



Enfermería Global

ISSN 1695-6141

Revista electrónica trimestral de Enfermería

N°41

Enero 2016

www.um.es/eglobal/

ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista

Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas

Safety culture: The perception of intensivist nurses

*Schwonke, Camila Rose Guadalupe Barcelos **Filho, Wilson Danilo Lunardi ***Lunardi, Guilherme Lerch ****da Silveira, Rosemary Silva *****Rodrigues, Maria Cristina Soares *****Guerreiro, Márcio Osório

*Doctora en Enfermería PPGEnf/FURG. Enfermera Coordinadora de Enseñanza, Investigación y Extensión del Hospital Escuela de la Universidad Federal de Pelotas (UFPEL). Miembro del Grupo de Estudios e Investigaciones en Organización del Trabajo de Enfermería y Salud - GEPOTES. Rio Grande, Rio Grande do Sul. E-mail: camila.schwonke@gmail.com **Doctor en Enfermería. Docente de PPGEnf/FURG. Líder de GEPOTES. ***Doctor en Administración. Profesor PPGEnf/FURG ****Doctor en Administración. Docente del PPGEnf/FURG. *****Doctora en Enfermería. Docente del PPGEnf- FURG. ***** Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Adjunta del Programa de Posgraduación en Enfermería- Universidad de Brasilia. *****Médico. Doctor en Ciencias de la Salud. Coordinador de la UCI del Hospital Universitario San Francisco de Paula. Profesor Adjunto de la Universidad Federal de Pelotas. Brasil.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería; Estudios de Validación

Palavras chave: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem; Estudos de Validação.

Keywords: Patient Safety; Intensive Care Units; Nursing; Validation Studies

RESUMEN

Se trata de un estudio que tuvo por **objetivo** caracterizar la cultura de seguridad de las instituciones hospitalarias, en la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. Para ello, se adaptó el instrumento de percepción de cultura de seguridad, propuesto por Singer et al (2003), para el contexto brasileño.

La muestra se constituyó de 173 profesionales de enfermería, trabajadores en siete unidades de terapia intensiva localizadas en Río Grande del Sur. A partir de la validación del instrumento, fueron propuestos cuatro construtos conteniendo diferentes actitudes en relación a la seguridad del paciente:

promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional, seguridad en el cuidado al paciente, prevención de errores como prioridad organizacional y percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización.

Los **resultados** apuntan la necesidad de conducir mejor por parte de los servicios de salud las cuestiones que involucran la seguridad del paciente.

RESUMO

Trata-se de um estudo que teve por **objetivo** caracterizar a cultura de segurança de instituições hospitalares, na percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. Para tal, adaptou-se o instrumento de percepção de cultura de segurança, proposto por Singer et al. (2003), para o contexto brasileiro.

A amostra constituiu-se de 173 profissionais de enfermagem, atuantes em sete unidades de terapia intensiva, localizadas no Rio Grande do Sul. A partir da validação do instrumento, foram propostos quatro construtos, contendo diferentes atitudes, em relação à segurança do paciente: promoção da segurança do paciente em nível organizacional; segurança no cuidado ao paciente; prevenção de erros como prioridade organizacional; e percepção de riscos e erros que ocorrem na organização.

Os **resultados** apontam para a necessidade de melhor condução, por parte dos serviços de saúde, das questões que envolvem a segurança do paciente.

ABSTRACT

This is a study which has as an **objective** to characterize the safety culture of the hospital institutions in the perception of the nursing professionals in intensive care. To this end, the tool of perception of the safety culture proposed by singer et al (2003) was adapted to the Brazilian context.

The sample is formed of 173 nursing professionals, acting in seven different intensive care units in Rio Grande do Sul State. After the tool validation, four constructs were proposed containing different attitudes regarding the patient safety: promoting patient safety in organizational level, patient care safety, error prevention as an organizational priority and risk and organization errors perception.

The **results** show the necessity of better management from the health services concerning patient safety.

INTRODUCCIÓN

El avance tecnológico en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, desarrollado por el área de salud ha sido significativo en los últimos años. Los profesionales de salud, desde su proceso formativo, se preocupan y comprometen con la asistencia prestada, atendiendo a un cuidado de calidad. Todavía, a pesar de los esfuerzos en la actualización, en la educación de los profesionales y en la prestación de la asistencia utilizando toda tecnología disponible, el paciente está expuesto a situaciones de riesgo y daños. A partir de la década de los 70, estudios de revisión de archivos evidenciaron altas tasas de eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia prestada durante ingresos hospitalarios⁽¹⁾.

Sin embargo, en el contexto actual de los estudios sobre error humano, fue a partir del trabajo *To err is human: building a safer health care system* (Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro), publicado en 2000 por el Institute of Medicine (IOM) de los EUA que las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente ganaron en importancia. Este estudio describe que durante la asistencia a la salud, ocurren errores y son frecuentes, promoviendo miles de muertes y secuelas irreversibles, siendo identificados en aquel país como la octava causa de óbitos, sobrepasando a las derivadas de accidentes automovilísticos, cáncer de mama y

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS), a pesar de las grandes inversiones realizadas en esta área. Se estima, por los datos de esta publicación, que cada día 100 norteamericanos hospitalizados mueren por daños relacionados con errores y no por la enfermedad ⁽²⁾. Además, datos de la OMS indican que miles de pacientes en el mundo sufren algún tipo de error relacionado con los cuidados de salud, y algunos de esos errores pueden acabar en daños y muertes de pacientes, estimándose que de cada 10 pacientes, uno sea víctima de errores durante la asistencia ⁽³⁾.

Recientemente en Brasil, la orden nº529 de 2013, del Ministerio de Salud instituyó el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP)⁴ que tiene por objetivo general contribuir a la cualificación del cuidado en salud en todos los servicios de salud del territorio nacional. Esta orden establece una conceptualización y las estrategias que necesitan ser implementadas en torno al establecimiento de la Cultura de Seguridad que se convierte en un elemento clave para el éxito de las acciones en torno a la Seguridad del paciente ⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista conceptual el PNSP establece que la Cultura de Seguridad, llevada a cabo por la gestión de seguridad de la organización, se configura a partir de cinco características: a- cultura en la que todos los trabajadores, tanto asistenciales como gestores, asumen la responsabilidad de su propia seguridad, de la seguridad de sus colegas, pacientes y familiares; b- cultura que prioriza la seguridad por encima de metas financieras y operativas; c- cultura que alienta y recompensa la identificación, notificación y la resolución de los problemas relacionados con la seguridad; d- cultura, que a partir de la ocurrencia de incidentes, promueve el aprendizaje organizacional y, e- cultura que proporciona recursos, estructura y responsabilización para el mantenimiento efectivo de la seguridad. Las estrategias establecidas por el PNSP van desde la elaboración de manuales, capacitación de equipos de salud, evaluación de los servicios de metas de indicadores hasta la promoción de la cultura de seguridad, con foco en el aprendizaje y actualización organizacional, compromisos de los profesionales y de los pacientes en la prevención de incidentes con énfasis en sistemas seguros, evitándose los procesos de responsabilización individual ⁽⁴⁾.

Ante este contexto, se objetivó en este estudio, caracterizar la cultura de seguridad de las instituciones hospitalarias en la percepción de los profesionales de enfermería intensivistas. La elección en el entorno de los cuidados intensivos se pauta en la peculiaridad de estas unidades que en virtud de la gravedad de los pacientes, exigen acciones rápidas, efectivas y exentas de riesgo. Para que esto ocurra es necesaria la actuación de equipos preparados para este fin, insertos en un contexto organizacional que priorice la seguridad del paciente.

MÉTODO

El presente estudio se caracteriza por ser una investigación cuantitativa, exploratoria, con diseño descriptivo, realizado con 173 profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de siete hospitales localizados en tres municipios del extremo Sur del Brasil. Para componer la población del estudio, se adoptaron como criterios de inclusión: ser profesional de enfermería registrado en el Consejo Regional de Enfermería del Estado de Rio Grande do Sul (COREn/RS), tener vínculo laboral con una de las instituciones en que se realizó el estudio, estar de acuerdo en participar en el estudio y realizar actividades directas de asistencia a los pacientes.

Fueron respetados los términos contenidos en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud - CONEP/MS sobre Investigación Involviendo Seres Humanos, siendo el proyecto de investigación sometido al Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG, habiendo obtenido parecer favorable para su ejecución (Parecer nº152/2011).

Elaboración y Validación del Instrumento

El instrumento de investigación propuesto para colecta de datos presenta 13 cuestiones de caracterización de la muestra y 30 cuestiones cerradas – operacionalizadas en una escala de concordancia tipo Likert, conteniendo 5 intervalos de respuestas, variando de en desacuerdo a de acuerdo, adaptadas del estudio ⁽⁵⁾, representando situaciones que involucran diferentes aspectos relacionados con la cultura de seguridad en instituciones hospitalarias en que su acuerdo, apuntaría a una mayor percepción acerca de la cultura de seguridad. De las cuestiones originales, 11 eran inversas, o sea, fueron listadas situaciones en las que su acuerdo apuntaría a una menor percepción, por parte del informante, en cuanto a la cultura de seguridad presente en la institución. Esto exigió la recodificación de esas cuestiones para su interpretación, invirtiéndose los resultados obtenidos, al agrupar las otras cuestiones..

El cuestionario fue sometido a un proceso de validación, que se desarrolló en cuatro momentos ⁽⁶⁻⁷⁾:

a) Backtranslation o traducción inversa: En que las preguntas originales fueron traducidas del inglés al portugués por dos profesionales Graduados en Letras con Habilitación en Lengua Inglesa y retraducidas del portugués al inglés por otros dos profesionales con la misma formación, siendo posteriormente realizada la comparación entre las versiones para evaluar las posibles diferencias ⁽⁶⁾;

b) Validez aparente: En que se verificó si las cuestiones traducidas presentaban forma y vocabulario adecuados al propósito de la medida, realizándose la aplicación y discusión del cuestionario con tres investigadoras del área (en esta etapa fueron sugeridas algunas adecuaciones de expresiones y vocablos, de forma a tornar más comprensible a la realidad local lo que estaba siendo cuestionado);

c) Validez de Contenido: En que se verificó a través de un pre-test realizado con 31 enfermeros posgraduandos de un Curso de Especialización en Enfermería en Cuidados Intensivos de una Facultad privada de Rio Grande do Sul, si los ítems del cuestionario representaban el contenido que se pretendía analizar;

e d) Validez de rasgo o constructo: En que se buscó, tras la aplicación del cuestionario, delimitar las características de los constructos que interesaban a la investigación, midiendo la consistencia interna de cada ítem (o sea, la confiabilidad de la escala) y la validez convergente y divergente del instrumento. Cabe señalar que esta etapa del proceso de validación incluyó dos tests estadísticos: el análisis factorial y el alfa de Cronbach.

El análisis factorial es un método que busca la identificación de los ítems relacionados en una escala. El procedimiento se usa para identificar y agrupar las medidas diferentes de algún atributo subyacente y para distinguirlas de las medidas de atributos diferentes ⁽⁷⁾. Este análisis agrupó las cuestiones referentes a la percepción de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad existente en las

instituciones hospitalarias en que trabajan en cuatro dimensiones (constructos) y sugirió la eliminación de 13 de las 30 preguntas del cuestionario, por presentar bajas correlaciones en sus bloques o porque no se correspondían conceptualmente con los constructos formados.

Las cuatro dimensiones propuestas explican 54,8% de la variación de las cuestiones originales, lo que representa un moderado grado de sintetización de los datos. La Tabla 1 presenta las cargas factoriales de cada constructo, de acuerdo con su formación en los factores, los cuales corresponden a las cuatro dimensiones que son discutidas en los resultados.

Tabla 1 - Análisis factorial exploratorio (rotación Varimax) - Rio Grande- 2012

Indicadores	Bloque	F1	F2	F3	F4
Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional					
q-15 Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado proporcionado al paciente.	,696	,737	-,069	,142	,107
q-16 Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	,640	,697	,166	,138	-,189
q-14 Los profesionales reciben educación permanente en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.	,699	,649	,059	-,018	,340
q-10 La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales	,731	,638	,126	,177	,233
q-9 La dirección del hospital establece un ambiente que promueve la seguridad del paciente.	,734	,603	,318	,064	,235
q-8 Decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más calificadas	,660	,568	,303	-,043	,151
Seguridad en el cuidado al paciente					
q-17 Vi a un colega hacer algo que creí inseguro durante el cuidado de un paciente comparado con las normas y rutinas instituidas. (R)	,792	,135	,801	-,069	,126
q-18 En el último año ayudé a un colega de trabajo a hacer algo que me pareció inseguro para el paciente, a fin de economizar tiempo. (R)	,870	,131	,770	,264	,143
q-22 En el último año, hice algo que no fue seguro para el paciente. (R)	,640	,324	,556	,300	-,223
q-21 Tengo tiempo suficiente para completar las tareas necesarias para la atención al paciente de forma segura	,663	,084	,541	,313	,226
Prevención de errores como prioridad organizacional					
q-26 Sufriré consecuencias negativas si yo cuento un problema de seguridad del	,697	-,045	,044	,703	,107

paciente. (R)					
q-20 Es común que me pidan que yo haga un inciso y termine el trabajo luego. (R)	,741	,053	,244	,683	,086
q-27 Pedir ayuda es una señal de incompetencia. (R)	,644	,107	,153	,635	-,125
q-19 Comparada con otras instituciones del área, la institución en que trabajo se preocupa más con el aumento de los lucros. (R)	,643	,349	-,032	,569	,061
Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización					
q-5 La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente	,815	,170	,214	-,073	,757
q-6 La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	,630	,137	,375	,051	,682
q-2 Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	,810	,272	-,228	,255	,595
Intitial Eigenvalue		4,72	1,80	1,53	1,25
% variância explicada-rotated (54,8%)		27,79	10,58	9,04	7,39
Alfa de Cronbach (instrumento 0,83)		0,79	0,74	0,61	0,62
KMO medida de adecuación de la muestra (KMO=0,794)					
Test de Bartlett:chi-cuadrado=820,050					

Leyenda: (R) Cuestión Inversa

La confiabilidad de los constructos fue medida a través del cálculo del alfa de Cronbach ⁽⁸⁾. Los valores de este test varían entre 0 y 1 y cuanto más alto el coeficiente de confiabilidad, más exacta (internamente consistente) es la medida ⁽⁷⁾. El alfa de Cronbach del instrumento presentó valor 0,83, mientras que los coeficientes de las dimensiones se situaron entre 0,61 y 0,79. Se destaca que para estudios exploratorios, se sugieren valores entre 0,60 y 0,80, lo que apunta a la confiabilidad del instrumento ⁽⁹⁾.

Según lo expuesto, los cuatro constructos propuestos fueron definidos conceptualmente como: **promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional**, que se refiere a las expectativas y acciones de los gestores para promover la seguridad del paciente ⁽⁵⁾; **seguridad en el cuidado al paciente**, que se refiere a la no ocurrencia de olvidos, descuidos, errores, deslices y violaciones de procedimientos cometidos en la asistencia al paciente ⁽¹⁰⁻¹¹⁾; **prevención de errores como prioridad organizacional**, que se refiere a la valorización de la seguridad del paciente como primera prioridad, incluso en detrimento de la producción o eficiencia⁽⁵⁾; y **percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización**, que se refiere a la presencia de una visión sistémica de prevención y análisis de errores en la atención a la salud ⁽¹²⁾.

Para el análisis de los datos, se utilizó el *Software Statistical Package for Social Sciences* SPSS, versión 13.0. Además de los tests de validación, se realizó el análisis descriptivo, con determinación de medias y desvío estándar y el análisis de variancia, a través del test t de Student, para identificar posibles diferencias de percepción entre subgrupos de encuestados.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta por 173 (80%) encuestados de un universo de 216 (100%) profesionales de enfermería que trabajan en las siete UCIs estudiadas. Los demás profesionales no participaron del estudio, por estar de vacaciones o de baja por permiso de salud o maternidad o también debido a la no aceptación de la invitación a participar en el estudio. Entre los profesionales que formaron parte del estudio, 17,9% eran enfermeros, 64,8% técnicos de enfermería y 17,3% auxiliares de enfermería. En cuanto al género, se observó predominio del sexo femenino (85,5%). La edad del grupo varió entre 21 y 60 años, siendo la faja de edad de mayor predominio la comprendida entre 31 y 40 años, en que se situaba 41% de los profesionales. El tiempo de formación varió entre 2 meses y 39 años, siendo que 56,6% de los informantes tenían entre 2 y 10 años de formación y 77,5% procedían de instituciones de enseñanza privadas. En relación al tiempo de trabajo en cuidados intensivos, este comprendió el intervalo de 1 mes a 29 años, siendo que la mayoría de los profesionales (56%) trabajaba entre 2 y 10 años en esta área. En cuanto al tipo de institución, 49,1% de los profesionales trabajan en hospital de enseñanza, mientras que 50,1% trabajan en hospital filantrópico.

El análisis descriptivo de los datos permitió identificar la percepción de los profesionales de enfermería acerca de las actitudes de cultura de seguridad presentes en sus instituciones. Cada uno de los cuatro constructos identificados en la investigación se puso en funcionamiento a través de un valor numérico que representa la media aritmética de las cuestiones que lo compusieron individualmente -agrupados previamente en el análisis factorial - invirtiéndose la escala de las cuestiones reversas. Las medias de los constructos y de sus respectivos indicadores pueden ser visualizadas en la Tabla 2.

Tabla 2 – Percepción de los profesionales de enfermería en cuanto a las actitudes en torno a la cultura de seguridad - Rio Grande- 2012

Constructos	Media	Desvio Estandard
Seguridad en el cuidado al paciente	3,72	1,11
q-22. En el último año, hice algo que no fue seguro para el paciente. (R)	1,52	1,15
q-21 Tengo tiempo suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura	4,01	1,46
q-18 En el último año ayudé a un colega de trabajo a hacer algo que me pareció inseguro para el paciente, a fin de economizar tiempo. (R)	2,54	1,60
q-17. Vi a un colega hacer algo que creí inseguro durante el cuidado de un paciente comparado con las normas y rutinas instituidas. (R)	2,69	1,56
Prevención de errores como prioridad organizacional	3,62	0,91
q-27. Pedir ayuda es una señal de incompetencia. (R)	1,13	0,69
q-20. Es común que me pidan que yo haga un inciso y termine el trabajo luego. (R)	1,83	1,36
q-26. Sufriré consecuencias negativas si yo relato un problema de seguridad del paciente. (R)	2,84	1,56
q-19. Comparada con otras instituciones del área, la	3,14	1,59

institución en que trabajo se preocupa más del aumento de los lucros. (R)		
Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional	3,28	0,99
q-16 .Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	3,66	1,30
q-8. Decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas al nivel más apropiado y por las personas más calificadas	3,58	1,32
pc9 La dirección del hospital establece un ambiente que promueve la seguridad del paciente.	3,43	1,31
q-10 . La dirección del hospital tiene en cuenta la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales	3,31	1,32
q-15. Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más con la calidad del cuidado proporcionado al paciente.	3,21	1,44
q-14. Los profesionales reciben educación permanente en servicio, necesaria para la atención segura de los pacientes.	2,53	1,56
Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	2,62	1,10
q-5. La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente	2,83	1,50
q-6. La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	2,83	1,50
q-2. Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	2,23	1,46

R- Cuestión Inversa

Las medias de las percepciones de los profesionales de enfermería investigados acerca de las actitudes en torno a la cultura de seguridad en las instituciones en que trabajan variaron de 3,72 a 2,62, siendo el constructo *seguridad en la asistencia al paciente*, el que presentó mayor media (3,72), con énfasis para las cuestiones “en el último año, hice algo que no fue seguro para el paciente” (1,52), “en el último año ayudé a un colega de trabajo a hacer algo que me pareció inseguro para el paciente, a fin de economizar tiempo” (2,54) y “vi a un colega hacer algo que creí inseguro, durante el cuidado de un paciente comparado con las normas y rutinas establecidas” (2,69), en que la mayoría de los profesionales no estaba de acuerdo con lo que estaba siendo cuestionado.

A partir de la percepción de los encuestados de este estudio, es posible encontrar medias más bajas en las afirmativas “soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente” que presentó una de las menores medias (2,23). O sea, la mayoría de los informantes estuvo en desacuerdo parcialmente o tuvo duda de que esta era una actitud que ocurre en la institución en que trabaja. En relación a la posibilidad de castigo, expresa en la cuestión 26, “sufriré consecuencias negativas, si yo relato un problema de seguridad del paciente” (2,84), la mayoría de los profesionales estuvo en desacuerdo parcialmente o tuvo duda, pudiéndose inferir que esta actitud puede ser una práctica

que ocurre en las instituciones estudiadas, conforme la percepción de los entrevistados.

Además, en la percepción de los profesionales investigados, los constructos **promoción de la cultura de seguridad a nivel organizacional** y **percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización**, ambos abordando la participación y actuación de las instancias de gestión en la cultura de seguridad, fueron los que recibieron las menores medias en el análisis descriptivo (3,28 e 2,62, respectivamente). Destacan, en ese sentido, las cuestiones: "los profesionales reciben educación permanente en servicio, necesaria para la atención segura de los pacientes" (2,53), "la dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente" (2,83) y "la dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución" (2,23).

DISCUSIÓN

La constatación de medias elevadas en constructos relacionados con la asistencia al paciente por parte del individuo o de sus colegas de trabajo puede sugerir una dificultad del profesional a la hora de autoevaluarse y evaluar las actitudes de sus compañeros, que no son seguras para el paciente, pudiendo estar relacionado con la no aceptación del error humano, por temer castigos y sanciones ⁽¹³⁾. En ese sentido, para comprender la manera como suceden los errores y cómo pueden comprometer la seguridad del paciente, es necesario visualizarlos a partir de dos abordajes: uno centrado en la persona y otro en el sistema, denominado abordaje sistémico. La primera entiende los actos inseguros como derivados, principalmente, de procesos mentales aberrantes, tales como: olvido, dejadez o falta de atención, baja motivación, descuido, negligencia e imprudencia. Así, las medidas de prevención del error van a dirigirse especialmente a la reducción de la variabilidad indeseable del comportamiento humano e incluye medidas disciplinarias, censuras y humillaciones, como forma de tratamiento. Los seguidores de este abordaje tienden a tratar los errores como cuestiones morales, asumiendo que cosas malas suceden con personas malas ⁽¹¹⁾.

A diferencia del abordaje centrado en la persona, el que focaliza el sistema tiene como premisa básica que los seres humanos son falibles y los errores son esperados, incluso en las mejores organizaciones. Los errores son visualizados como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en factores sistémicos. Se acredita que aunque no sea posible cambiar la condición humana, es posible modificar las condiciones bajo las cuales los seres humanos trabajan ⁽¹¹⁾.

Según lo expuesto, se considera que la constatación del error y su inmediato relato son fundamentales para la implementación de intervenciones, a fin de restablecer lo más rápido posible las condiciones del paciente, minimizando o eliminando los perjuicios causados ¹⁴. Específicamente en las UCIs, en función de la gravedad y de las inestabilidades presentadas por los enfermos críticos, la comunicación de un error puede ser determinante para un resultado clínico más satisfactorio. Reglas, reglamentaciones, sanciones y recompensas pueden influir en la definición/institución de una cultura de seguridad. Ser recompensado por relatar un problema de seguridad del paciente aumenta las posibilidades de que los profesionales hagan esto otras veces, mientras que si fue castigado, disminuye esa posibilidad ⁽¹⁵⁾. En esta perspectiva, un estudio brasileño que buscó caracterizar el sistema de registro de

eventos adversos en UCI, verificando su frecuencia y la existencia de sanciones, según la percepción de 70 enfermeros, mostró que la mayoría (71,4%) percibe la existencia de subnotificaciones de eventos adversos, y cuando son preguntados sobre la presencia de sanciones en su lugar de trabajo, la mayoría (74,3%) refirió que esto ocurre “a veces” y “siempre”, habiendo predominio de la advertencia verbal (49%) y escrita (33%). Sin embargo, 74,3% de los enfermeros investigados refirieron sentirse seguros, muy seguros y totalmente seguros, contra 21,4%, que manifestaron poca o ninguna seguridad para la notificación de eventos adversos. Los resultados de la referida investigación permitieron a los autores concluir que la cultura punitiva se encuentra presente también en las UCIs, contrariando el movimiento mundial, orientado a la necesidad de notificación de eventos adversos como estrategia de prevención de su ocurrencia ⁽¹⁶⁾, a fin de aprender con los errores y mejorar la gestión de la cultura de seguridad en las organizaciones.

En este sentido, los datos encontrados en este estudio sugieren una comprensión más crítica de los trabajadores para cuestiones gerenciales y organizacionales, teniendo en cuenta que los constructos relacionados con estos temas recibieron las menores medias en el análisis descriptivo. Así, se deduce que en la percepción de los encuestados, las organizaciones no tienen una percepción clara de los riesgos y errores a que los pacientes están sometidos, así como que las inversiones en educación permanente, necesarias para la capacitación de los profesionales, no son efectivas.

Se hace necesario para el desarrollo de una Cultura de Seguridad, que todos los participantes de un sistema (en este caso, el hospital) entiendan los factores que determinan la seguridad del paciente como un todo. La organización debe mantener un estado de vigilancia para problemas en potencia, actuando en tiempo hábil para resolverlos, antes de que ocurra un accidente que podría ser evitado ^(10,17), previniendo posibles daños a los pacientes.

La falta de apoyo permanente de la administración de los servicios de salud ha sido señalada en estudios como una amenaza para la seguridad del paciente ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. En este contexto, otras acciones precisan ser implementadas para que pueda ser garantizada una aproximación con una cultura de seguridad adecuada, pudiéndose así listar el fomento de la notificación interna y discusión de los errores que pueden ocurrir en la institución; el abordaje de la seguridad del paciente como un problema de equipo y no individual; la ubicación coherente de los recursos humanos, prestando atención a los ritmos de trabajo a que pueden ser sometidos; el fomento de la responsabilidad compartida y de la coordinación entre unidades y servicios; y la demostración de actitudes proactivas, por parte de la administración, en lo que atañe a la seguridad del paciente ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Además, es importante considerar la relevancia de la educación permanente de los profesionales, especialmente de aquellos involucrados en la asistencia, teniendo en cuenta que el factor humano es uno de los más relevantes para la aparición de ocurrencias iatrogénicas/eventos adversos, durante el cuidado, pudiendo los conocimientos del profesional convertirse en importantes barreras/salvaguardas, capaces de interrumpir una serie de oportunidades que determinan un fallo grave en el cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos en este estudio indican que las actitudes acerca de la cultura de seguridad, en la percepción de los encuestados, pueden visualizarse bajo la óptica de cuatro constructos: **promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional; seguridad en el cuidado al paciente; prevención de errores como prioridad organizacional, y percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización.**

En la percepción de los profesionales investigados, los constructos que abordaban cuestiones gerenciales y organizacionales obtuvieron menores resultados de medias que aquellos que enumeraban actitudes individuales y de sus compañeros, sugiriendo tal vez, una dificultad de admitir la posibilidad del error, al temer también, castigos y sanciones, lo que puede comprometer las estrategias que incluyen la implantación y consolidación de una cultura de seguridad. Se destaca también la necesidad de una mayor articulación de la organización con las cuestiones que incluyen el reconocimiento de los riesgos y errores que ocurren en la institución, así como la implementación de programas de educación permanente que promuevan la actualización y capacitación de los profesionales.

Urge la necesidad de que las cuestiones que involucran la seguridad del paciente se trabajen mejor por los servicios de salud. La cultura de seguridad no puede ser un elemento externo al individuo, o sea, más una norma o rutina a la que él necesita adaptarse, sino que es algo que él construye en su cotidiano, juntamente con dispositivos administrativos, en los diferentes niveles de la organización. Ella representa la transición de una cultura de silencio, de castigo, que enfoca al individuo y sus fallos, para una cultura de cambios que busca volver al sistema más seguro.

El estudio presenta como limitación el hecho de haber sido realizado, exclusivamente, con profesionales de enfermería que trabajan en UCI, sin extenderse a las demás categorías que trabajan en los diferentes sectores del hospital, lo que podría suscitar comparaciones acerca de la percepción de cultura de seguridad entre gestores y profesionales involucrados en la asistencia al paciente. Además, los resultados aquí obtenidos merecen atención en cuanto a su posibilidad de generalización, especialmente porque el estudio fue desarrollado en un contexto regional, limitado a solo siete UCIs localizadas en tres municipios del extremo Sur de Brasil.

Para la Enfermería y demás áreas que tienen interés en la temática seguridad del paciente, este estudio presenta contribuciones importantes en lo que se refiere a la validación de un instrumento para el contexto brasileño que pueda evaluar la cultura de seguridad presente en instituciones de salud.

REFERENCIAS

1. Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Evento adverso em idoso na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enf. 2013; 66(3): 429-36.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy of Sciences, 2000.
3. World Health Organization. Patient Safety: A world alliance for safer health care. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
5. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The Culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California Hospital. *Qual Saf Health Care [internet]*. 2003 [acesso 2 jan 2012]; 12: 112-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743680/pdf/v012p00112.pdf>.
6. Ishman M. Measuring information success at the individual level in cross-cultural environments. *Information Resources Management Journal*. 1996; 9(4): 16-28.
7. Polit DF, Beck CT, Hungle BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
8. Gaya A. (col). Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
9. Hair JF. Multivariate data analysis. New Jersey (US): Prentice – Hall; 1995.
10. Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot (UK): Ashgate; 1997.
11. Reason J. Human Error: model and management. *West J Med [internet]*. 2000 jun [acesso 10 dez 2011]; 172(6): 393-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf>.
12. Harada MJCS. A prevenção do erro humano. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Pertelini MAS, et al. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo (SP): Atheneu; 2006. p. 27-42.
13. Ques AAM, Montoro CH, Gonzáles, MG. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev Latino-Am Enfermagem [internet]*. 2010 mai-jun [acesso 18 abr 2012]; 18(3): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf.
14. Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. The Attitudes of Nurses from an Intensive Care Unit in the Face of Errors: an Approach in Light of Bioethics. *Rev Latino-Am Enfermagem [internet]*. 2010 mai-jun [acesso 18 abr 2012]; 18(3): [07 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_05.pdf.
15. Vicent C. Segurança do Paciente: Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.
16. Claro CM, Krocckz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 167-72.
17. Dain S. Normal Accidents: Human Error and Medical Equipment Design. *Heart Surg Forum*. 2002; 5(3): 254-7.
18. Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, De Souza-Oliveira AC, Grupo Proyecto ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(Supl 3): 18-25.
19. Ministerio de Sanidad y Política Social (Espanha). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

Recibido: 2 de Octubre 2014; Aceptado: 31 de Octubre 2014

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia