio oscila de acuerdo con el modelo de gestión predominante en el escenario evaluado⁽²²⁾.

En cuanto a las condiciones de trabajo, estudios llevados a cabo en Taiwán y Teherán han obtenido puntuaciones de 31,8 y 59,1, respectivamente, entre los trabajadores de hospitales^(13,16,20), ambos considerados bajos. En Teherán, este dominio tuvo mejoría en la puntuación, después de un proceso de educación, incrementando la media de 59,1 para 84,5⁽²⁰⁾.

La baja percepción en relación a la gestión de la unidad, del hospital y las condiciones de trabajo sugiere que los profesionales que trabajan en la atención no perciben el compromiso de la dirección de la institución con los factores latentes de la cultura de seguridad. Se señala, también, la necesidad de intervenciones para cambiar esta cultura, tales como los procesos de educación continuada. Los resultados del CAS destacaron que los dominios PGH y PGU mostraron baja correlación entre los ítems que los componen.

Las organizaciones de salud son sistemas altamente complejos y, por lo tanto, necesitan implementar un modelo de gestión centrado en la seguridad del paciente. Estudios sugieren que los resultados del CAS pueden

proporcionar un punto de partida útil, al evaluar la cultura de seguridad, debido a que sirven como criterio para orientar las necesidades y oportunidades de mejora de la calidad de la seguridad del paciente⁽²³⁾.

El monitoreo sistemático de la cultura de seguridad puede contribuir a promover el trabajo en equipo y la asistencia segura durante la estadía del paciente en el servicio. Cabe señalar que, la interpretación y el análisis de los resultados son esenciales, ya que la puntuación media del CAS demuestra que todos los dominios son igualmente importantes y que los malos resultados en un dominio (clima de seguridad) pueden ser compensados por el buen desempeño en otro (satisfacción en el trabajo)⁽²³⁾.

En las organizaciones de alta fiabilidad, como la aviación comercial y la energía nuclear, el clima de seguridad es una medida proactiva, que complementa las métricas retrospectivas tradicionales, como el número de muertes y accidentes⁽²⁴⁾. En este sentido, la medición del clima de seguridad entre los profesionales de la salud complementa métricas retrospectivas relacionadas con la seguridad del paciente, como el número de eventos adversos, lo que permite el reconocimiento de las fragilidades del sistema, así como las dimensiones en las que el servicio necesita invertir más intensamente. El desarrollo de una cultura organizacional que da prioridad a la seguridad es fundamental para la consolidación de las estrategias para mejorar la calidad y el clima de seguridad del paciente⁽²⁵⁾.

Conclusión

Los resultados de este estudio demuestran, desde la perspectiva de los profesionales, debilidad en los valores, actitudes, competencias y comportamientos que determinan la cultura de seguridad en una organización de salud. Se observó distanciamiento de la gestión del hospital y la gestión de la unidad en relación a los profesionales, condiciones precarias de trabajo y cultura de seguridad negativa. Se sugieren intervenciones consistentes en estos aspectos, para proporcionar un ambiente seguro para los profesionales y los pacientes. Estos resultados pueden ser útiles para los gestores de esta área, ya que apuntan direcciones y alternativas para promover la seguridad de los pacientes, tales como la comunicación entre sus equipos y la introducción de nuevas herramientas, como la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica de la OMS.

Las limitaciones de este estudio incluyen el uso de las percepciones, en lugar del comportamiento personal

y ausencia del uso de los resultados asistenciales. Se sugiere que investigaciones de seguimiento sobre la cultura de seguridad se utilicen para evaluar el progreso en la implementación de procesos para mejorar la atención quirúrgica y la seguridad del paciente, así como estudios sobre eventos adversos e incidentes.

Agradecimientos

A los profesionales que participaron en este estudio.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MC, editors. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington (DC): Committee on Quality of Health Care, Institute of Medicine, National Academy Press; 2000.
2. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crít Ciênc Soc*. 2009;85:65-82.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Russell Localio A, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients—results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
4. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(2):156-65.
5. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(44):1-10.
6. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Changing Perceptions of Safety Climate in the Operating Room With the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *Am J Med Qual*. 2011;26(3):181-4.
7. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN J*. 2010;91:722-9.
8. Bleakley A, Allard J, Hobbs A. Towards culture change in the operating theatre: Embedding a complex educational intervention to improve teamwork climate. *Med Teach*. 2012;34:e635-e40.
9. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário Atitudes de Segurança: Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para o Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012;20(3):575-82.
10. Deilkås E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of

- variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:85.
11. Deilkas E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res.* 2008;8:191.
12. Taylor JA, Dominici F, Agnew J, Gerwin D, Morlock L, Miller MR. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(2):101-11.
13. 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;10:234.
14. Chaboyer W, Di Chamberlain, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, et al. Safety culture in Australian Intensive Care Units: establishing a baseline for quality improvement. *Am J Crit Care.* 2013;22:93-102.
15. Taylor JA, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Res Notes.* 2013;6:302.
16. Shie HG, Lee WC, Hsiao HF, Lin HL, Yang LL, Jung F. Patient Safety attitudes among respiratory therapists in Taiwan. *Respir Care.* Dec. 2011;56(12):1924-9.
17. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Crit Care.* 2013 Feb;28(1):51-61.
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;178:433-9.
19. Taylor J. Utility of patient safety case finding methods and associations among organizational safety climate, nurse injuries, and errors. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2008.
20. Azimi L, Bahadori M. The effect of Safety Culture Education on Improvement of Managers' Attitudes towards Patients' Safety. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2012;4(3):217-26.
21. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):728-35.
22. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Simeone S, Weaver M, Wang HE. Variation in emergency medical services workplace safety culture. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(4): 448-60.
23. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonat Ed.* 2012;97:127-32.
24. Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, et al. Revealing and resolving patient safety defects: The impact fo leadership walkrounds on frontline caregiver assessments of paciente safety. *Health Serv Res.* 2008;43(6):2050-66.
25. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organizational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:592-6.

Recibido: 7.2.2015

Aceptado: 7.6.2015