

## CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Luana Elaine Haas<sup>1</sup>   
Mari Ângela Gaedke<sup>2</sup>   
José Augustinho Mendes Santos<sup>3</sup> 

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la cultura de seguridad del paciente en unidades de alta complejidad de un hospital universitario en tiempos de pandemia. **Método:** delineación transversal, realizada en unidades de atención inmediata y terapia intensiva en 2021. Se utilizó el instrumento autoaplicado Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente con 103 profesionales del equipo multiprofesional. Se realizó un análisis descriptivo y de consistencia de los instrumentos. **Resultados:** se presentaron como área fuerte para la cultura de seguridad del paciente las dimensiones del trabajo en equipo en la unidad (79,5%) y las expectativas y acciones del supervisor/chefia para la promoción de la seguridad del paciente (73,6%). Mientras que las dimensiones respuesta no punitiva al error (37,9%) y traslados internos y cambio de turno (31,8%) destacan como áreas débiles. Se observó un predominio de la subnotificación de eventos adversos (53,5%). **Conclusión:** los sectores críticos, incluso durante la pandemia, presentaron áreas reforzadas, aunque el miedo al castigo y los problemas de transferencia de información fueron destacados por los profesionales.

**DESCRIPTORES:** Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Cuidados Críticos; Investigación Interdisciplinaria; COVID-19.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM. Cultura de la seguridad del paciente en los servicios de alta complejidad en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87866>.

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) es uno de los pilares de la calidad asistencial en los servicios sanitarios, que se asocia a la ausencia de daños derivados de la asistencia y a la consecución de los resultados deseados<sup>1</sup>. Sin embargo, los avances tecnológicos y la complejidad de la atención en las instituciones de salud son un eje de preocupación dentro de la HP, ya que se asocia con una alta tasa de eventos adversos (EA) relacionados con la atención<sup>2</sup>.

En este contexto, las preocupaciones relacionadas con la PS han aumentado tras la publicación del informe *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar es humano: construir un sistema de atención sanitaria más seguro), en 1999, que mostraba altos índices de daños a los pacientes asociados a la atención sanitaria<sup>3</sup>. En Brasil, las directrices para la PS se intensificaron a través de la divulgación, en 2013, del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, con el objetivo de contribuir a la calificación de la asistencia y la promoción de la seguridad del paciente<sup>4-5</sup>.

La implementación y el mantenimiento de las estrategias para la SP impregnan las acciones aisladas, que requieren una implicación institucional y organizativa para las buenas prácticas sanitarias<sup>6</sup>. La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) destaca como un importante componente organizativo y multidimensional que refleja el compromiso de los profesionales de una institución con la promoción de actitudes seguras y, en consecuencia, la reducción de los incidentes sanitarios<sup>7,8</sup>.

En este sentido, la DEP se refiere a un conjunto de valores, actitudes, percepciones y habilidades, individuales o colectivas, que determinan el compromiso y el estilo hacia la seguridad sanitaria en una organización<sup>8-9</sup>. Así, la evaluación de la cultura de seguridad de un sistema organizativo permite medir las condiciones que requieren atención al identificar los factores que aumentan el riesgo de EA, además de crear oportunidades de estrategias de mejora de la SP en las instituciones sanitarias<sup>7</sup>.

Este estudio pretende contribuir a la evaluación de la DEP en unidades de alta complejidad en tiempos de pandemia. Dado que la complejidad es intrínseca a las unidades de urgencias y de cuidados intensivos debido al uso de tecnología dura y al perfil de los pacientes en estado crítico, puede haber predisposición a la aparición de EA<sup>10</sup>.

También cabe destacar que la pandemia de COVID-19 repercutió en rápidos cambios en los servicios de salud con la reorganización de la infraestructura y los recursos humanos en un intento de satisfacer las nuevas demandas de atención. Sin embargo, estos cambios pueden repercutir en la cultura organizativa, así como en la seguridad del paciente, que constituye la capacidad de garantizar una atención segura y eficaz<sup>11</sup>.

Por lo tanto, la identificación del PEC actual en las unidades de cuidados de urgencia y de cuidados intensivos que se enfrentan a un escenario pandémico permite identificar los puntos fuertes, en proceso de mejora y los puntos débiles<sup>10</sup>. Dado lo anterior, el objetivo de esta investigación fue evaluar la cultura de seguridad del paciente en unidades de alta complejidad de un hospital universitario en tiempos de pandemia.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital universitario ubicado en el interior del estado de Rio Grande do Sul. Las unidades hospitalarias, escenarios del estudio fueron dos Unidades de Cuidados Intensivos, una general y otra COVID-19 (UCI General y UCI COVID), y dos Unidades de Cuidados de Urgencia, una con atención a cargo del Sistema Único de Salud (SUS) y la otra a cargo del sistema privado y complementario de salud (PA Convenios).

La muestra de este estudio estuvo compuesta por profesionales del equipo sanitario multidisciplinar que trabajan en las citadas unidades de interés del estudio. La muestra

fue seleccionada por conveniencia a través de medios no probabilísticos, siendo los profesionales invitados a participar de forma espontánea hasta completar el 50% del total de profesionales de estos sectores, tal y como recomienda el instrumento de recogida<sup>12</sup>. Los criterios de inclusión fueron: profesionales que llevaran al menos un mes trabajando en el sector; que prestaran asistencia/contacto directo con el paciente y que tuvieran una carga de trabajo de 20 horas semanales o más. Se excluyeron los profesionales que estaban de vacaciones, de baja por enfermedad y los que rellenaron el instrumento de forma incorrecta.

Las recogidas de datos se realizaron en agosto y septiembre de 2021. Las personas que cumplían los criterios de inclusión fueron contactadas en su lugar de trabajo e invitadas a participar en el estudio. Se les entregó un sobre con el instrumento de recogida de datos para que lo contestaran de forma individual y anónima. Para mantener el anonimato, cada sujeto devolvió el instrumento cumplimentado, dentro del sobre cerrado por él mismo y sin identificación, al investigador responsable tras un periodo de tres días desde la fecha de entrega del instrumento.

Se utilizó el instrumento autoadministrado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), desarrollado y puesto a disposición desde 2004 por la Agency for Health Research and Quality (AHRQ), posteriormente traducido y validado para el contexto hospitalario brasileño por Reis<sup>12</sup>. El objetivo de este cuestionario es medir la cultura de seguridad entre los profesionales del entorno hospitalario, cuyo resultado influye en la terapia del paciente. Además, también se recoge información demográfica y profesional<sup>13</sup>.

El HSOPSC se compone de nueve secciones (distribuidas de la A a la I), que se subdividen en 42 ítems y abordan 12 dimensiones, donde las siete primeras preguntas están directamente relacionadas con el CSP, siendo ellas: (a) Trabajo en equipo en la unidad; (b) Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para promover la SP; (c) Aprendizaje organizativo - mejora continua; (d) Retroalimentación y comunicación sobre los errores; (e) Dotación de personal; (f) Respuesta no punitiva al error; (g) Apoyo de la dirección del hospital a la SP; (h) Trabajo en equipo entre unidades del hospital; (i) Traslados y turnos internos; (j) Percepción general de la SP; (k) Frecuencia de los eventos comunicados; (l) Apertura a la comunicación. El instrumento también aborda dos ítems en los que es posible asignar una Puntuación de Seguridad del Paciente y reportar el Número de eventos adversos reportados en los últimos 12 meses<sup>13</sup>.

Los ítems se analizan mediante una Escala Likert de cinco puntos, cuya categorización es el grado de acuerdo para las 12 dimensiones, siendo: uno para totalmente en desacuerdo/nunca; dos para en desacuerdo/rara vez; tres para ni de acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces; cuatro para de acuerdo/casi siempre; y cinco para totalmente de acuerdo/siempre. En las preguntas inversas en las que el participante esté en desacuerdo con el ítem formulado negativamente, el mismo estará expresando su opinión de forma positiva, existiendo una inversión en el orden de la puntuación atribuida<sup>9</sup>. Para calcular las dimensiones, las respuestas se agruparon en positivas (totalmente/siempre de acuerdo; de acuerdo/casi siempre), neutras (ni de acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces) y negativas (totalmente en desacuerdo/nunca; en desacuerdo/rara vez)<sup>12</sup>.

La evaluación de la cultura de seguridad siguió las recomendaciones de la AHRQ, para calcular el porcentaje de respuestas positivas de cada dimensión, obtenido a través del número de respuestas positivas de los ítems de la dimensión evaluada dividido por el número total de respuestas válidas (positivas, neutras y negativas) de la dimensión analizada. El porcentaje de respuestas positivas representa la relación con el DEP, ya que se consideran áreas fuertes: las dimensiones con porcentajes positivos superiores al 75%; áreas neutras -en proceso de mejora- con puntuaciones positivas entre el 50 y el 75% y áreas débiles con porcentajes positivos inferiores al 50%<sup>12</sup>.

Para evaluar la fiabilidad y consistencia de los datos producidos por el instrumento, se aplicó el Alfa de Cronbach, cuyos valores varían entre cero y uno, y la puntuación superior a 0,60<sup>12-14</sup> fue considerada satisfactoria por la validación del instrumento HSOPSC.

Para el análisis de los datos, se introdujeron en una hoja de cálculo en formato Microsoft Excel, con doble entrada para comprobar si había errores de escritura, y luego se transfirieron al software estadístico JASP. Los apartados relacionados con el número de eventos notificados y el concepto atribuido a la institución, en relación con el SP, se presentaron con sus frecuencias absolutas y relativas (%).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEP) con el número de dictamen 4.912.776.

## MÉTODO

Se trata de una encuesta transversal, realizada en las unidades: Quirúrgico, Cardiovascular (servicio de Cardiología Clínica y Unidad Coronaria), Medicina Clínica (servicios de Medicina Clínica, camas de refuerzo y Enfermedades Infecciosas), Maternidad (servicios de Obstetricia, Ginecología, Acomodación Articular), Neurología, Oncología y Hematología (servicio de quimioterapia, Trasplante de Médula Ósea), Urgencias de Adultos y Cuidados Urgentes (Unidad de Cuidados Intensivos, Semi-Intensivos y Urgencias) de un gran hospital universitario de Paraná - BR.

El cálculo del tamaño de la muestra para una población finita tuvo en cuenta el universo de 550 profesionales de enfermería, un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo del 5%. Así, 228 profesionales participaron en el estudio: 25 enfermeras, 183 técnicos de enfermería y 20 auxiliares de enfermería.

Los criterios de inclusión fueron: ser un profesional de enfermería que trabajara en la atención directa al paciente; y no estar de vacaciones o de baja. En cuanto a los criterios de exclusión: no responder a las preguntas del instrumento o hacerlo de forma insatisfactoria.

Los datos fueron recolectados entre mayo de 2019 y septiembre de 2020 a través de la aplicación de un instrumento estructurado compuesto por ítems para la caracterización de los participantes y 20 afirmaciones con respuestas en escala Likert con grados de respuesta para medir opiniones, percepciones y comportamientos con base en una escala que va de una actitud extrema a otra: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) sin opinión; (4) de acuerdo; y (5) totalmente de acuerdo. Los enunciados destacaban aspectos relacionados con la experiencia profesional en la atención a personas con conducta suicida, el nivel de conocimiento de los participantes sobre las concepciones y aspectos peculiares de esta conducta. Las preguntas y directrices para la evaluación de los conocimientos se basaron en las directrices para la prevención del suicidio y la reducción del riesgo de la OMS<sup>7</sup>. Cabe destacar que 89% de los participantes respondieron a los instrumentos en el período anterior a las restricciones causadas por la pandemia de Covid-19 en Paraná, siendo reclutados personalmente y respondiendo al instrumento físico. El resto de los participantes fueron reclutados a través de mensajes y/o correo electrónico y respondieron al instrumento estructurado transcrito electrónicamente en Google forms®. Para ello, se envió un enlace de acceso a través de las redes sociales virtuales o del correo electrónico.

Los datos se almacenaron y analizaron con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) 21.0 mediante métodos estadístico-descriptivos. Las variables numéricas se presentan como medidas de tendencia central (media±desviación estándar), y las variables categóricas como frecuencias absolutas y relativas, presentadas en tablas.

También se calculó la clasificación media del ítem (R<sub>Mi</sub>) mediante la fórmula  $R_{Mi} = \frac{\sum(fr \cdot ve)}{NT_i}$  donde  $\sum$ =sumario; fr=frecuencia de respuestas; ve=valor de la escala Likert; NT<sub>i</sub>=número total de respuestas del mismo ítem, para verificar el acuerdo o desacuerdo de las preguntas en función de la puntuación atribuida a las respuestas. Así, los valores

superiores a tres se consideraron de acuerdo, los inferiores a tres de desacuerdo y los tres de punto neutro<sup>8</sup>.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná (UFPR), bajo el dictamen número 2.297.442.

## RESULTADOS

Se aplicaron 110 instrumentos en las unidades de UCI General, UCI COVID, PA SUS y PA Convenios. De ellos, siete fueron excluidos del estudio, tres por no cumplir los criterios de inclusión como atención directa al paciente, dos por llevar menos tiempo trabajando en esta institución y dos por rellenar incorrectamente el instrumento de la encuesta.

Así, 103 profesionales de la salud participaron en el estudio, 28 en la UCI General, 26 en la UCI COVID, 29 en la AP del SUS y 20 en la AP Convênios. La muestra era predominantemente femenina (n=86; 83,5%) y la edad media era de 32,9 años, con un rango de 20 a 39 años (n=76; 73,8%). En cuanto a la categoría profesional, se observó que la mayoría (n=85; 82,6%) pertenecía al equipo de enfermería. En cuanto al tiempo de trabajo en el área/unidad, más de la mitad de la muestra (n=54; 52,4%) había trabajado menos de un año. En cuanto a las horas de trabajo semanales, 56 (54,4%) participantes destacaron que trabajaban de 20 a 39 horas semanales en la institución (Tabla 1).

Tabla 1 - Características sociodemográficas y profesionales de la muestra en las cuatro unidades objeto de estudio de esta investigación (n=103). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

Variabes	n	%
Sexo		
Femenino	86	83,5
Masculino	16	15,5
Edad		
De 20 a 29 años	38	36,9
De 30 a 39 años	38	36,9
De 40 a 49 años	22	21,4
50 a 59 anos	2	1,9
Cargo/ Función		
Enfermero	39	37,9
Auxiliar/ Técnico de enfermería	46	44,7
Médico	11	10,7
Fisioterapeuta	7	6,8
Tiempo de trabajo en la zona/unidad		
Menos de 1 año	54	52,4
De 1 a 5 años	31	30,1
De 6 a 10 años	12	11,7



De 11 a 15 años	2	1,9
21 o más	1	1
Horas de trabajo por semana en el hospital		
De 20 a 39 horas semanales	56	54,4
De 40 a 59 horas semanales	42	40,8
De 60 a 79 horas semanales	2	1,9

Fuente: Autores (2021)

El índice general de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para las 12 dimensiones del instrumento HSOPSC fue de 0,89, lo que confiere a los instrumentos una alta fiabilidad. Se observa una variación de 0,30 a 0,90 entre las dimensiones, siendo la Adecuación de los profesionales (0,30) y la Apertura a la comunicación (0,45) las que presentan los valores más bajos. El apoyo de la dirección del hospital (0,73) y la frecuencia de los eventos reportados (0,90) mostraron valores más altos, siendo considerados satisfactorios (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución del alfa de Cronbach de las dimensiones del HSOPSC en las cuatro unidades estudiadas. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

Dimensiones	$\alpha$
1- Trabajo en equipo dentro de las unidades	0,73
2- Expectativas y acciones para promover la seguridad del supervisor/líder	0,73
3- Aprendizaje organizativo - mejora continua	0,54
4- Apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente	0,73
5- Percepción general de la seguridad del paciente	0,52
6- Retroalimentación de la información y comunicación de los errores	0,60
7- Apertura para la comunicación	0,45
8- Frecuencia de los eventos reportados	0,90
9- Trabajo en equipo entre las unidades del hospital	0,68
10- Adecuación de los profesionales	0,30
11- Cambio de turnos y traslados internos	0,66
12- Respuesta no punitiva al error	0,50

☒: Alpha de Cronbach

Fuente: Autores (2021)

La Figura 1 muestra el porcentaje de respuestas negativas, neutras y positivas para cada una de las 12 dimensiones del CPP evaluadas en las cuatro unidades de investigación. Las dimensiones con mayores respuestas positivas fueron Trabajo en equipo en la unidad (79,5%) y Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para promover la seguridad del paciente (73,6%). Al analizar las dimensiones con mayor neutralidad, destacan el Feedback

y la comunicación sobre los errores (31,1%) y el Trabajo en equipo entre las unidades del hospital (29,2%). En cuanto a las dimensiones evaluadas negativamente, tenemos: Frecuencia de los eventos reportados (40,5%) y Respuesta no punitiva al error (39,6%).

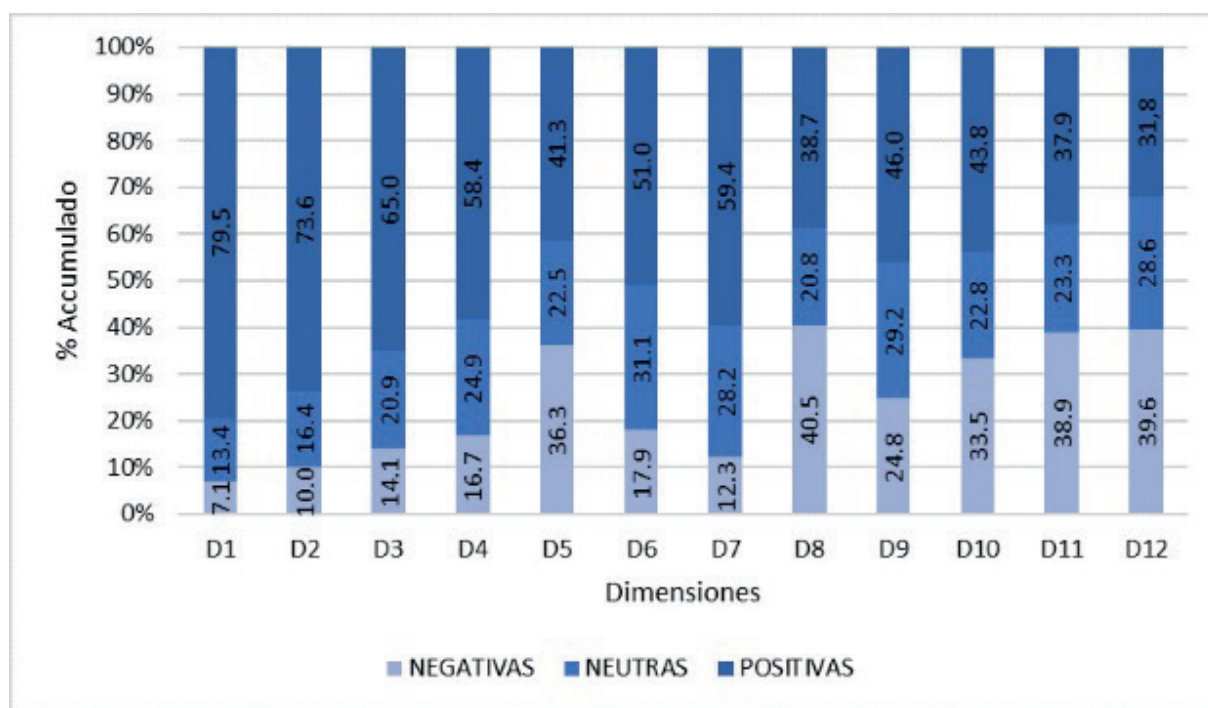


Figura 1 - Porcentaje de respuestas negativas, neutras y positivas a las doce dimensiones\* de la versión traducida de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente en las cuatro unidades de estudio. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

\*D1: Trabajo en equipo en la unidad; D2: Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para promover la seguridad del paciente; D3: Aprendizaje organizativo - mejora continua; D4: Apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente; D5: Percepción general de la seguridad del paciente; D6: Retroalimentación y comunicación sobre los errores; D7: Apertura para la comunicación; D8: Frecuencia de los eventos comunicados; D9: Trabajo en equipo entre las unidades del hospital; D10: Dotación de personal; D11: Traslados y turnos internos; D12: Respuesta no punitiva al error.

Fuente: Autores (2021)

En la valoración individual de las unidades, podemos destacar que las dimensiones valoradas en la UCI general como áreas fuertes dentro del PSC fueron Trabajo en equipo en la unidad (76,8%) y Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para la promoción del PS (80,4%). Las áreas de mejora -aquellas con un porcentaje de respuestas positivas entre el 50% y el 75%- identificadas en esta unidad fueron: Aprendizaje organizativo - mejora continua (61,9%) y Apertura para la comunicación (54,8%). Las áreas más débiles -dimensiones con menor porcentaje de respuestas positivas- en esta unidad son Respuesta no punitiva al error (29,8%) y Traslados y turnos internos (31,5%).

En la UCI de COVID, se observaron como dimensiones fuertes el trabajo en equipo en la unidad (94,1%), el apoyo de la dirección del hospital a la SP (78,2%) y las expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para promover la SP (77,9%). Las dimensiones en el proceso de mejora se evidencian en el Aprendizaje organizacional - mejora continua (73,1%) y apertura para la comunicación (67,4%). Las dimensiones Respuesta no punitiva al error (37,5%) y Traslados internos y cambio de turno (44,6%) fueron las áreas más débiles en esta unidad.

La dimensión Trabajo en equipo en la unidad (76,8%) fue calificada como el área más

fuerte en la unidad PA SUS. En cuanto a las áreas de mejora, en este sector destacan el Apoyo de la dirección del hospital a la SP (56,3%) y el Aprendizaje organizativo - mejora continua (55,2%). Las áreas débiles con menor porcentaje fueron la respuesta no punitiva al error (25,3%) y los traslados internos y el turno de guardia (29,9%).

La unidad de Acuerdos de AP no alcanzó el porcentaje de área fuerte en ninguna dimensión. Sin embargo, cabe destacar que, de las 12 dimensiones, ocho están en proceso de mejora, con énfasis en: Aprendizaje organizativo - mejora continua (73,7%), Trabajo en equipo en la unidad (68,4%) y Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para la promoción de SP (67,1%). En cuanto a las áreas débiles identificadas en esta unidad, se mencionaron la respuesta no punitiva al error (36,9%) y la frecuencia de los eventos reportados (49,1%). El cuadro 3 presenta el porcentaje de respuestas positivas para cada dimensión por unidad de estudio y el porcentaje de respuestas positivas globales en los cuatro sectores.

Tabla 3 - Categorización del porcentaje de respuestas positivas para cada dimensión (n=12) por unidad de estudio (UCI General, UCI COVID, PA SUS y PA Convenios). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

Dimensiones	UTI General (%)	UTI Covid (%)	PA SUS (%)	PA Convenios (%)	General (%)
Trabajo en equipo en la unidad	76,8	94,1	76,8	68,4	79,5
Expectativas y acciones del supervisor/liderazgo para la promoción de la seguridad del paciente	80,4	77,9	67,3	67,1	73,6
Aprendizaje organizativo - mejora continua	61,9	73,1	55,2	73,7	65
Apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente	45,2	78,2	56,3	53,5	58,4
Percepción general de la seguridad del paciente	38	50	31,6	49,2	41,3
Feedback y comunicación de errores	49,3	59,9	38,4	60	51
Apertura para la comunicación	54,8	67,4	54,1	63,3	59,4
Frecuencia de los eventos reportados	36,9	50,7	48,7	49,1	38,7
Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias	39,3	57,4	38,8	51,4	46
Cuadro de personal	34,8	54,2	34,0	57,9	43,8
Traslados internos y cambio de funciones	31,5	44,6	29,9	49,3	37,9
Respuesta no punitiva al error	29,8	37,5	25,3	36,9	31,8

Fuente: Autores (2021)

Se observó que la puntuación general de seguridad otorgada por las cuatro unidades fue principalmente Muy Buena (n= 50; 51%) y Regular (n= 40; 40,8%). Cuando se analizan individualmente, se puede inferir que la UCI General, la UCI COVID y la PA Convenciones PA presentan mayoritariamente la puntuación de seguridad del paciente "Muy buena", 48,1%, 66,7% y 57,9%, respectivamente. En la unidad PA SUS, el predominio de la puntuación de seguridad del paciente fue "Regular" (52,9%), como se muestra en la Figura 2.



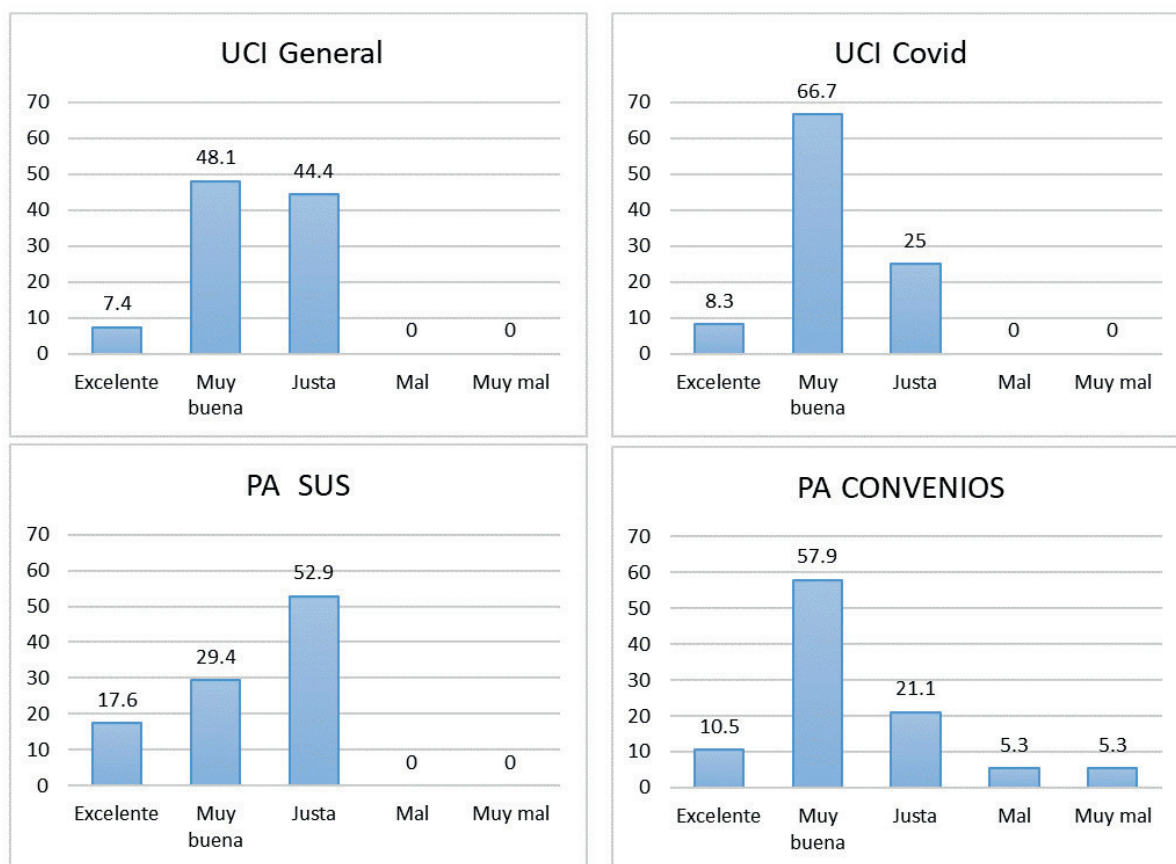


Figura 2 - Nota de seguridad del paciente asignada por las cuatro unidades, UCI General, UCI Covid, PA-SUS y PA-convenios. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

Fuente: Autores (2021)

En cuanto a las notificaciones de EA en los últimos 12 meses, las unidades objeto de estudio encontraron que la mayoría (n= 53; 53,5%) no habían notificado ningún EA. Cuando se analizan las unidades (tabla 4), la UCI General, la UCI COVID y el seguro de salud de PA presentan los mismos datos, ya que más de la mitad de los profesionales de estas sedes no notificaron ningún EA en el último año.

Tabla 4 - Demostración del número de notificaciones de eventos adversos realizadas en los últimos 12 meses, comunicadas por unidad de estudio. Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2021

Unidades	Ninguna		1 a 5		6 a 10		11 a 20		20 o más	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UCI General	13	50	8	30,8	3	11,5	2	7,7	0	0
UCI COVID	16	64	6	24	1	4	1	4	1	4
PA SUS	12	41,4	11	37,9	3	10,3	1	3,4	2	6,9
PA convenios	12	63,2	3	15,8	1	5,3	3	15,8	0	0

Fuente: Autores (2021)

## DISCUSIÓN

Durante el estudio del CSP se investigó el perfil demográfico y profesional del equipo multiprofesional presente en los sectores de alta complejidad. Analizando los datos, hubo un predominio del equipo de enfermería, del sexo femenino y de la edad entre 20 y 39 años. Esta ocurrencia es observada en otros estudios brasileños, en los cuales hay una prevalencia de profesionales de enfermería (82,8%) y (50%) con edad media de 34 y 39 años, y del género femenino (79,90%) y (73%), respectivamente<sup>15-16</sup>. Estos datos representan el perfil de los profesionales presentes en las instituciones de salud, con énfasis en la enfermería por ser una profesión prevalente en la atención a los pacientes, así como el género femenino y el perfil de los adultos jóvenes aún predominante en los servicios de salud.

Cabe destacar que el tiempo de trabajo en la unidad difiere de los estudios encontrados como el producido por Arboit<sup>17</sup>, que mostró el desempeño de uno a cinco años en la unidad, y otro en el que el 43% de los profesionales tenían un desempeño de uno a cinco años<sup>6</sup>. Se puede inferir que debido al panorama sanitario en el momento de la recolección de datos, influenciado por la pandemia de COVID-19, puede haberse reflejado en el resultado encontrado, ya que las instituciones de salud buscaron reorganizar sus servicios para atender la necesidad emergente como a través de nuevas contrataciones profesionales<sup>11</sup>.

La carga de trabajo semanal de 20 a 39 horas en la institución es similar a la de otro estudio con el mismo perfil profesional, donde el 67,2% tenía este intervalo de tiempo<sup>18</sup>. Además, esta carga de trabajo refleja la jornada laboral media de los profesionales prevalentes en este estudio. Se sabe que el equipo de enfermería presenta, en su gran mayoría, 36 horas de trabajo a la semana. Cabe destacar que la carga de trabajo realizada puede influir en las actitudes y cuidados seguros, ya que la sobrecarga de trabajo y el estrés laboral predisponen a resultados no acordes con el SP<sup>6</sup>.

La variabilidad y fiabilidad del estudio, analizada a través del Alfa de Cronbach obtuvo niveles similares a otros estudios con una variabilidad entre 0,45 a 0,91<sup>9</sup> y 0,08 a 0,84<sup>19</sup>. En el estudio de validación del instrumento para la versión brasileña, se encontró que el valor de fiabilidad era aproximadamente de 0,52 a 0,91. La variación entre las dimensiones es esperable, ya que la AHRQ destaca que puede estar asociada a las características de la población y a la variabilidad de las respuestas de los participantes<sup>20</sup>.

Las dimensiones identificadas como reforzadas dentro de la CSP ejercen un efecto positivo en los procesos de mejora del SP, ya que presenta un potencial de desarrollo de profesionales para actitudes seguras<sup>7</sup>. Desde la perspectiva de las áreas fuertes observadas en este estudio, destaca la dimensión Trabajo en equipo en la unidad, evidenciada en tres de los sectores, caracterizándose ésta como el apoyo entre los empleados de manera respetuosa y en equipo<sup>7</sup>.

Una investigación reciente en un hospital de alta complejidad evaluó esta dimensión en el ámbito de la mejora con un porcentaje moderado del 71%<sup>6</sup>. Por otro lado, en una investigación realizada en un grupo hospitalario de Taiwán con el objetivo de evaluar la CSP y el bienestar de los empleados durante la pandemia de COVID-19, se observó que la dimensión Trabajo en equipo en la unidad, fue mejor evaluada desde el punto de vista de la pandemia. Esto se explica por el hecho de que el contexto de la pandemia, con una situación de caos en la mayoría de los servicios de salud, contribuyó a la reorganización de los equipos y al apoyo mutuo para satisfacer la creciente demanda en las instituciones<sup>21</sup>. Esta dimensión se refuerza como esencial para una CSP positiva, ya que existe el fortalecimiento del trabajo a través del intercambio de habilidades y conocimientos en favor de una atención segura y de alta calidad<sup>22</sup>.

El liderazgo es esencial para el desarrollo institucional de las estrategias dirigidas a la SP, animando al equipo a tener una mirada crítica sobre las acciones sanitarias<sup>22</sup>. Desde

esta perspectiva, la dimensión Expectativas y acciones del supervisor / gerente se destacó como fortalecida en este estudio con un porcentaje superior al 75% en dos unidades. Esta dimensión se refiere a la percepción que tienen los equipos de su jefe como proveedor de actitudes seguras relacionadas con la atención.

Para fortalecer un CSP positivo, los gestores necesitan establecer una comunicación con los equipos para implicarlos en los objetivos de promoción de la seguridad, además de gestionar los incidentes y planificar las acciones, a partir de las percepciones del equipo asistencial, para la calidad en la salud<sup>19</sup>. En este sentido, se considera que un liderazgo adecuado es aquel capaz de impulsar un entorno de práctica seguro<sup>23</sup>.

La evaluación del dominio Respuesta no punitiva al error encontrada en esta investigación se asemeja a otros estudios como un área frágil dentro de la cultura de seguridad. Esta conclusión se ve reforzada por los estudios brasileños (36,1% y 25%)<sup>8-9</sup> e internacionales (17%, 38% y 33%)<sup>24-25</sup> en los que hay un menor porcentaje positivo entre las dimensiones que indican la fragilidad de esta dimensión en las instituciones globales.

La percepción de sanción asociada al error obstaculiza su identificación y causa raíz, ya que el profesional se siente desanimado a comunicar el incidente<sup>7</sup>. Se destaca la importancia de la transición de una cultura punitiva, en la que se atribuye la responsabilidad al profesional, a una cultura de aprendizaje organizativo, en la que se analizan los procesos implicados en el incidente para mejorarlos. El cambio de cultura puede influir en la reducción de la subnotificación de los EA, permitir el feedback sobre los errores y el debate sobre las acciones preventivas para los nuevos eventos<sup>22</sup>.

En este estudio, se observó que la percepción negativa de los profesionales en la dimensión Respuesta no punitiva al error puede estar relacionada con el tiempo que llevan trabajando en las unidades. En este contexto, es posible que los profesionales recién contratados no denuncien por desconocimiento o por miedo a denunciar incidentes con la idea de que habrá repercusiones en su historial profesional.

En la dimensión Traslados internos y cambios, los profesionales de este estudio mostraron preocupación por el traslado de pacientes entre unidades de la institución, así como por el intercambio de información dentro de la misma unidad. El cambio se considera un paso crucial en la atención al paciente porque es en este momento cuando se transmite la información relevante para la continuidad de la atención. Los fallos de comunicación, como la pérdida de información, pueden repercutir negativamente en la continuidad de la atención y el SP<sup>7</sup>. Se considera que este dato puede reflejar la creación de nuevos equipos durante la reorganización de los servicios en la pandemia COVID-19, ya que la falta de preparación en la comunicación y la sobrecarga de trabajo en estos equipos puede influir en la pérdida de información.

Para garantizar una atención segura, se recomienda la adopción de estrategias de comunicación, a través de instrumentos estandarizados que ayuden a los profesionales durante el intercambio de información, y aseguren la continuidad de la atención<sup>26</sup>. Una comunicación eficaz permite prevenir la aparición de errores derivados de la asistencia sanitaria, que es el objetivo de CSP<sup>2</sup>.

El aprendizaje organizacional - mejora continua caracterizado como la capacidad de aprender de los errores fue percibido en este estudio con potencial de mejora dentro del SP<sup>27</sup>. Un estudio realizado en un hospital acreditado demostró que esta dimensión está reforzada dentro del CSP en la institución, con un porcentaje positivo del 77%<sup>9</sup>.

La cultura del aprendizaje permite analizar continuamente los mecanismos que predisponen a los fallos y gestionar las acciones para prevenir los incidentes. En este contexto, la atención se centra en el problema que generó el error y no en el profesional que lo identificó, reforzando su participación en los procesos de mejora de la seguridad<sup>6, 27</sup>.

La percepción general de la SP se evidenció como debilitada dentro de la CSP. Sin embargo, el 51% de los encuestados atribuyen la puntuación de SP a la institución de Muy buena. Se entiende que los profesionales reconocen un clima de seguridad favorable cuando se analiza de forma única y directa mediante la asignación de un único valor de juicio. De forma diferente cuando se evalúa de forma multifactorial - a través de ítems que analizan la seguridad en la vida cotidiana - presente en la evaluación de la dimensión percepción general de SP<sup>19</sup>.

En cuanto al número de notificaciones, se observó que la mayoría de los profesionales no habían realizado ninguna notificación de EA en el último año. Este hallazgo coincide con la encuesta realizada en un hospital acreditado de alta complejidad en el que el 89% de los participantes no había notificado ningún evento en 12 meses<sup>6</sup>.

En este sentido, las principales causas evidenciadas respecto a la subnotificación incluyen la sobrecarga de trabajo, el desconocimiento de cómo notificar, el olvido, la desvalorización de los EA por la falta de implementación del aprendizaje del error y, especialmente, la existencia de una cultura punitiva presente en la institución<sup>3, 19</sup>. Es necesario incentivar la identificación de los errores y su notificación, porque a partir de esto, existirá la posibilidad de generar cambios en el escenario de la seguridad del paciente y asegurar la calidad en la atención médica.

Se observó que el contexto de la pandemia influyó en el perfil profesional, en cuanto al tiempo de trabajo en las unidades, cuando se observó en otros estudios. Ante esto, podemos pensar que las dimensiones debilitadas y fortalecidas encontradas en esta investigación pueden estar influenciadas por esta caracterización, ya que los jóvenes profesionales pueden desconocer aspectos relacionados con la cultura organizacional enfocada a la SP en la institución.

Se observaron limitaciones en el estudio sobre la escasez de literatura sobre el tema de la CSP en COVID-19. Se sugiere que se realicen futuros estudios para comparar las diferencias o similitudes en el CSP desde el punto de vista de la pandemia COVID-19 y fuera de ella.

## CONCLUSIÓN

Al describir la CSP presente en las unidades de alta complejidad en período de pandemia, se evidenció que los sectores críticos, incluso durante la pandemia, presentaron áreas fortalecidas para la CSP, como las dimensiones Trabajo en equipo y Expectativas y acciones del liderazgo. Al destacar estas áreas, se sugiere que la institución pueda utilizarlas como catalizadores para las mejoras dentro del CSP.

Desde el punto de vista de las áreas debilitadas, el miedo al castigo asociado al incidente y los problemas de transferencia de información fueron destacados por los profesionales en este momento del COVID-19. En este contexto, la evaluación de los puntos débiles del CSP actual puede subvencionar acciones y estrategias para el SP, ya que la identificación de estas áreas orientará a los gestores para la difusión organizativa de la cultura de seguridad. Además, el estudio también contribuyó a la comprensión de la influencia del perfil profesional en la CSP en el contexto de la pandemia y la importancia de la formación continua en la SP.



## REFERENCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017 [acesso em 15 set 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica/>.
2. Schuh LX, Possuelo LG, Krug SBF. Cultura de segurança do paciente em urgência e emergência. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [Internet]. 2019 [acesso em 30 ago 2021]; 2(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v2i2.13775>.
3. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S de, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2016 [acesso em 10 set 2021]; 50(5):756-762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>.
4. Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, Gottens LBD. Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2021 [acesso em 30 set 2021]; 55:56. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002838>.
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [acesso em 15 set 2020]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf).
6. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS d, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. Res. Soc. Dev. [Internet]. 2021 [acesso em 05 out 2021]; 10(6). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>.
7. Prieto MMN, Fonseca REP da, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2021. [acesso em 05 out 2020]; 74(6):e20201315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>.
8. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias LPC, Santos CCM dos, et al. Patient safety culture in three Brazilian hospitals with different types of management. Cienc. saude colet. [Internet]. 2018 [acesso em 10 set 2021]; 23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
9. Melo E, Balsanelli AP, Neves VR, Bohomol E. Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 05 set 2021]; 41:e20190288. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190288>.
10. Castilho DEC, Silva AEB de C, Gimenes FRE, Nunes R de LS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2020 [acesso em 30 ago 2021]; 28:e3273. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>.
11. Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of Covid-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. Int. j. environ. res. public health (Online). [Internet]. 2020 [acesso em 10 out 2021]; 17(19):7034. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197034>.
12. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Municipal Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013. [acesso em 10 out 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>.
13. Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso em 10 ago 2021]; 28(11):2199-2210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>.
14. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardell E de B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2017 [acesso em 10 out 2021]; 26(3):649-59.



Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.

15. Serrano ACFF, Santos DF, Matos SS, Goveia VR, Mendoza IYQ, Lessa AC. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. REME. [Internet]. 2019 [acesso em 01 set 2021]; 23:e-1183. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190031>.
16. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Araújo ME de A, Silva MT. Patient safety culture in the multiprofessional perspective. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2018 [acesso em 20 set 2021]; 26:e3014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>.
17. Arboit EL, Bellini G, Schutz CR, Moraes MCS, Kinalski S da S, Barcellos R de A. Patient safety culture in the multiprofessional perspective. Res., Soc. Dev [Internet]. 2020 [acesso em 10 set 2021]; 9 (5): e125953088. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>.
18. Oliveira FM de J, Lima DM, Provin MP. The culture of patient safety in an emergency and emergency public hospital. Res., Soc. Dev [Internet]. 2020 [acesso em 30 ago 2021]; 9 (4): e184942650. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2650>.
19. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa S de MA de, Paiva S de S. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2021 [acesso em 01 out 2021]; 55:e03754. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>.
20. Reis CT, Laguardia J, Vasconcelos AGG, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. Cad. Saude Colet. [Internet]. 2016 [acesso em 10 out 2021]; 32(11):e00115614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.
21. Chen HY, Lu L, Ko YM, Chueh JW, Hsiao SY, Wang PC, et al. Post-pandemic patient safety culture: a case from a large metropolitan hospital group in Taiwan. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2021 [acesso em 10 out 2021]; 18: 4537. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094537>.
22. Lemos G de C, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF da. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. [Internet]. 2018 [acesso em 01 set 2021]; 8:e2600. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>.
23. Carneiro AS, Dalmolin G de L, Magnago TSB de S, Moreira LP, Costa ED, Andolhe R. Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2021 [acesso em 10 out 2021]; 55:e20210141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0141>.
24. Najjar S, Baillien E, Vanhaecht K, Hamdan M, Euwema M, Vleugels A, et al. Similarities and differences in the associations between patient safety culture dimensions and self-reported outcomes in two different cultural settings: a national cross-sectional study in Palestinian and Belgian hospitals. BMJ Open [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2021]; 8:e021504. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504>.
25. Okuyama JHH, Galvão TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. Sci. World J [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2021]; 2018:9156301. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
26. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique D de M, Almeida LF de, Figueiredo M do CB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2018 [acesso em 05 out 2021]; 52:e03379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017033803379>.
27. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Patient safety culture from the perspective of the nursing team. Rev. RENE [Internet]. 2018 [acesso em 30 set 2021]; 19: 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193152>.

## SAFETY CULTURE IN HIGH COMPLEXITY SERVICES IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

### ABSTRACT

*Objective: to evaluate the patient safety culture in high complexity units of a teaching hospital in times of pandemic. Method: cross-sectional design, carried out in emergency and intensive care units in 2021. We used the self-administered instrument Hospital Survey on Patient Safety Culture with 103 professionals from the multi-professional team. Descriptive analyses and instrument consistency were performed. Results: the strongest areas for patient safety culture were the dimensions teamwork in the unit (79.5%) and expectations and actions of the supervisor/leadership to promote patient safety (73.6%). While the dimensions non-punitive response to error (37.9%) and internal transfers and shift change (31.8%) stood out in the weak areas. A predominance of adverse events underreporting was observed (53.5%). Conclusion: critical sectors, even during the pandemic, showed strengthened areas, although fear of punishment and problems regarding information transfers were highlighted by professionals.*

**DESCRIPTORS:** Patient Safety; Organizational Culture; Critical Care; Interdisciplinary Research; COVID-19.

Recibido en: 06/12/2021

Aprobado en: 23/06/2022

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Mari Ângela Gaedke

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Avenida Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: marig@unisc.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Haas LE, Gaedke MA, Santos JAM; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Haas LE, Gaedke MA. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).