

Percepción de enfermeros brasileños acerca de la seguridad del paciente

Perception of Brazilian nurses on the patient safety

Maria Helena Barbosa^{1*}

José Melo Neto¹

Karoline Faria Oliveira¹

Kleitton Gonçalves Nascimento¹

Márcia Marques dos Santos Felix¹

Elizabeth Barichello¹

¹Universidad Federal del Triángulo Mineiro – UFTM. Brasil.

* Autor para la correspondencia: mhelena331@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La importancia de un ambiente seguro es fundamental tanto para aquellos que prestan el servicio como para los que hacen uso del mismo. Para que exista un buen clima de seguridad, es necesario que un individuo o un grupo de personas establezcan valores, competencias y actitudes que generen ese ambiente seguro, reduciendo al mínimo aceptable el riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud.

Objetivo: Evaluar el clima de seguridad del paciente según la percepción de los profesionales del equipo de enfermería de hospitales de gran tamaño.

Métodos: Estudio transversal, exploratorio-analítico, con abordaje cuantitativo de los datos, realizado con 582 profesionales de enfermería. Fue utilizado el Cuestionario de Actitudes de Seguridad, validado para el portugués de Brasil.

Resultados: Se observó que la puntuación general media obtenida por el instrumento fue de 62,29 (S= 13,71), con máximo de 93,29 y mínimo de 10,98. Entre los dominios, el D3, que relaciona la satisfacción en el trabajo, obtuvo la mayor media, siendo de 80,22 (S=18,54). La menor media observada entre los dominios fue la que relaciona la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital, D5, siendo la media de 53,12 (S=20,01). Solamente uno de los

seis dominios analizados por el instrumento obtuvo la puntuación encima del mínimo ideal de 75 puntos.

Conclusión: De forma general, se observó una baja percepción del clima de seguridad del paciente, ya que en el análisis de la puntuación general y de los dominios, las puntuaciones fueron inferiores a lo recomendado por la literatura, excepto en relación al dominio que evalúa la satisfacción en el trabajo.

Palabras clave: Gerencia de seguridad; seguridad del paciente; enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The importance of a safe environment is essential both for those who provide the service and for those who use it. To establish a better security environment, it is necessary that an individual or a group of people set values, skills and attitudes to generate this safe environment, reducing to minimum acceptable the risk of unnecessary damages during health care.

Objective: To assess the security environment of the patient according to the perception of nursing team professionals of large hospitals.

Methods: This is a cross-sectional, exploratory and analytic study with a quantitative data approach, conducted with 582 nursing professionals. A Safety Attitudes Questionnaire was used, validated for Brazilian Portuguese.

Results: It was observed that the average total score obtained by the instrument was 62.29 (S=13.71), with a maximum of 93.29 and a minimum of 10.98. Among the domains, D3 that relates the job satisfaction had the highest average, being 80.22 (S=18.54). The lowest average observed between the domains was the one that relates the perception of the unity of and hospital management, D5, with a mean of 53.12 (S=20.01). Only one of the six domains analyzed by the instrument obtained a score above the ideal minimum of 75 points.

Conclusion: It was generally observed a low perception of patient's safety environment, since in the analysis of the general score and domains, the scores were lower than recommended in the literature, except for the domain that evaluates the job satisfaction.

Keywords: Safety management; patient safety; nursing.

Recibido: 30/07/2016

Aprobado: 05/08/2016

INTRODUCCIÓN

La preocupación con la seguridad del paciente es algo histórico; Hipócrates (460 a 370 a.C.) postuló *Primum non nocere* (primero no cause daño), pudiendo inferir entonces la noción de que el cuidado podría causar algún tipo de daño.⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de Salud (OMS),⁽²⁾ la seguridad del paciente es la reducción, a un mínimo aceptable, del riesgo de daño innecesario asociado al cuidado de salud. Este se origina de actos no intencionales o intencionales. Cuando ocurre el daño, esos incidentes son caracterizados Eventos Adversos (EA). Los EA pueden ocasionar prejuicios irreversibles a los pacientes, trastornos a los familiares y prolongar el tiempo de internación, lo que genera mayores costos a los hospitales.⁽³⁾

La importancia de un ambiente seguro es fundamental tanto para aquellos que prestan el servicio como para aquellos que hacen uso del mismo. Para que se instale un mayor clima de seguridad, es necesario que un individuo o un grupo de personas establezcan valores, competencias y actitudes que generen ese ambiente seguro, reduciendo al mínimo aceptable el riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud.⁽⁴⁾ El término clima de seguridad es considerado para algunos autores como sinónimo de cultura, y es definido como la percepción individual sobre las actitudes de la organización como a la cultura de seguridad.⁽⁵⁾ El equipo de enfermería, por estar en la línea de frente del cuidado, con acciones de promoción, organización y administración de la asistencia, hace al profesional más habilitado a identificar, proponer y establecer acciones más eficaces, que propicien un cuidado en salud más seguro y próximo a lo deseable. Para eso, es necesario conocer la percepción de este profesional en cuanto al clima de seguridad del paciente, identificando las barreras y desafíos, con intuición de fortalecer las actitudes seguras en los servicios de salud.⁽⁶⁾

Este estudio se justifica, pues conocer la percepción de los profesionales del equipo de enfermería sobre el clima de seguridad del paciente podrá subsidiar medidas que fortalezcan acciones volcadas a la seguridad y la calidad del cuidado al paciente.

El objetivo del estudio es evaluar el clima de seguridad del paciente según la perspectiva de los profesionales del equipo de enfermería en cuatro grandes hospitales.

MÉTODOS

Se trata de un estudio de campo, transversal, exploratorio-analítico, con abordaje cuantitativo de los datos.

Formaron parte del estudio cuatro grandes hospitales: un hospital de enseñanza privado, un hospital público especializado en oncología, un hospital de enseñanza público y un hospital privado, localizados en el estado de Minas Gerais, Brasil.

El cálculo del tamaño de la muestra consideró un coeficiente de determinación $R^2 = 0,02$ en un modelo de regresión lineal múltiple con cuatro predictores, teniendo como nivel de significancia el error del tipo I de $\alpha = 0,05$ y error del tipo II de $\beta = 0,2$, resultando, por lo tanto, en un poder estadístico apriorístico de 80 %. Utilizándose el aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versión de 2002, e introduciéndose los valores arriba descritos, se obtuvo un tamaño de muestra mínimo de $n = 590$. Considerando una pérdida de muestreo de 15 % (denegaciones en participar), el número final de tentativas de entrevista fue de $n = 695$. La variable respuesta o deshecho principal fue el dominio de clima de seguridad.

Los criterios de inclusión fueron poseer vínculo laboral en esas instituciones de por lo menos un mes y con régimen de trabajo por un mínimo de 20 horas semanales. Fueron excluidos los profesionales que se encontraban apartados por atestado médico por más de tres meses, o que no respondieron al cuestionario después de tres tentativas de abordajes.

De los 695 profesionales del equipo de enfermería convidados a participar del estudio, 582 atendieron a los criterios de inclusión y participaron de la investigación (121 enfermeros, 385 técnicos y 76 auxiliares de enfermería). No aceptaron participar de la investigación 33 profesionales y 80 no respondieron al cuestionario después de tres tentativas de abordajes. Para la recolección de datos fue utilizado el instrumento Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), validado para el idioma portugués de Brasil.⁽⁷⁾ El SAQ fue utilizado después de la autorización de la autora responsable por la validez del instrumento para la utilización en esta investigación.

El instrumento está compuesto por 41 preguntas, cuyo objetivo es medir la percepción del clima de seguridad en seis dominios (D1, D2, D3, D4, D5 y D6), siendo, D1: Clima de Trabajo en Equipo, D2: Clima de Seguridad, D3: Satisfacción en el Trabajo, D4: Percepción del Estrés, D5: Percepción de la Gerencia de la Unidad y del Hospital, D6: Condiciones de Trabajo. La respuesta de cada ítem sigue la escala de cinco puntos de Likert: “discordia totalmente” – A (0 puntos), “discordia parcialmente” – B (25 puntos), “neutro” – C (50 puntos), “concuenda parcialmente” – D (75 puntos), “Concuenda totalmente” - (E) y “no se aplica”. La puntuación

final de la escala varía de cero (0) a 100, donde cero es la peor percepción del clima de seguridad y 100 la mejor percepción. La puntuación es considerada positiva cuando el resultado es igual o mayor que 75 puntos. Con el conteo de los puntos, las preguntas son agrupadas por dominios. Después, se calcula la suma de las respuestas para las preguntas en cada dominio y se divide el resultado por el número de preguntas en cada área.⁽⁸⁾

Para criterios de interpretación de los datos de este estudio, fue utilizado, como nivelación el valor de puntuación sugerido por los idealizadores del instrumento, considerando que esos datos no fueron testados en Brasil.

Fueron recolectados datos del profesional (sexo, categoría profesional, tiempo de actuación en la especialidad y la unidad de actuación), y otras variables profesionales considerables (actuación principal y profesional, tiempo de formación y de actuación en la institución, presencia de pos-graduación, presencia de otro vínculo laboral y vínculo institucional).

Para la recolección de datos en este estudio, los investigadores inicialmente entraron en contacto con los directorios de enfermería de cada unidad e informaron los objetivos y la finalidad de la investigación, tornándolos conscientes del trabajo a ser desarrollado. La recolección de datos tuvo duración de seis meses, de octubre de 2013 a marzo de 2014. Los profesionales de enfermería fueron abordados en su local de trabajo y después de firmar el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido recibieron el instrumento de recolección de datos (SAQ) para ser completado y con la fecha de devolución agendada para el día siguiente. Después de la recolección, se insirieron los datos en Programa *Excel* de *Microsoft*®, siendo estos validados por doble digitación. El procesamiento y los análisis de los datos fueron realizadas por el *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versión 19.0.

Para análisis bivariado, de la influencia de las variables categóricas sobre las puntuaciones de seguridad, se utilizó el test t de *Student* (categórico dicotómica), análisis de varianza (ANOVA) para tres o más categorías y el test de correlación de Spearman, para las variables ordinales. Fueron consideradas asociaciones estadísticamente significativas aquellas con $p \leq 0,05$. Para determinar los predictores sociodemográficos y profesionales sobre las puntuaciones del SAQ, se utilizó la regresión lineal múltiple para la puntuación general y demás dominios.

Este estudio hace parte de una investigación mayor intitulada “La cultura de seguridad del paciente en hospitales de una región de Minas Gerais” que recibió apoyo financiero de la Fundación de Amparo a la Investigación de Minas Gerais (FAPEMIG). El proyecto fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del

Triángulo Minero (UFTM), bajo el Parecer n. 2306 de 25 de abril de 2012, respetando la Resolución n° 466/2012 sobre investigación envolviendo seres humanos.⁽⁹⁾

RESULTADOS

Participaron del estudio 582 profesionales del equipo de enfermería, en su mayoría representada por el sexo femenino, 478 (82,1 %), (tabla 1).

Tabla 1. Perfil de los profesionales de cuatro hospitales participantes del estudio

Variables		N	%
Sexo	Masculino	104	17,9
	Femenino	478	82,1
Categoría Profesional	Enfermero	121	20,8
	Auxiliar de Enfermería	76	13,0
	Técnico de Enfermería	385	66,2
Actuación	Adulto	340	58,4
	Pediátrico	90	15,5
	Ambos	152	26,1
Actuación del Profesional	Asistencial	420	72,2
	Administrativo	19	3,3
	Ambos	130	22,3
	Sin contacto con paciente	13	2,2
Tiempo en la especialidad	< 6 meses	24	4,1
	6 a 11 meses	51	8,8
	1 a 2 años	94	16,1
	3 a 4 años	122	21
	5 a 10 años	124	21,3
	11 a 20 años	100	17,2
	> 21 años	67	11,5
Tiempo de formación	6 a 11 meses	9	1,5
	1 a 2 años	50	8,6
	3 a 4 años	100	17,1
	5 a 10 años	172	29,6
	11 a 20 años	150	25,8
	> 21 años	101	17,4
Tiempo en la institución	< 6 meses	31	5,3
	6 a 11 meses	47	8,1
	1 a 2 años	87	15
	3 a 4 años	65	11,2
	5 a 10 años	151	25,9
	11 a 20 años	134	23
	> 21 años	67	11,5
Posee pos graduación	Si	172	29,6
	No	410	70,4
Tipo de pos	Especialización	163	28
	Maestría	12	2
	Pos Doc.	1	0,2
	No se aplica	406	69,8
Otro vínculo	Si	178	30,6
	No	404	69,4

En relación a las variables relacionadas al perfil profesional, conforme están descritas en la tabla 1, 340 (58,4 %) profesionales actuaban en el cuidado al paciente adulto, 385 (66,2 %) eran técnicos de enfermería y 420 (72,2 %) eran profesionales asistenciales. Referente al tiempo en la especialidad, tiempo de actuación profesional y tiempo de vínculo laboral en la institución, hubo el predominio del intervalo de cinco a diez años en todas las situaciones (21,3 %, 29,6 % e 25,9 %; respectivamente). Además, 410 (70,4 %) profesionales no poseían pos graduación. De los que refirieron título de pos graduación, 163 (28 %) eran especialistas. La mayoría de los profesionales no poseían otro vínculo laboral, 404 (69,4 %).

Se observa en la tabla 2, que la puntuación general media obtenida por el instrumento fue de 62,29 (S= 13,71), con máximo de 93,29 y mínimo de 10,98. Entre los dominios, el D3, que relaciona la satisfacción en el trabajo, obtuvo la mayor media, siendo de 80,22 (S= 18,54). La menor media entre los dominios observada, fue la que relaciona con la percepción de la gerencia de la unidad y del hospital D5, siendo la media de 53,12 (S= 20,01).

Tabla 2. Distribución del análisis univariado con puntuación general y por dominios

Estadística	Punt. General	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Media	62,29	69,26	63,67	80,22	62,85	53,12	53,29
Mínimo	10,98	4,17	8,6	,00	,00	,00	,00
Máximo	93,29	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
DP	13,71	18,08	18,67	18,54	27,33	20,01	27,42

*DP: Desvío estándar.

En relación al análisis bivariado, no hubo diferencia significativa entre los sexos, entre los que poseían o no pos-graduación, o presencia de otro vínculo laboral ($p > 0,05$), (tabla 3).

Hubo correlación inversa entre el tiempo que los profesionales actuaban en la especialidad con la puntuación general ($r = -0,132$; $p = 0,002$); D1 ($r = -0,140$; $p = 0,001$); D2 ($r = -0,122$; $p = 0,004$); D5 ($r = -0,086$; $p = 0,04$) e D6 ($r = -0,086$; $p = 0,042$), (tabla 3).

El tiempo de formación presentó correlación inversa en la puntuación general ($r = -0,099$; $p = 0,019$); D1 ($r = -0,100$; $p = 0,018$); D2 ($r = -0,093$; $p = 0,029$) e D5 ($r = -0,091$; $p = 0,032$), (tabla 3).

En relación al tiempo en la institución, hubo correlación inversa en la puntuación general ($r = -0,137$; $p = 0,001$); D1 ($r = -0,143$; $p = 0,001$); D2 ($r = -0,122$; $p = 0,004$); D5 ($r = -0,100$; $p = 0,018$) e D6 ($r = -0,122$; $p = 0,004$), (tabla 3).

Tabla 3. Distribución del análisis bivariado entre las variables profesionales en relación a las puntuaciones medias generales y por dominios

Variable	Punt. Geral	D1*	D2*	D3*	D4*	D5*	D6*
Sexo Masculino Media/(DP*)	60,49 (13,51)	68,57 (17,86)	61,59 (17,11)	77,32 (20,99)	60,11 (25,39)	51,16 (20,08)	50,47 (24,87)
Sexo Femenino Media/(DP*)	62,69 (13,74)	69,41 (18,15)	64,13 (18,99)	80,86 (17,93)	63,46 (27,73)	53,55 (19,99)	53,91 (27,94)
Sexo (p)	0,14	0,67	0,19	0,12	0,24	0,28	0,22
Pos Graduado Media/(DP*)	60,72 (14,26)	67,61 (19,55)	62,57 (19,45)	79,72 (19,31)	63,56 (26,34)	50,81 (20,85)	50,29 (25,33)
Graduado Media/(DP*)	62,96 (13,45)	69,89 (17,35)	64,11 (18,35)	80,44 (18,24)	62,45 (27,74)	54,09 (19,60)	54,65 (28,20)
Titulación (p)	0,08	0,19	0,38	0,67	0,65	0,08	0,07
Posee otro vínculo Media/(DP*)	63,86 (12,92)	71,09 (17,34)	65,50 (17,33)	82,10 (18,15)	61,11 (27,99)	54,65 (20,03)	55,14 (25,29)
No posee otro vínculo Media/(DP*)	61,60 (14,01)	68,44 (18,37)	62,85 (19,20)	79,38 (18,67)	63,63 (27,03)	52,43 (19,99)	52,46 (28,31)
Otro Vínculo (p)	0,06	0,10	0,10	0,10	0,32	0,22	0,26
Tiempo Formación (ρ/p)	-0,09 0,02	-0,10 0,02	-0,09 0,03	0,05 0,25	0,05 0,26	-0,09 0,03	-0,07 0,09
Tiempo en la especialidad (ρ/p)	-0,13 0,002	-0,14 0,001	-0,12 0,004	0,01 0,87	0,04 0,42	-0,09 0,04	-0,09 0,04
Tiempo institución (ρ/p)	-0,14 0,001	-0,14 0,001	-0,12 0,004	0,03 0,43	0,03 0,50	-0,10 0,02	-0,12 0,004
Enfermero Media/(DP*)	62,38 (13,75)	67,96 (20,01)	64,53 (18,16)	80,86 (17,16)	63,90 (25,32)	54,76 (20,84)	49,43 (27,40)
Auxiliar Media/(DP*)	57,96 (14,81)	64,64 (19,41)	56,03 (20,31)	77,49 (23,35)	68,64 (25,05)	49,05 (21,31)	45,46 (27,99)
Técnico Media/(DP*)	63,12 (13,35)	70,59 (16,99)	64,90 (18,19)	80,54 (17,90)	61,37 (28,27)	53,38 (19,41)	56,09 (26,93)
p	0,01	0,03	0,001	0,40	0,10	0,14	0,002

*DP: Desvío padrón; *D: Dominio.

Entre las categorías profesionales (enfermero, técnicos y auxiliares de enfermería), en el análisis de variancia (ANOVA), hubo diferencia significativa en la puntuación general (S= 0,014); D1 (S= 0,026); D2 (S= 0,026) y D6 (S= 0,002), (tabla 03).

En el análisis de regresión lineal múltiple entre los factores asociados a las puntuaciones, fueron consideradas las variables tiempo de formación, tiempo en la institución, sexo, cargo y formación profesional. Fue encontrada asociación significativa entre la puntuación general y el tiempo en la institución ($\beta = -0,18$; $p = 0,005$); representando que aquellos que poseían un mayor tiempo en la institución presentaban menores puntuaciones de clima de seguridad.

Para los dominios, el tiempo en la institución estuvo asociado a los dominios D1 ($\beta = -0,16$; $p = 0,008$); D2 ($\beta = -0,12$; $p = 0,04$); D5 ($\beta = -0,12$; $p = 0,05$) y D6 ($\beta = -0,17$; $p = 0,006$).

La realización de pos graduación también estuvo asociada al dominio 6 ($\beta = -0,11$; $p = 0,03$), representando que cuanto mayor la graduación, menores fueron las puntuaciones de seguridad encontrados. No hubo asociación de las variables a los dominios 3 y 4.

DISCUSIÓN

De los 582 participantes del estudio, 66,2 % eran técnicos de enfermería. La distribución de los profesionales estará siempre en relación al Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP), en que el número de enfermeros será proporcionalmente inferior al número de técnicos de enfermería, independiente de la complejidad del paciente atendido,⁽¹⁰⁾ lo que fue observado en este estudio.

La predominancia en la muestra fue del sexo femenino con 82,1 % de los profesionales participantes, así como en otros estudios 83,7 %, ⁽¹¹⁾ 78 %, ⁵ 93,9 % ⁽¹²⁾ y 74,4 %.⁽⁷⁾ En esos estudios los autores asocian ese hecho por el cuidado de no ser visto como una práctica masculina, con apenas una minoría de ese sexo ejerciendo esa función.

Referente al tiempo de actuación de los profesionales en la especialidad (tiempo de actuación/experiencia), tiempo de formación y tiempo en la institución, ambos poseían entre cinco y diez años, con 21,3 %, 29,6 % y 25,9 % respectivamente.

Ese estudio corrobora la investigación realizada en cuatro Unidades de Tratamiento Intensivo Neonatal de Florianópolis, que evaluó la seguridad del paciente en la perspectiva del equipo médico y de enfermería. En ese estudio, se consideró que el tiempo en la institución o unidad, posee una relación inversa en relación a la percepción de seguridad del paciente.⁽¹³⁾

En relación al tiempo de formación, fue encontrada correlación inversa en la puntuación general y en algunos dominios. El desempeño profesional puede ser reflejo de su tiempo de experiencia, sin embargo, profesionales con menor tiempo de experiencia tienden a discutir más sus dificultades en relación con aquellos con mayor tiempo, otorgando percepciones distintas del clima de seguridad en la institución.⁽¹³⁾

Además, se presupone que cuanto mayor el tiempo de formación profesional, menor será su acceso al tema cultura de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que se trata de una temática relativamente nueva.

Pocos profesionales relataron poseer algún tipo de pos-graduación, con predominio de 28 % con titulación de especialista, pos-graduación *Lato Sensu*. La ausencia de una complementación en la formación puede causar trastornos al profesional en la adaptación a un nuevo sector, o especialidad.⁽¹⁴⁾

La evaluación media de las puntuaciones general y por dominios demuestra un déficit relevante del clima de seguridad del paciente, al presentar solamente un dominio con puntuación superior a 75, valor considerado, por el autor del instrumento, como el límite mínimo para ser considerado uno el clima de seguridad del paciente ideal. Después de los análisis de los resultados, queda clara la necesidad de adopción de conductas que fortalezcan la percepción del clima de seguridad del paciente por los profesionales de enfermería. En otros estudios recientes realizados en Brasil, también se observó puntuación abajo del mínimo en la mayoría de los dominios,^(5,7,12) y un estudio que no obtuvo puntuación satisfactoria en ninguno de los seis dominios.⁽¹¹⁾

En el primer dominio, que se relaciona al clima de trabajo en equipo, o sea, comprende la calidad del relacionamiento y la colaboración entre los miembros de un equipo, obtuvo la segunda mayor media de esa investigación, siendo de 69,26. A pesar de eso, no alcanzó puntuación de 75, valor que indicaría buena percepción del equipo de enfermería en el trabajo de equipo. Tal resultado se asemeja en otras investigaciones realizadas con el SAQ, en donde la puntuación no alcanzó el mínimo para una buena percepción, 52,30;⁽¹¹⁾ 74,10,⁽¹²⁾ 69,61⁽¹⁵⁾ y 69,46.⁽⁷⁾ En contrapartida, una investigación consiguió puntuación de 75,72 en la percepción del equipo de enfermería.⁽⁵⁾

El trabajo en equipo contribuyó de forma significativa para la percepción del clima de seguridad del paciente. Un buen relacionamiento, cooperación en el equipo, unión, respeto y motivación, fueron recomendaciones levantadas en investigación realizada con el equipo de enfermería, con la intención de mejorar la seguridad del paciente en el ámbito de la unidad de trabajo.⁽¹⁶⁾

En el dominio dos, en que se evalúa el clima de seguridad, también hubo puntuación insatisfactoria, con puntuación media de 63,67. Otros estudios obtuvieron baja puntuación para el mismo dominio 66,64;⁽⁵⁾ 65,90;⁽¹²⁾ 60,50⁽⁷⁾ y 66,01.⁽¹⁶⁾ Son evaluadas en este dominio las percepciones de los profesionales en cuanto al comprometimiento organizacional para la seguridad del paciente.

El clima de seguridad es descrito como siendo el reflejo de la cultura de la organización, asociada a los comportamientos de mejor adhesión a la seguridad en el ambiente de trabajo, compartida por los trabajadores y gestores durante la toma de decisión gerencial, al establecimiento de normas, de prácticas de seguridad y de políticas organizacionales, otorgando mayor exactitud en las actividades laborales realizadas. Las instituciones con alta puntuación en la puntuación de clima de seguridad tienen menor número de notificaciones de eventos adversos al proceso de cuidar.⁽¹⁷⁾

Hay que resaltar que fortalecer la percepción del equipo en cuanto al clima de seguridad en la unidad se hace necesario, una vez que los errores, en su mayor parte, no pueden ser evitados con actitudes aisladas, teniendo en cuenta que el proceso de salud es un conjunto de elementos interconectados, con objetivos comunes. Para eso es necesario fortalecer la liderazgo, promover el involucramiento del equipo, apartar ideas punitivas frente a los errores, desarrollar el conocimiento y una buena comunicación. Si no hay comunicación eficiente no habrá posibilidad de transmisión de conocimientos, causando aún más errores y fallas en el proceso.^(18,19)

La mala percepción de la administración, puntuado con 53,12, siendo el dominio de la investigación con peor resultado, evaluó la aprobación de las acciones de la gerencia en cuanto a las cuestiones de seguridad. Medias semejantes fueron encontradas en otros estudios, con resultados encontrados: 67,63;⁽⁵⁾ 49,67;⁽⁷⁾ 39,0;⁽¹¹⁾ 66,9,⁽¹²⁾ donde todos obtuvieron puntuación media debajo de la recomendada. Algunos autores relacionan un buen clima de seguridad a los ambientes donde las gerencias de las instituciones asuman una postura de aceptación a las críticas y opiniones contrarias, promuevan e incentiven el *feedback*, establezcan parámetros de seguridad y posibiliten el entrenamiento de los profesionales.⁽²⁰⁾

El dominio tres, relacionado a la satisfacción en el trabajo, obtuvo puntaje satisfactorio de 80,22. Lo mismo ocurrió en otros estudios, que obtuvieron una mayor puntuación para este dominio.^(5,7,12) Una vez que el profesional está satisfecho con su local de trabajo, se torna más productivo, y realiza una asistencia de mejor calidad y más favorable a los cambios en busca de mejoras.⁽¹¹⁾

Teniendo en consideración que la satisfacción en el trabajo obtuvo puntuaciones mayores en comparación a los otros dominios, vale resaltar que ese hecho pueda estar relacionado a la realización profesional, en estar trabajando con lo que le da placer, aún en condiciones desfavorables. El hecho puede estar relacionado también al miedo del trabajador en despreciar su trabajo, y eso traerle consecuencias punitivas, súper estimando así esos valores.

El dominio percepción del estrés trata del reconocimiento en cuanto a los factores estresantes que influyen en la ejecución del trabajo. Este dominio obtuvo puntuación 62,85. Otras pesquisas obtuvieron resultados mejores 71,73;⁽⁵⁾ 71,51;⁽⁷⁾ 65,0;⁽¹¹⁾ 65,9,⁽¹²⁾ sin embargo, se mantienen abajo de la puntuación 75, que define como siendo una buena percepción.

El dominio referente a las condiciones de trabajo presentó baja puntuación, 53,29. Lo mismo ocurrió en otros estudios, 67,0;⁽⁵⁾ 54,69;⁽⁷⁾ 40,0;⁽¹¹⁾ 57,51.⁽¹²⁾ Ese hecho puede representar deficiencias en relación a los recursos humanos, físicos, materiales y en los procesos de trabajo desarrollados por la institución.

Se percibe que, para la mayor parte de los estudios encontrados, la media de puntuación general no alcanzó el valor 75,0, demostrando una baja puntuación sobre la percepción de los profesionales en relación al clima de seguridad de las instituciones. Puntajes abajo de 60 son considerados una señal de alerta para las organizaciones de salud, indicando urgencia en la promoción de actitudes de seguridad en la institución.⁽⁷⁾

En conclusión, el estudio posibilitó conocer la percepción de los profesionales de enfermería en cuanto al clima de seguridad del paciente en las instituciones investigadas. Presentó, de manera general, una baja percepción del clima de seguridad del paciente, una vez que en el análisis de la puntuación general y de los dominios, las puntuaciones fueron inferiores al recomendado por la literatura, excepto en relación al dominio que evalúa la satisfacción en el trabajo.

Como implicaciones para la práctica clínica se puede considerar la necesidad de implementación de medidas que mejoren el clima de seguridad organizativo, como el fortalecimiento de políticas volcadas a la seguridad del paciente en esos hospitales, la creación de grupos que realicen educación permanente y que evalúen sistemáticamente las quejas y sugerencias del equipo de enfermería, la creación y concientización de la necesidad de prácticas pautadas en protocolos, incentivar la realización de notificaciones de eventos adversos, así como abolir la cultura de la punición al error.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf

2. World Health Organization. Patient safety research: introductory course – Session 1. What is patient safety? 2012 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao1_PT.pdf?ua=1
3. Porto S, Martins M, Mendes W, Travassos C. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010 [acceso: 20/05/2015];10:74-80. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/354609>
4. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 [acceso: 15/05/2015];20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf
5. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capuchos HC, Deus NN. Clima de Segurança do Paciente: percepção do profissional de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012 [acceso: 15/05/2015];25(5):728-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>
6. Queiroz Bezerra AL, Queiroz ES, Weber J, Tanferri de Brito Paranaguá T. Reacciones adversas: indicadores de resultados según la percepción de las enfermeras de un hospital centinela. Enferm glob. 2012 [acceso: 15/05/2015];11(27):186-97. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/administracion2.pdf>
7. 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 [acceso: 15/05/2015];20(3):575-82. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a20v20n3.pdf
8. 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 [acceso: 15/05/2015];6(1):44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>
9. Ministério de Estado de Saúde (BR). Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brazil: Ministério de Estado de Saúde; 2012 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 293/2004 - Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2012 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html
11. Marinho MM, Radünz V, Barbosa SFF. Avaliação da Cultura de Segurança pelas equipes de enfermagem de Unidades Cirúrgicas. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2014 [acceso: 15/05/2015];23(3):581-90. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf
12. Fermo VC, Radünz V. Cultura de segurança do paciente em unidade catarinense de transplante de medula óssea [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129240>
13. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014 [acceso: 15/05/2015];22(5):755-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf
14. Preto AV, Pedrão JL. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2009 [acceso: 15/05/2015];43(4):841-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a15v43n4.pdf>
15. Fernandes LGG, Souza NL. Cultura e clima de segurança em uma maternidade-escola: percepção dos profissionais de enfermagem de terapia intensiva [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014 [acceso: 15/05/2015]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14822>
16. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2013 [acceso: 15/05/2015];22(4):1124-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/31.pdf>
17. Ribeiro PHV, Bevidelli MM, Tipple AFV, Ribeiro RP, Gir E. Clima de segurança organizacional e a adesão às precauções padrão entre dentistas. Acta paul. Enferm. São Paulo. 2013 [acceso: 15/05/2015];26(2):192-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a14.pdf>
18. Cometto MC, Gomez PF, Sasso GTMD, Grajales RAZ, Cassiani SHDB, Morales CF. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud.

Washington D.C.; 2011 [acceso: 15/05/2015]. Disponible em: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/contenido.pdf?ua=1>

19. Pérez FN. Enfermería Basada en Evidencia y Transferencia de Conocimiento. Index de Enfermería. 2015 [acceso: 15/05/2015];24(1-2):5-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100001

20. Filho APG, Andrade JCS, Marinho MMD. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. Gest Prod. São Carlos. 2011 [acceso: 15/05/2015];18(1):205-20. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v18n1/15.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.