



ORIGINALES

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario

Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário

Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital

***Pinheiro, Maria da Penha **Junior, Osnir Claudiano da Silva**

*Enfermera, Alumna de Máster de Enfermería de la Escuela de Enfermería Alfredo Pinto/UNIRIO, Responsable de la Formación Continuada/Permanente del Hospital Universitario Gaffrée e Guinle/UNIRIO. E-mail: mapepinheiro@gmail.com **Doctor en Enfermería/UFRJ, Profesor del Programa de Posgraduación Máster Profesional en Salud y Tecnología del Espacio Hospitalario/ Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro/UNIRIO. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>

RESUMEN

Este artículo tiene como **objetivo** conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria de un hospital universitario. Método descriptivo con enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al cuestionario traducido al portugués del *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponible en Proqualis, compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan las 03 dimensiones de la cultura de seguridad en el nivel de organización hospitalaria. Los datos indicaron la necesidad de la participación y acciones concretas por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio.

Palabras clave: Cultura organizacional; Cultura de seguridad del paciente; Riesgos; Personal de enfermería

RESUMO

Este artigo **objetiva** conhecer a avaliação dos profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um Hospital Universitário. Método descritivo, com abordagem quantitativa, cuja coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2014. A amostra do estudo foi composta de 203 profissionais de enfermagem que responderam ao questionário

traduzido para o português do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), disponível no *Proqualis*, composto de 12 Dimensões para avaliação da Cultura de Segurança, cujo grau de concordância é aferido por meio de uma escala de *Likert*, cujas respostas variam entre "concordo totalmente" a "discordo totalmente". Neste manuscrito, nos reportamos as 03 Dimensões da cultura de segurança no nível da organização hospitalar. Os dados apontaram a necessidade do envolvimento e de ações concretas por parte do gestor e dos líderes da organização, que favoreçam e priorizem as questões da segurança do paciente no hospital cenário do estudo.

Palavras chave: Cultura organizacional; Cultura de Segurança do paciente; Riscos; Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

This article has the objective of addressing the assessment of nurse caretakers about the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. It was adopted the descriptive method with quantitative approach with data collected from September to November 2014. The study sample consisted of 203 nurse caretakers who responded to the questionnaire *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) available at *Proqualis*, translated into Portuguese. The questionnaire consists of 12 dimensions to evaluate the Safety Culture, the degree of agreement is scored by the scale *Likert* whose responses vary from "totally agree" to "strongly disagree". In the herein manuscript, we used 3 (three) dimensions of safety culture within an organization. The data indicate that the manager and leaders of the institution need to demonstrate commitment and take concrete actions that favor and prioritize patient safety issues within the study hospital setting.

Keywords: Organizational culture; Patient Safety Culture; Risks; Nurse Team

INTRODUCCIÓN

La organización hospitalaria es la más compleja de las organizaciones humanas. En un mismo ambiente reúne una gama de profesionales de las más variadas áreas, con diversos tipos de vínculos, tratando de asuntos ligados al mantenimiento de la vida y de la salud, donde un mínimo descuido puede generar un grave daño para la persona que está siendo cuidada. De esta forma, un hospital representa un gran desafío diario para todos los profesionales que trabajan en él ⁽¹⁾.

Cultura Organizacional es un conjunto de convicciones, objetivos, normas, rituales y maneras de resolver problemas compartidos por sus miembros. De ahí, que sea de extrema importancia que una Institución indique claramente lo que se espera de sus funcionarios, cuáles son los valores, las políticas y las reglas de la organización. Si esto no fuera hecho con claridad, cada individuo seguirá o establecerá las suyas ⁽²⁾.

Grupos con la misma capacitación tecnológica, desarrollando las mismas actividades, manteniendo una ambiente continuo, puede desarrollar una cultura propia. De ahí la explicación de diferentes culturas propias de diferentes grupos profesionales, interactuando en una misma organización. Gerenciar los procesos de trabajos de estos grupos es un gran desafío, ya que cada uno tiene dificultad para aceptar la cultura propia del otro grupo, como válida o normal ⁽³⁾.

Cada miembro de una organización se transforma continuamente, interactuando y modificando la realidad donde trabaja. Por tanto, asimilar la cultura de una organización es una difícil tarea. Cuando este universo particular es analizado colectivamente, se aprende la cultura de la organización, sus procesos y las relaciones de poder ⁽³⁾.

La primera definición de Cultura de Seguridad surgió en la década de 1980, tras el incidente de Chernobyl en Ucrania, que posteriormente fue adaptada para definir la Cultura de Seguridad del Paciente como “el producto de los valores individuales y del grupo, actitudes, percepciones, competencias y estándares de comportamiento que determinan el estilo, la capacidad de la salud organizativa y la gestión de seguridad. De esta forma, “requiere una comprensión de los valores, creencias y normas, sobre lo que es importante en una Organización y qué actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente son esperadas y apropiadas”⁽⁴⁾.

La Agencia para Investigación y Calidad del Cuidado a la Salud traza la definición de la Cultura de Seguridad como “el producto individual o colectivo de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización de salud en la promoción de seguridad”. Por ello, la cultura de seguridad en los Sistemas de Salud es un fenómeno bastante complejo y su implantación en esos Sistemas requiere un entendimiento de otras siete subculturas ⁽⁵⁾: Liderazgo en la medida en que los líderes precisan reconocer el alto riesgo que el ambiente de salud ofrece, y busque el alineamiento de la visión, misión, competencia del equipo, de los recursos humanos y legales de profesionales que están en primera línea del cuidado hasta el equipo directivo; Trabajo en equipo donde las relaciones deben ser abiertas, responsables y flexibles, debiendo prevalecer el espíritu de compañerismo, cooperación y colaboración entre todos los profesionales, haciendo frente a la complejidad de la asistencia; Comunicación que debe ser efectivada por un lenguaje claro, estructurado, con técnicas correctas de comunicación, fundamental para la promoción de una cultura de seguridad del paciente; Aprender de los errores, porque oportuniza la busca de mejores desempeños, debiendo este aprendizaje comenzar por los líderes, y ser valorado por todos los profesionales. La cultura de aprendizaje crea una consciencia de seguridad y promueve un ambiente que propicia oportunidades de crecimiento. El proceso de educación y formación debe resaltar el significado de ser una institución de alta confiabilidad, el valor de la cultura de seguridad y del proceso continuo de mejora de desempeño; Justicia que se caracteriza por la verdad, una vez que reconoce los errores como fallos en el sistema, en lugar de los fallos individuales, y, al mismo tiempo, no deja de responsabilizar a los individuos por sus acciones; Cuidado Centrado en el Paciente que va más allá del hecho del paciente ser un participante activo de su propio cuidado, sino también un enlace entre la institución de salud y la comunidad, y Práctica Basada en la Evidencia con sus procesos diseñados para alcanzar alta confiabilidad y estandarizados para evitar ocurrencias de variaciones en todas las situaciones. Instituciones de salud que utilizan prácticas basadas en evidencias, “por medio de procesos estandarizados, protocolos, *checklist* y *guidelines* demuestran su preocupación en desarrollar prácticas seguras” ⁽⁵⁾.

El movimiento de seguridad del paciente tuvo su inicio en la última década del siglo XX, tras la publicación del Informe (*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*) del Institute of Medicine (IOM), que presentó resultados de varios estudios que revelaron la crítica situación de la asistencia a la salud en aquel país, con datos sorprendentes, comparando la cantidad de muertes, en los Estados Unidos la caída de un jumbo por día, lo que probablemente contribuyó a chocar y llamar la atención de las autoridades y de los responsables de la asistencia a la salud. ⁽⁶⁾

A partir de ahí, la OMS, adoptó la cuestión de la seguridad del paciente como tema de alta prioridad en la agenda política de sus Países Miembros, y en 2002 lanzó la Alianza Global para la Seguridad del Paciente, cuyo elemento central es la

formulación de Desafíos Globales, atendiendo a la socialización de los conocimientos y de las soluciones encontradas, lanzando programas y campañas internacionales con recomendaciones destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes en el mundo. ⁽⁷⁾

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de Salud (OMS), Seguridad del Paciente “es la reducción a un mínimo aceptable del riesgo innecesario asociado a la Salud” y daño “es el compromiso de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto oriundo de él, incluyendo las enfermedades”. Si este daño o incidente estuviera relacionado con la salud, es el Evento Adverso. Luego, Evento Adverso es la lesión o daño no intencional que resulta en incapacidad o disfunción temporal o permanente, y/o prolongación del tiempo de permanencia o muerte como consecuencia del cuidado prestado”. ⁽⁸⁻⁹⁾

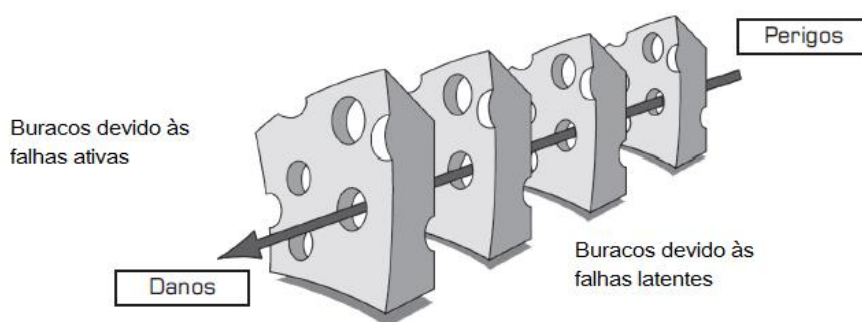
Riesgo es un término que refleja las relaciones de las personas con eventos futuros. Es la posibilidad de la ocurrencia de un evento adverso y está asociado al potencial de pérdidas y daños y de la magnitud de sus consecuencias. ⁽¹⁰⁾

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria define riesgo como “una o más condiciones de una variable con potencial necesario para causar daños”. Estos daños pueden ser entendidos como lesiones a personas, o estar relacionados con los equipos, instalaciones, medio ambiente, o incluso pérdida de material en proceso o reducción de la capacidad de producción. ⁽⁵⁾

Además de la infinidad de riesgos encontrados en el ambiente hospitalario, destacamos los “riesgos del cuidado” o los riesgos causados por la asistencia a la salud que pueden afectar a los pacientes asistidos, sus familias, los profesionales implicados con la asistencia y la sociedad como un todo, justificando todo ese movimiento por la Seguridad del Paciente.

James Reason (1990) psicólogo británico e importante investigador, creador de la “Teoría o Modelo del Queso Suizo”, postula que el error forma parte del ser humano y que por esto, jamás conseguiremos extinguir la posibilidad de errar. Mas es posible transformar el ambiente en que los humanos actúan, haciéndolo más seguro, con diseños de sistemas y métodos que dificulten los errores, evitando que estos traspasen las múltiples e incompletas capas de protección (las lonchas de queso suizo) y causen un daño devastador. Por tanto, los análisis de los errores se deben concentrar en todas las causas subyacentes que induzcan o hagan posible el error, o mejor, en sus causas-raíz y no simplemente lo que ocurrió en el final del proceso ⁽¹¹⁻⁶⁾.

Figura 1 - Modelo del Queso Suizo



Fonte: Adaptado de Reason (2000)

Agujeros debido a los fallos activos
Daños

Peligros
Agujeros debido a los fallos latentes

Los procesos y sistemas de un hospital precisan en todo instante adecuarse a la prevención de la ocurrencia de los errores. La organización, sobre todo sus gestores y líderes, deben propiciar y promover un clima de seguridad para pacientes y profesionales.

En el desarrollo de sus actividades asistenciales, son los profesionales de enfermería que normalmente están en el final del proceso de cuidar, siendo muchas veces, la última barrera de protección contra los errores, o metafóricamente hablando, “la última loncha del queso suizo”, de ahí la importancia de la evaluación de estos profesionales de la organización del hospital en que trabajan.

Ante lo expuesto, el presente estudio tuvo como objeto la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en las dimensiones de la organización hospitalaria de un hospital universitario, con los objetivos de verificar la evaluación de una organización hospitalaria relacionada con la seguridad del paciente por el equipo de enfermería, así como de los factores intervinientes en la organización hospitalaria que pueden interferir o no en la seguridad del paciente. De este modo, las Preguntas Guías fueron: ¿Cómo el equipo de enfermería evalúa la cultura de seguridad en las dimensiones de la organización de un hospital universitario? ¿Existen factores intervinientes en la organización hospitalaria que comprometen o pueden comprometer la seguridad del paciente?

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, desarrollado en un Hospital Universitario Público, localizado en la ciudad de Rio de Janeiro, que atiende pacientes del Sistema Único de Salud (SUS) con una capacidad instalada de 233 camas, tras autorización del director de la unidad hospitalaria. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación el 28/08/2014, Parecer CEP/HUGG nº 769.099/CAAE 4355354.4.0000.5258, de acuerdo con las directrices contenidas en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, siendo que los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Los sujetos de la muestra son los profesionales de enfermería (enfermeros, residentes, técnicos y auxiliares de enfermería), siendo criterio de inclusión pertenecer al equipo de enfermería del hospital escenario del estudio o al Programa de

Residencia por más de seis meses, y estar en el ambiente laboral durante la realización de la investigación. El cálculo muestral consideró la probabilidad del evento de 50%, con intervalo de confianza de 95%, y error tipo I \leq 5%, siendo así que la muestra estimada fue de 203 individuos en un universo de 424 funcionarios.

La colecta de los datos tuvo lugar en el periodo de septiembre a noviembre de 2014, siendo seleccionados 203 cuestionarios de 300 aplicados, tras la revisión y la exclusión de los considerados fuera de los criterios preestablecidos. El instrumento utilizado fue el cuestionario traducido al portugués *Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, disponible en el Proqualis, versión validada por Reis (2013) ⁽¹²⁾. El cuestionario tiene 12 Dimensiones de la Cultura de Seguridad de las cuales 7 se refieren a las Unidades de trabajo dentro del hospital, 3 a Organización hospitalaria y 2 se refieren a Medidas de resultado. Para este trabajo, nos reportaremos solo a las siete Dimensiones de las Unidades de trabajo dentro del hospital, cuyos cálculos de las respuestas permiten identificar a “áreas fuertes” en relación a la Cultura de Seguridad del Paciente (cuando las respuestas positivas presentan un porcentaje > 75%), y “áreas frágiles” (cuando el cálculo del porcentaje presentado fuera < 50%). En relación a las respuestas negativas, cuanto mayor fuera el porcentaje de negatividad (> 50%) en una determinada área, más fragilizada será considerada aquella área.

Para descripción de la muestra y de los resultados considerados (conocimientos y evaluación acerca de la cultura de seguridad del paciente; factores intervinientes en la adopción de prácticas más seguras en la asistencia) se realizaron análisis univariados por medio de frecuencias simples. El paquete estadístico utilizado fue el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versión 17.0.

RESULTADOS

Las **tablas I, II y III** muestran las características demográficas y funcionales de los participantes del estudio. La muestra entrevistada fue de 203 profesionales, siendo 82,1% de sexo femenino, con edad media 44,3 años y tiempo medio de profesión de 14,8 años. Cerca de 29,5% trabajan en el hospital de 1 a 5 años, 16,5% de 11 a 15 años y 13,0% hace menos de 1 año. En cuanto a la carga horaria dedicada al trabajo en el hospital la mayoría (73,3%) trabaja entre 20 y 39 horas en el lugar, y 22,8% más de 40 horas, siendo en relación a la función desempeñada que 27,2% son enfermeros, 44,1% técnicos de enfermería y 26,2% auxiliares de enfermería, cerca de 88,6% declaran tener contacto directo con pacientes en el ejercicio de su función. En relación a la formación 35,8% tienen enseñanza media completa y 32,9% alguna postgraduación *stricto* o *lato sensu*, y 72,2% declararon ya haber participado de alguna actividad educativa sobre seguridad del paciente.

Tabla I- Distribución de las variables: Sexo, Edad, Grado de instrucción y Cargo o función de los participantes de la investigación, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variable		Nº absoluto	%
Sexo	1- Femenino	165	82.09 %
	2-Masculino	36	17.91 %
Edad	1- 20 a 30 años	27	13.8%
	2 -31a 40 años	50	25.6%
	3 -41 a 50 años	52	26.6%
	4 -51 a 60 años	49	25.1%
	5 - Mayor de 60 años	17	8.7%
Grado de Instrucción	1-Postgraduación nivel Máster y Doctorado	14	6.97%
	2-Postgraduación nivel Especialización	52	25.87%
	3-Superior Completo	27	13.43%
	4-Superior Incompleto	27	13.43%
	5-Segundo grado Completo	72	35.82%
	6-Segundo grado Incompleto	06	2.99%
	7-Primer grado Completo	01	0.50%
	8-Primer grado Incompleto	01	0.50%
Cargo o Función	1-Enfermero	55	27.23%
	2-Técnico de Enfermería	89	44.06%
	3-Auxiliar de Enfermería	53	26.24%
	4-Residente de Enfermería	05	2.48%

Fuente: Datos de la Investigación

Tabla II- Distribución de las variables: Principal área o Unidad de actuación en el Hospital y Tiempo de trabajo en la institución de los participantes de la investigación, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variable		Nº absoluto	%
Principal área o Unidad de actuación en el hospital	1-Diversas unidades/ Ninguna específica	14	6.9%
	2-Clínica-médica	25	12.4%
	3-Clínica-quirúrgica	24	11.9%
	4-Cirugía	23	11.4%
	5-Obstetricia	23	11.4%
	6-Pediatría	10	4.9%
	7-Unidad Terapia Intensiva de Neonatología	09	4.4%
	8-Unidad Terapia Intensiva Adulto	12	5.9%
	9-Ortopedia	06	2.9%
	10-Ambulatorio	17	8.4%
	11-Hemodiálisis	08	3.9%
	12-Anestesiología	01	0.4%
	13-Otra	29	14.4%
Tiempo de Trabajo en la Institución	1-Menos de 01 año	26	13.0%
	2-De 01 a 05 años	59	29.5%
	3-De 06 a 10 años	26	13.0%
	4-De 11 a 15 años	33	16.5%
	5-De 16 a 20 años	28	14.0%
	6-21 años o más	28	14.0%

Fuente: Datos de la Investigación

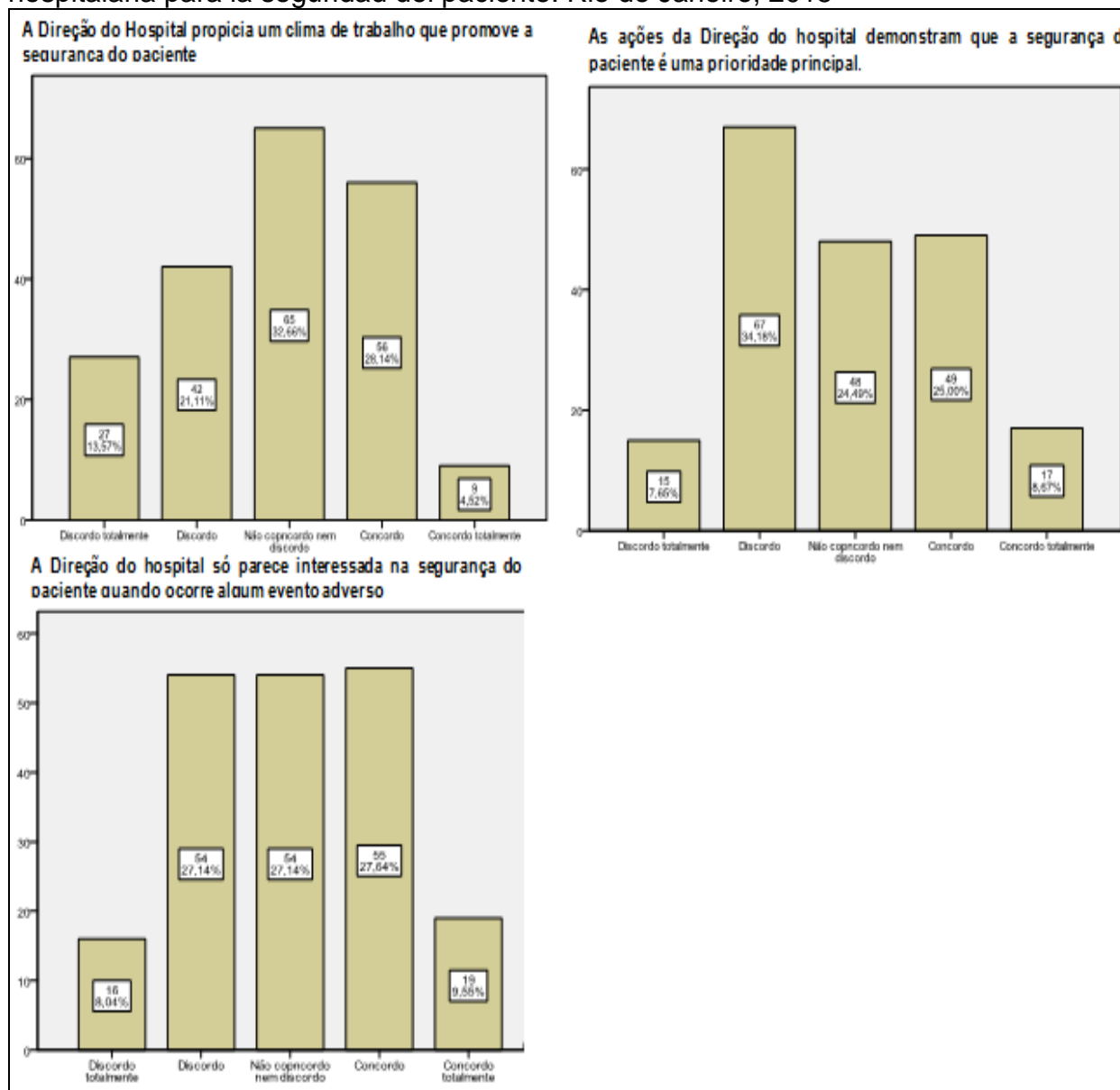
Tabla III- Distribución de las variables: Tiempo de trabajo en la actual área y horas semanales de trabajo de los participantes de la investigación, Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Variable		Nº absoluto	%
Tiempo de trabajo en el actual área o Unidad del hospital	1-Menos de 01 año	25	12.44%
	2-De 01 a 05 años	87	43.28%
	3-De 06 a 10 años	42	20.90%
	4-De 11 a 15 años	18	8.96%
	5-De 16 a 20 años	19	9.45%
	6-21 años o más	10	4.98%
Horas por semana de trabajo en el hospital	1-Menos de 20 horas por semana	06	2.97%
	2-20 horas a 39 horas por semana	148	73.27%
	3-40 horas a 59 horas por semana	40	19.80%
	4-60 horas a 79 horas por semana	06	2.97%
	5-80 horas a 99 horas por semana	02	0.99%

Fuente: Datos de la Investigación.

La **figura 2** muestra los datos obtenidos en la Dimensión apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente, que indican existir un sentimiento de que los dirigentes no propician un clima de trabajo coincidente con estas cuestiones. Los profesionales tampoco reconocen en la dirección, acciones que priorizen la seguridad del paciente, resultando evidente el poco interés de los gestores.

Figura 2 – Distribución de las frecuencias de la Dimensión Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente. Rio de Janeiro, 2015



Traducción de los subtítulos de la figura

La Dirección del hospital propicia un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente
 Las acciones de la dirección del hospital demuestran que la seguridad del hospital es una prioridad principal.

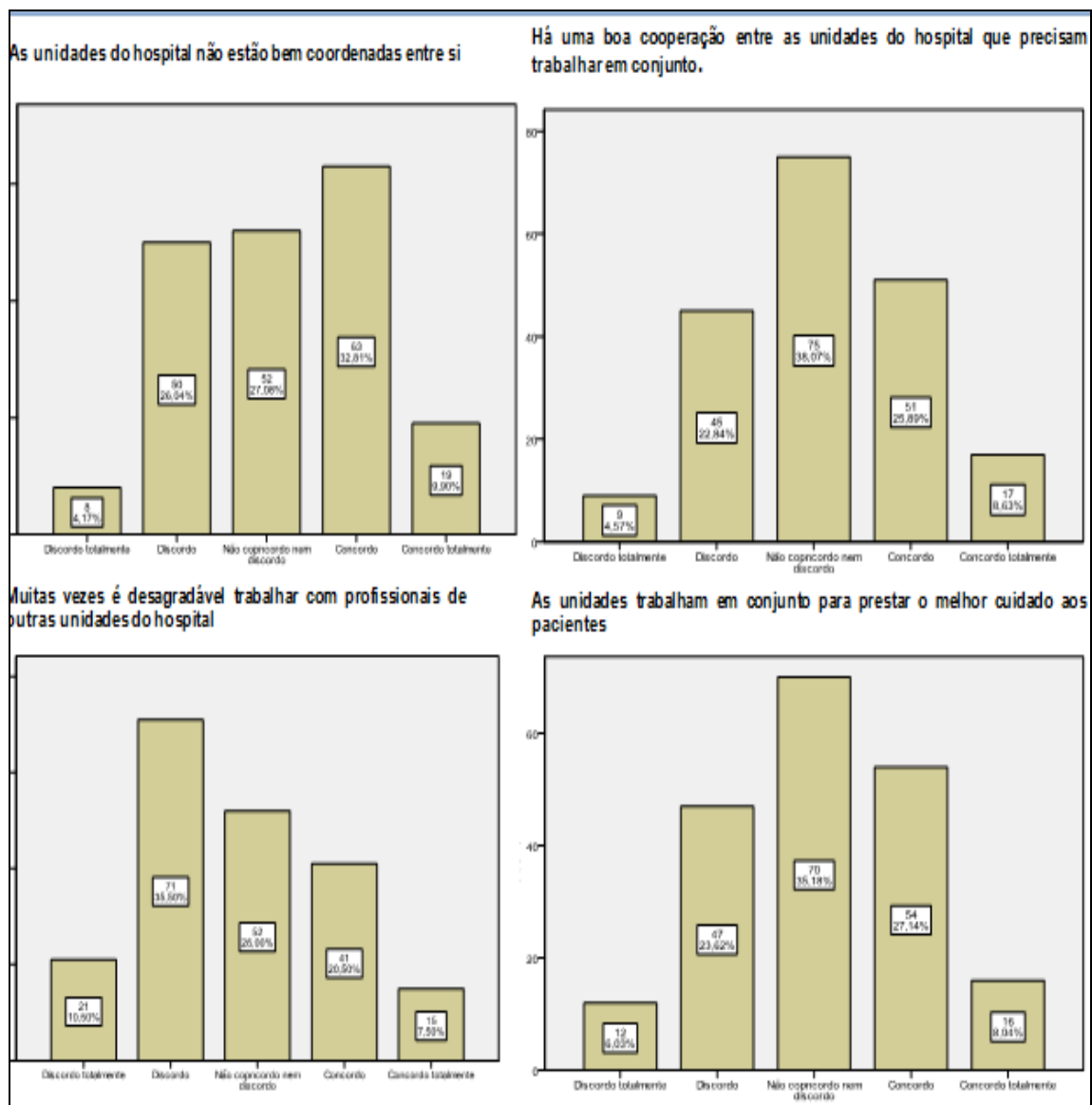
La Dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente cuando ocurre algún evento adverso.

Traducción de los subtítulos debajo de las columnas

- Totalmente en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La **figura 3**, muestra los datos relacionados con la Dimensión trabajo en equipo dentro de las unidades. Ellos indican que no existe una buena coordinación entre las unidades, que nos remite a las cuestiones de fallos gerenciales o de comando.

Figura 3 - Distribución de las frecuencias de la Dimensión Trabajo en equipo dentro de las unidades. Rio de Janeiro, 2015.



Traducción de los subtítulos de la figura

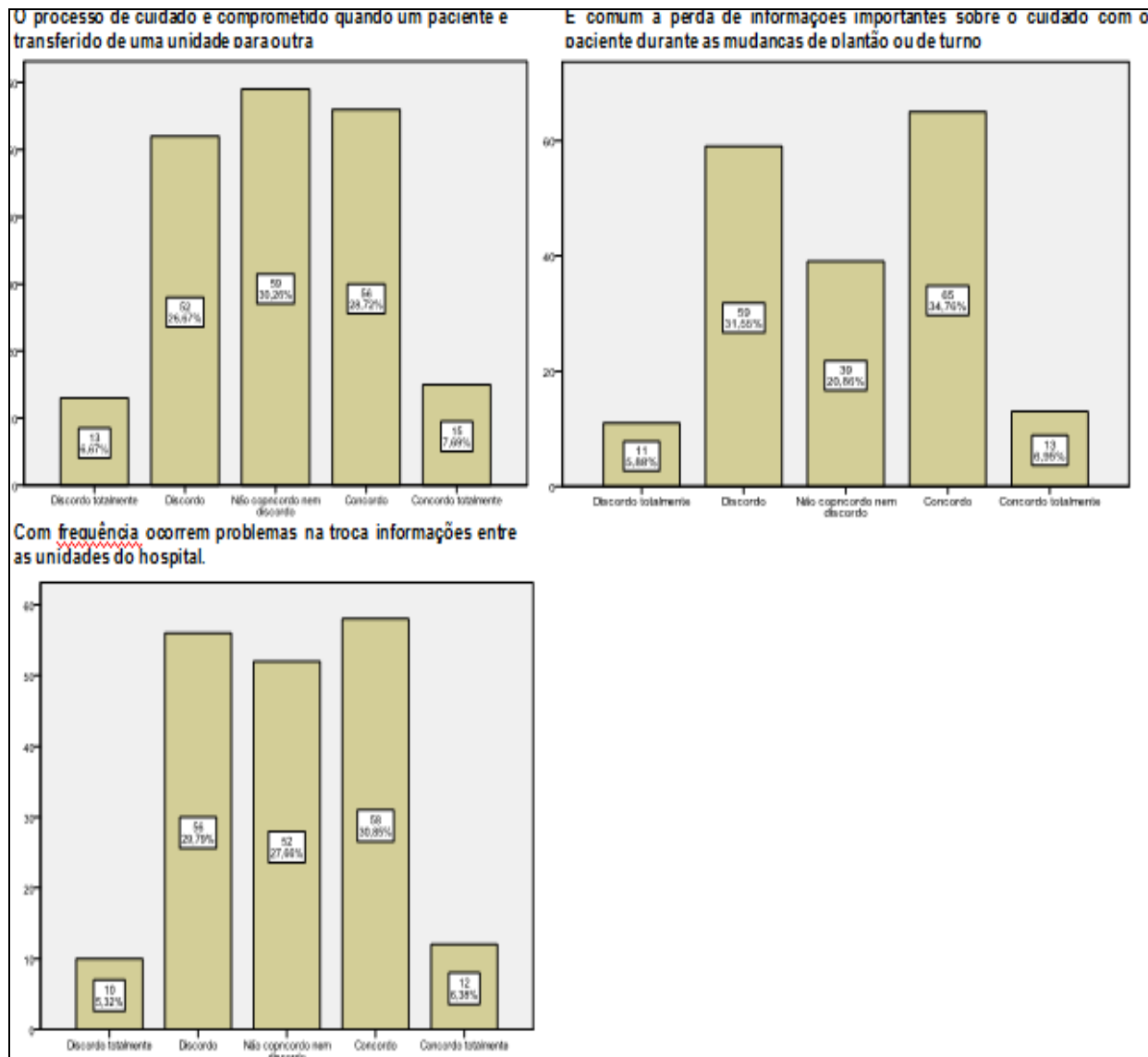
- Las unidades del hospital no están bien coordinadas entre sí
- Hay una buena cooperación entre las unidades del hospital que precisan trabajar en conjunto
- Muchas veces es desagradable trabajar con profesionales de otras unidades del hospital
- Las unidades trabajan en conjunto para prestart el mayor cuidado a los pacientes

Traducción de los subtítulos debajo de las columnas

- Totalmente en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La **figura 4** muestra los datos relacionados con la Dimensión cambios de guardia/turno y transferencias dentro de las unidades. Los datos indican que el proceso de cuidado es comprometido en las transferencias de los pacientes entre las unidades, estando totalmente coherente con la cuestión que indicó la no coordinación entre las unidades.

Figura 4 – Distribución de las frecuencias de la Dimensión Cambios de guardia/turno y transferencias dentro de las unidades. Rio de Janeiro, 2015.



Traducción de los subtítulos de la figura

El proceso de cuidado es comprometido cuando un paciente es transferido de una unidad a otra
 Es común la pérdida de informaciones importantes sobre el cuidado con el paciente durante los cambios de guardia o de turno

Con frecuencia ocurren problemas en el cambio de informaciones entre las unidades del hospital

Traducción de los subtítulos debajo de las columnas

- Totalmente en desacuerdo
- Desacuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

En la **tabla IV**, presentamos la comparativa de los resultados de las evaluaciones con sus respectivos porcentajes. De las 10 cuestiones investigadas, 04 obtuvieron evaluaciones positivas, aunque no puedan ser consideradas áreas fuertes para la seguridad del paciente, pues presentan marcadores < que 50%. También fueron 04 las cuestiones evaluadas como negativas y 02 cuestiones neutras.

Tabla IV- Distribución de las Evaluaciones de las Dimensiones Nivel de la Organización Hospitalaria- Rio de Janeiro (RJ), 2015.

Dimensiones	Cuestiones	Evaluación	%
Apoyo de la gestión hospitalaria para seguridad del paciente	1-La dirección del hospital propicia un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente	Negativa	34,68%
	2- Acciones de la dirección del hospital demuestran que la seguridad del paciente es una prioridad principal	Negativa	41,83%
	3- La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente cuando ocurre algún evento adverso	Negativa	37,19%
Trabajo en equipo entre las unidades	1. Las unidades del hospital no están bien coordinadas entre sí	Negativa	42,71%
	2. Hay unaa buena cooperación entre las unidades del hospital que precisan trabajar en conjunto	Neutro	34,52%
	3. Muchas veces es desagradable trabajar con profesionales de otras unidades del hospital	Positiva	46%
	4. Las unidades del hospital trabajan bien en conjunto para prestar el mejor cuidado a los pacientes	Neutro	35,18%
Passagens de plantão/turno y transferencias	1. El proceso de cuidado es comprometido cuando un paciente es transferido de una unidad a otra	Positiva	36,61%
	2. Es común la pérdida de informaciones importantes sobre el cuidado del paciente durante los cambios de guardia o de turno	Positiva	40,71%
	3. Con frecuencia ocurren problemas en el cambio de informaciones entre las unidades del hospital	Positiva	37,23%

DISCUSIONES

Los profesionales indicaron falta de apoyo y acciones del gestor en relación la seguridad del paciente, que interfieren negativamente en la implantación de las medidas de seguridad, cambios o revisiones de proceso y de flujos, en la incorporación de nuevas tecnologías, adquisición de nuevos equipamientos o materiales, necesarios para la implantación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente, de acuerdo con la Orden nº 529 de 03 de abril de 2013.

Batalha ⁽⁴⁾, en su estudio con profesionales de enfermería desarrollado en un hospital universitario localizado en el estado de São Paulo, encontró datos semejantes, con 53.6% de respuestas negativas, en referencia a un "nudo crítico" en esa cuestión, una vez que la administración hospitalaria podría motivar y propiciar un clima de trabajo saludable que favorecería la seguridad del paciente.

También corrobora con esos resultados el estudio de Massoco⁽¹³⁾, que encontró un porcentaje de 56.8%, de respuestas negativas, demostrando que también en la

institución investigada los profesionales no perciben acciones efectivas que demuestren que la seguridad del paciente es una prioridad.

Para que se establezca una cultura de seguridad es imprescindible que ese objetivo sea el "principio rector" de la institución. También es necesario que sus gestores y líderes se involucren en las situaciones cotidianas de la institución, creando un canal de comunicación efectivo con los profesionales responsables del cuidado directo, conociendo sus problemas y desafíos diarios ⁽¹⁴⁾. De esta forma, se establecen las relaciones de confianza, donde los errores y las necesidades quedan más claramente expuestos, facilitando las resoluciones y las intervenciones en los procesos de trabajo y en la capacitación permanente, "empoderando" a los profesionales para una asistencia segura ⁽¹⁴⁾.

La investigación señaló también que no existe una buena coordinación y cooperación entre las unidades y que los equipos no trabajan en conjunto para prestar el mejor cuidado.

También se hace necesario medidas de intervención que promuevan el desarrollo del trabajo entre los equipos de las diferentes unidades, para mejor coordinación, cooperación y comunicación entre los servicios/unidades y sus equipos

Carrera ⁽¹⁵⁾, en estudio desarrollado en un Hospital Oncológico Federal en el Municipio de Rio de Janeiro, encontró resultados semejantes, que le permitieron afirmar que en aquella institución no hay una cultura organizativa de trabajo en equipo entre las unidades, a pesar de que aquella institución está acreditada.

También ocurren problemas en el intercambio de informaciones entre las unidades, en los cambios de guardia, cambios de turno y en las transferencias, comprometiendo el proceso de cuidar, siendo comunes las pérdidas de informaciones, importantes para el cuidado seguro al paciente.

Estos datos nos sugieren la ausencia de una comunicación abierta y efectiva entre los profesionales, equipos, gestores y entre las unidades, siendo necesarias intervenciones urgentes, de todos los niveles para que se garantice una continuidad segura en la asistencia a los pacientes. Destacamos en este punto, las intervenciones de la Educación Continuada/Permanente, que deben invertir en la capacitación de todos los profesionales para los cambios de guardia y cambios de turnos donde las informaciones de los pacientes sean correctas y precisas.

CONCLUSIONES

El estudio demostró que los profesionales no reconocen en la organización y en sus gestores acciones que favorezcan o prioricen las cuestiones de la seguridad del paciente. Es necesaria la ampliación de las discusiones acerca del asunto en todos los niveles, comenzando por sus líderes y gestores, así como otras intervenciones, para que se establezca el clima de la Seguridad del Paciente en el hospital escenario del estudio. Vale destacar que el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, lanzado por el Ministerio de Salud a través de la Orden 529, de 01 de abril de 2013, tiene como objetivo general contribuir a la cualificación del cuidado en todos los establecimientos de salud del territorio nacional⁽¹⁶⁾, además de exigir de todas las instituciones asistenciales, la revisión de sus procesos y estrategias para la mitigación de las ocurrencias de errores, daños y eventos adversos en la atención a la salud.

Metas que solo podrían ser alcanzadas con la implicación de toda la organización hospitalaria, desde los profesionales que están en la línea de frente del cuidado hasta la dirección.

REFERENCIAS

- 1- Drucker PF. O melhor de Peter Drucker. A administração. São Paulo: Nobel, 2002.
- 2- Massarollo MCKB, Fernandes M.F. P. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 3- Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e Poder nas Organizações de Saúde. In: Kurcgant, P.(Coord) Gerenciamento em enfermagem. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.
- 4-Batalha EMSS. A Cultura de Segurança do Paciente na Percepção de Profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ensino. 2012.149 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
- 5-Agencia Nacional De Vigilância Sanitária- Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília – DF,2013.
- 6- Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. Tradução de Laura Berquó – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 7- Ministério Da Saúde. Cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente para monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde. Disponível em: portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../PPT_COLETIVA_SEGURANCA... Acesso em: 02/07/2013.
- 8- Mendes W. Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentações/PAINEIS...> Acesso em: 23/06/2013.
- 9- Marques PM. Proqualis.Taxomia-Classificação Internacional para Segurança do Paciente. Disponível em: <http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000656>. Acesso: 03/07/2013.
- 10- Oliveira MA *et al*. Gestão de Risco. In: Viana, DL; Leão, ER; Figueredo, NMA (Org). Especialidades em Enfermagem: atuação, intervenção, e cuidados de enfermagem. São Paulo: Yendis, 2010.
- 11- Gomes AQF. Iniciativas para a Segurança do Paciente difundidas na Internet por Organizações Internacionais: um estudo exploratório, 2008 2p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2008.
- 12- Reis TC. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2013.
- 13-Massoco EPC. Percepções da equipe de enfermagem de um hospital de ensino acerca da segurança do paciente [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem; 2012.
- 14- Paese F, Sasso GTMD.; Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Texto e Contexto Enferm, Florianópolis,2013 Abr-Jun;22(2):302-10.
- 15-Carrera SA. Cultura de Segurança do paciente: A percepção do enfermeiro em um hospital oncológico [dissertação] Mestrado em Enfermagem.Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2012. 141fl
- 16- Diário Oficial da União de 24/04/2013; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

Recibido: 5 de octubre 2015;
Aceptado: 29 de noviembre 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia