

Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería

Patient Safety Culture in Nursing Training

Isabel Cristina Meléndez Mogollón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9030-8935>

Marta Macías Maroto² <https://orcid.org/0000-0002-8918-7179>

Arelys Rebeca Álvarez González¹ <https://orcid.org/0000-0002-4209-2703>

¹Instituto Tecnológico Superior Libertad. Quito, Ecuador.

²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid, España.

*Autor para la correspondencia: icmelendez@itslibertad.edu.ec

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad del paciente es el conjunto de creencias, valores, costumbres, percepciones, normas, competencias y prácticas presentes en el clima organizacional de los profesionales de salud, lo cual se refleja en las acciones proactivas o reactivas de seguridad clínica.

Objetivo: Describir la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes durante la formación técnica en enfermería.

Métodos: Transversal y descriptivo. El cuestionario se administró a 113 estudiantes; igualmente se aplicó una guía de observación directa a 26 estudiantes durante el desarrollo de las prácticas de aprendizaje de enfermería en las simulaciones de atención a pacientes. Ambos instrumentos abordaron las principales dimensiones de la cultura de seguridad clínica.

Resultados: El 85,84 % fueron mujeres, la media de edad fue de 22,3 años, con una desviación típica de 4,156; el mayor porcentaje se ubicó en el grupo de 21 a 25 años con un 40,71 %. Los resultados sobre el conocimiento en seguridad del paciente fue que el 80,53 % tenía una percepción positiva sobre el error, el 57,52 % no definió si era necesario hablar de errores, el 71,68 % involucró el factor humano en el error y el 66,37 % consideró importante involucrar a los pacientes. La valoración de la práctica evidenció que 85,84 %

no identifica al paciente, mientras que 100 % de los estudiantes no perciben una respuesta punitiva ante errores en la evaluación de su práctica simulada.

Conclusiones: La cultura de seguridad es un conocimiento teórico para los estudiantes de enfermería y debe fortalecerse como competencia a nivel curricular.

Palabras clave: cultura de seguridad del paciente; formación en enfermería; cuidado.

ABSTRACT

Introduction: A culture of patient safety is the set of beliefs, values, customs, perceptions, norms, competencies, and practices present in the organizational climate of health professionals, a fact reflected in the proactive or reactive actions of clinical safety.

Objective: To describe the culture of patient safety in students during technical nursing training.

Methods: Cross-sectional and descriptive. The questionnaire was applied to 113 students. A direct-observation guide was also applied to 26 students during the development of nursing learning practices in patient care simulations. Both instruments addressed the main dimensions of clinical safety culture.

Results: 85.84% were women. The mean age was 22.3 years, with a standard deviation of 4.156. The highest percentage was in the group of 21 to 25 years of age, accounting for 40.71%. Regarding the results related to knowledge about patient safety, 80.53% had a positive error perception, 57.52% did not define whether it was necessary to talk about errors, 71.68% involved the human factor in error, and 66.37% considered it important to involve patients. The evaluation of performance showed that 85.84% did not identify the patient, while 100% of the students did not perceive a punitive response to errors in the evaluation of their simulated performance.

Conclusions: Safety culture is theoretical knowledge for nursing students and should be strengthened as a competency at the curricular level.

Keywords: patient safety culture; nursing training; care.

Recibido: 21/06/2019

Aceptado: 10/12/2019

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente como la reducción de riesgos de daños innecesarios a un mínimo aceptable, según los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto, relacionando esta seguridad con la disminución de riesgos asociados a la atención sanitaria, la cual recibe servicios de promoción, mantenimiento, vigilancia o restablecimiento de la salud.⁽¹⁾

A partir del año 1999, con la publicación del informe *Errar es Humano*, se visibilizaron los riesgos de la práctica clínica para el paciente,⁽²⁾ ubicando los errores clínicos como la séptima causa de muerte, lo que situó a la seguridad del paciente como una prioridad a abordar en los sistemas sanitarios.

Actualmente, los avances tecnológicos y la complejidad de la atención médica han provocado graves deficiencias en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La alta prevalencia de riesgos clínicos y los incidentes de seguridad han aumentado las preocupaciones y los desafíos para los sistemas de salud en esta área.^(4,5)

La cultura de seguridad del paciente se define como una dimensión de la cultura organizacional.⁽⁶⁾ Específicamente, es el producto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, lo que determina el compromiso de una organización de salud con la gestión de la seguridad del paciente.^(7,6) Particularmente, los expertos en seguridad han sugerido los componentes esenciales para la cultura de seguridad, como el trabajo en equipo, el apoyo al liderazgo, la comunicación⁽⁷⁾ y una cultura justa, así como una cultura de información y aprendizaje.⁽³⁾

En este sentido, las organizaciones con una cultura de seguridad positiva tienen comunicaciones basadas en la confianza, percepciones compartidas de la importancia de la seguridad, de la eficacia de las medidas preventivas y el apoyo a la fuerza laboral,⁽³⁾ que enfatizan las medidas preventivas o predictivas de seguridad más que las retrospectivas.⁽⁸⁾ Además, cuenta con un enfoque de sistema: "por qué" ocurrieron actos inseguros, en lugar del enfoque de persona, "quién" hizo los actos inseguros.⁽⁹⁾ Su desarrollo está sujeto a un ambiente de aprendizaje continuo, informando y discutiendo los riesgos clínicos y los incidentes de seguridad sin temor al castigo.⁽⁷⁾

Para la construcción de una cultura de seguridad, es necesario que exista una educación en seguridad clínica, pues los profesionales de salud deben estar familiarizados no solo con la seguridad, sino con la gestión de riesgos y con la inclusión de estos aspectos en los sistemas

de comunicación con el paciente.⁽¹⁰⁾ Esta cultura se puede abordar bajo un enfoque antropológico, que respeta al ser humano como dinámico y cambiante; o funcionalista, que se alinea a la percepción y a las prácticas a nivel de la organización.⁽¹¹⁾ Ambos enfoques requieren de una perspectiva crítica e integral en la evaluación de la cultura de seguridad.

Al indagar sobre el estado actual y últimos avances de la cultura de seguridad, se destaca el estudio sobre el análisis del soporte para el aprendizaje en la perspectiva de la seguridad del paciente, en donde se determinó la importancia del respeto, la autonomía, la innovación y los riesgos laborales como variables indispensables en la formación en seguridad del paciente, lo cual no se aborda como un fundamento en la formación ni se evalúa como aspecto requerido en el ejercicio.⁽¹²⁾

Adicionalmente, Cotanda y otros,⁽¹³⁾ en su análisis sobre la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente, por el alumnado de enfermería egresado de la universidad, detectaron, como problemas frecuentes asociados, la comunicación y el manejo deficiente de los registros clínicos y la poca importancia que se le otorga a la verificación permanente. Asimismo, se ha identificado una relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos,⁽¹⁴⁾ lo cual, particularmente en los profesionales de enfermería, se presenta en el clima organizacional sujeto al nivel de instrucción y puesto de trabajo actual.⁽¹⁵⁾

Es de interés considerar que el conocer la perspectiva de estos profesionales sobre la cultura de seguridad, puede contribuir a una asistencia segura.⁽¹⁶⁾ No obstante, otros estudios han evidenciado la influencia de otros elementos que deben tomarse en cuenta, como lo es la *incompetencia profesional* y las *horas de trabajo*, puesto que ambas se asocian frecuentemente a la causa de error.⁽¹⁷⁾

La enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado humano, y este es también la esencia de su práctica.⁽¹⁸⁾ La formación de profesionales en el cuidado considera aspectos curriculares esenciales de la práctica médica y enfermera, pero no declara oficialmente un eje dirigido a la formación de una cultura de seguridad del paciente que desarrolle modelos de atención centrada a la persona, como un sujeto activo capaz de permitir, cambiar o impedir una intervención sanitaria.⁽¹⁹⁾

La institucionalización de una cultura de seguridad es responsabilidad compartida entre todos los proveedores de atención,⁽⁶⁾ y el personal de enfermería tiene un papel central al enfrentar los desafíos de los sistemas de salud, pues o bien protegen la seguridad de los pacientes o los perjudican con prácticas inseguras.⁽⁹⁾ Es importante que se prepare a este profesional para cuidar y autocuidarse con seguridad, debido a que estas acciones reducirán

el desgaste y aliviarán la escasez crónica de talento humano en enfermería.⁽¹⁶⁾ Los enfermeros son parte esencial del equipo de salud, su ejercicio está centrado en el cuidado directo, continuo y permanente al paciente.⁽²⁰⁾ En estas prácticas debe reflejarse la filosofía organizacional de cultura de seguridad, pues son consecuencia de un proceso de formación que no incluye la cultura.

La formación de técnicos en enfermería se sustenta en la necesidad de actuar significativamente, no solo por ser parte de una tendencia de desarrollo mundial, sino como respuesta a esta demanda social, como lo es el derecho a una atención segura y libre de riesgos; inclusive, evaluar que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo.⁽²¹⁾ Todo lo anterior motivó esta investigación, cuyo objetivo es describir la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes durante la formación técnica en enfermería, constituyendo un aporte práctico a este campo del conocimiento.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. La población de estudio estuvo constituida por 1816 estudiantes, de los cuales se seleccionaron 113 sobre la base de un muestreo no probabilístico, de manera intencional y explícita, considerando como criterios de selección que los estudiantes estuvieran cursando el tercer periodo académico de técnico en enfermería durante los turnos matutino y vespertino, fueran mayores de edad, tuvieran presencia en las prácticas simuladas de laboratorio y firmaran del consentimiento informado.

La recolección de datos se efectuó a través de una encuesta y la observación de un taller práctico de simulación en el laboratorio. Se aplicó un cuestionario validado elaborado por *Columbié* y otros,⁽¹⁷⁾ que comprende 13 ítems con una escala de valoración tipo Likert de tres puntos, que fue seleccionado por su factibilidad y utilidad para evaluar la cultura de seguridad clínica, en las dimensiones de: percepción sobre prevención de errores, errores asociados al sistema, factor humano, trabajo en equipo y participación del paciente. La observación se realizó con una guía de observación de elaboración propia validada por juicio de dos expertos en el área de seguridad clínica y constituida por 10 ítems que valoraron la comunicación, la respuesta punitiva ante errores, el trabajo en equipo, el liderazgo y la toma de decisiones.

La administración de instrumentos tuvo lugar en los espacios donde los estudiantes realizaban sus prácticas simuladas de enfermería básica y administración de medicamentos. Se utilizó estadística descriptiva para resumir los resultados del estudio. Para las variables cuantitativas, se utilizó la media y la desviación estándar. Las cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes. Los datos fueron procesados a través del programa SPSS versión 25.

Se solicitó autorización al rectorado del ITSL para la realización de la investigación y todos los estudiantes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Resultados

De los 113 estudiantes de la muestra, 97 (85,84 %) fueron del sexo femenino. La media obtenida fue de 22,3 años con una desviación típica de 4,156; el mayor porcentaje se ubicó entre el grupo de 21 a 25 años (40,71 %), luego el grupo de 18 a 20 años (39,82 %), lo que evidenció un predominio de población joven.

Los conocimientos y percepciones sobre cultura de seguridad se representan en la tabla 1, estructurados en cinco dimensiones: percepción sobre prevención de errores, errores asociados al sistema, factor humano, trabajo en equipo y participación del paciente. Entre ellos se destaca una percepción positiva de prevención, trabajo en equipo y participación del paciente, identificados mayormente como aspectos que contribuyen a la seguridad, tal como se evidencia a continuación.

Tabla 1- Conocimientos y percepciones sobre cultura de seguridad

Dimensión	Ítems	Siempre	Algunas veces	Nunca	Total
		%	%	%	%
Percepción sobre prevención de errores	La formación prepara para prevenir errores en la práctica de enfermería.	80,53	15,05	4,42	100
	La enseñanza sobre seguridad del paciente debe ser una prioridad.	85,84	12,39	1,77	100
	Aprender sobre seguridad antes de graduarse te convierte en un profesional más efectivo.	86,73	11,50	1,77	100
Errores asociados al sistema	Es posible hablar con el docente sobre errores cometidos que resultaron en un daño.	39,82	57,52	2,65	100
	Los turnos más cortos de trabajo reducen los errores.	23,89	47,79	28,32	100
	No tomar descansos regulares durante los turnos de enfermería aumenta el riesgo de cometer errores.	42,48	48,67	8,85	100

	No es necesario reportar errores que no resulten en eventos adversos para el paciente.	35,40	28,32	36,28	100
Factor humano	Los enfermeros más experimentados y competentes cometen errores.	18,58	71,68	9,73	100
	Un verdadero profesional no comete errores.	11,50	55,75	32,74	100
	La mayoría de los errores en la asistencia sanitaria derivan de enfermeras descuidadas.	30,91	60,91	8,18	100
Trabajo en equipo	Un mejor trabajo en equipo multidisciplinario reducirá los errores.	66,37	30,09	3,54	100
	Adquirir habilidades de trabajo en equipo reducirá los errores en la práctica	78,76	17,70	3,54	100
Participación del paciente	Estimular a los pacientes a estar más involucrados ayuda a reducir los riesgos.	66,37	30,09	3,54	100

Las prácticas de seguridad del paciente en las actividades experimentales de aprendizaje se valoraron sobre la base de cinco dimensiones observadas en tres contactos. La primera fue la comunicación: 11,54 % identificó verbalmente al paciente simulado en el registro pertinente y 73,08 % estableció una comunicación fluida con el docente.

En segundo lugar, se evaluó la respuesta punitiva ante errores: 65,38 % comunicó al docente las debilidades en el desarrollo de los procedimientos, y al 100 % no le afectó el cometer errores en su evaluación. Seguidamente, la tercera dimensión, referida el trabajo en equipo, arrojó que 73,08 % coordinó con el equipo para realizar procedimientos, 96,15 % se integró con sus compañeros para el desarrollo de procedimientos y 73,08 % no verificó la ejecución del procedimiento junto a estudiantes y docentes.

No obstante, las últimas dos, referidas al liderazgo y toma de decisiones, indicaron que, del total de los estudiantes observados, 76,92 % no dirigió el desarrollo de procedimientos. En concordancia, 80,77 % no tomó decisiones junto al equipo de trabajo y el 100 % no realizó un reporte de eventos adversos.

Tabla 2- Acciones de seguridad observadas en los estudiantes de enfermería durante su práctica simulada

Dimensiones	Ítems	Sí	No	Total
		%	%	%
Comunicación	Identifica al paciente simulado verbalmente y en el registro.	11,54	88,46	100,00
	Establece una comunicación fluida con el docente.	73,08	26,92	100,00
Respuesta punitiva ante errores	Expresa debilidades en el desarrollo de los procedimientos.	65,38	34,62	100,00
	Los errores afectan la evaluación del estudiante.	0,00	100,00	100,00
Trabajo en equipo	Existe coordinación entre el equipo para realizar procedimientos.	73,08	26,92	100,00
	Se integra en el desarrollo de procedimientos con sus compañeros.	96,15	3,85	100,00
	Verifica la ejecución del procedimiento junto al equipo.	26,92	73,08	100,00
Liderazgo	Dirige el desarrollo de procedimientos.	23,08	76,92	100,00

Toma de decisiones	Toma decisiones junto al equipo de trabajo.	19,23	80,77	100,00
	Realiza un reporte de eventos adversos.	0,00	100,00	100,00

Discusión

La seguridad del paciente es una de las principales prioridades de la atención sanitaria, y todos los estudiantes del área de la salud, en este caso, la de enfermería, tienen la posibilidad y la responsabilidad de minimizar los riesgos para el paciente, como una herramienta imprescindible la educación y la capacitación.⁽²³⁾ En este sentido, este estudio ha permitido conocer la percepción de la cultura de seguridad, al interpretar los conocimientos y prácticas de la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes durante su formación.^(24,25)

En detalle, la percepción sobre prevención de errores se presenta de forma positiva, pues los estudiantes expresan que desarrollan una capacidad y competencia adecuadas para la seguridad del paciente, lo que permite afirmar que la formación en enfermería los prepara para los entornos a los que se van a enfrentar durante el ejercicio, en correspondencia al reto planteado por *Vaismoradi* y otros,⁽²⁶⁾ quienes afirman que la preparación de enfermería debe prever los espacios de trabajo complejos y desafiantes a los que se incorporan los recién graduados que, en la mayoría de los casos, producen estrés.

En este mismo contexto, los estudiantes reconocen y admiten que los errores y las fallas, son aspectos fundamentales ya cubiertos en la educación sobre cultura de seguridad del paciente, asociados a un clima de confianza en el ambiente de aprendizaje, en contraposición a estudios que plantean la dificultad de cuestionar la autoridad comunicando errores.⁽²⁷⁾

Estas actitudes pueden contribuir a la identificación temprana del error y a la toma de decisiones, como elementos indispensables en el manejo proactivo de la seguridad clínica.

Por otro lado, la percepción en relación con su entorno laboral, asociando o no el error al sistema, se presentó como factor influyente, lo que afecta la forma en que los estudiantes se ven a sí mismos profesionalmente y puede reflejarse directamente en el paciente.⁽¹⁶⁾ En consecuencia, existe concordancia entre los hallazgos y otros estudios internacionales de seguridad dirigidos a profesionales de enfermería, al ratificar la trascendencia del entorno en el desempeño.^(3,25)

Asimismo, otras dimensiones de seguridad se presentan como un desafío permanente, como lo es el trabajo en equipo y la participación del paciente,⁽²⁷⁾ puesto que existe integración y coordinación, pero no se verificó el éxito de las intervenciones en equipo. Dentro de estos parámetros, se presentan las relaciones del equipo sujetas al paradigma en que se

desarrollan, aspecto que prevalece hasta el ejercicio profesional de estudiante, lo que limita sustancialmente el logro de estos elementos de seguridad.^(28,29)

Entre los aspectos a fortalecer a nivel curricular se ubican la falta de compromiso de liderazgo y la gestión ineficiente,⁽⁴⁾ pues la mayoría de los estudiantes observados no dirige los procedimientos, evade la toma de decisiones e incumple con los reportes de eventos adversos. Estas debilidades repercuten en otros aspectos asociados que promueven una cultura de seguridad, como son: la comunicación, el trabajo en equipo, la identidad con el entorno y la satisfacción con el sistema.^(30,31,32)

Es necesario trabajar en la formación práctica de enfermería, la inconsistencia en la comunicación del equipo, la actitud negativa hacia el trabajo, la falta de voluntad para realizar tareas,⁽³³⁾ la falta de descripciones de los trabajos,⁽²⁹⁾ la brecha en el compromiso y la coordinación,⁽¹³⁾ la insuficiencia en la comunicación y la interacción,⁽¹⁴⁾ y la falta de una cultura de trabajo en equipo.⁽⁶⁾ De igual modo, resulta favorable la inclusión de modelos de liderazgo y análisis de errores como parte del fortalecimiento académico,⁽²⁷⁾ incitando a evaluar la necesidad de una supervisión directa y permanente, de manera que el estudiante satisfaga las demandas de gestión de riesgos de la actualidad.⁽³⁴⁾

Es importante destacar que no es sostenible mantener una cultura de seguridad del paciente bajo un enfoque reactivo, es decir, actuando posterior al error.⁽³⁵⁾

En conclusión, el desarrollo de una cultura de seguridad no es un trabajo fácil, pero es un elemento de competencia que debe presentarse como un eje transversal en la formación, pues atiende proactivamente a la prevención de eventos adversos.

El estudio revela insuficiencias existentes sobre el factor humano, liderazgo, comunicación y toma de decisiones dentro de la cultura de seguridad. Es necesario que se generen ideas e innovaciones curriculares que permitan asegurar al estudiante un desempeño académico y el éxito profesional, como el incluir listas de verificación o sistemas de reporte de eventos adversos que fortalezcan las prácticas del sistema de enseñanza en materia de seguridad; así también, emplear estrategias de enseñanza que promuevan el pensamiento proactivo.

El presente estudio es punto de partida para futuras investigaciones en materia de seguridad clínica del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2009 [acceso: 27/10/2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
2. Villareal J, Gómez D, Bosques F. Errar es humano. Revista medicina universitaria. 2011 [acceso: 27/10/2018];13(51):69-117. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>.
3. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. BMC Health Serv Res. 2018 [acceso: 27/10/2018];18(1):654. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30134980>
4. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. Assessment of clinical risk management system in hospitals: an approach for quality improvement. Glob J Health Sci. 2015 [acceso: 27/10/2018];7(5):294-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26156927>
5. Farokhzadian J, Nayeri ND, Borhani F. Rocky milieu: challenges of effective integration of clinical risk management into hospitals in Iran. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015 [acceso: 27/10/2018];10(1):27040. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25968444>
6. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013 [acceso: 27/10/2018];158(5_Part_2):369-74. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/issue/promoting-culture-safety-patient-safety-strategy-systematic-review>
7. Croll ZT, Coburn AF, Pearson KB. Promoting a culture of safety: use of the hospital survey on patient safety culture in critical access hospitals. Flex Monitoring Team Briefing. 2019 [acceso: 22/01/2019];4:1-25. Disponible en: https://digitalcommons.usm.maine.edu/rural_hospitals/15/
8. Colla J, Bracken A, Kinney L, Weeks W. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005 [acceso: 22/01/2019];14(5):36-6. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364>
9. Friesen MA, Farquhar MB, Hughes R. The nurse's role in promoting a culture of patient safety Culture of Safety. ANA. 2016 [acceso: 22/01/2019]. Disponible en:

<https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/culture-of-safety/>.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid. La seguridad del paciente en siete pasos. Informe. Madrid: Secretaría General de Sanidad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2005 [acceso: 22/01/2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
11. Arias-Botero José Hugo GARD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med. 2017 [acceso: 01/12/2018];31(2):180-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052017000200180&lng=en.
12. Paranaguá T, Bezerra AL, Tobías G, Ciosak S. Soporte para aprendizaje en la perspectiva de la seguridad del paciente en la atención primaria de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem;. 2016 [acceso: 01/12/2018];24:e2771. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100390&lng=en
13. Cotanda Sanchis MJ, Martínez-Sabater A, Ballestar-Tarín ML, Casal Angulo MC. Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad. Gerokomos; 2015 [acceso: 01/12/2018];26(3):84-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300003&lng=es
14. Mori NR. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 Perú [tesis]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo sede Ate; 2018 [acceso: 01/12/2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12905>
15. Ortega LT. Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesionales de enfermería de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador 2016. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018 [acceso: 01/12/2018];. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29669>
16. Tondo Juliana Cristina Abbate, Guirardello Edinêis de Brito. Perception of nursing professionals on patient safety culture. Rev. Bras. Enferm. 2017;70(6):1284-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>

17. Columbié Pileta Miday, Morasen Robles Eloy, Daudinot Bárbara, Pría Barros María del Carmen, Moya Bisset Yunaisy, Couturejuzón Lourdes. Instrumento para explorar nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente en estudiantes de pregrado. *Educ Med Super.* 2016 [acceso: 10/12/2019];30(2):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200009&lng=es
18. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer.* 2006 [citado 2018 Dic 05];22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
19. Roccoa C, Garrido A. Seguridad del paciente y Cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2017 [acceso: 04/12/2018];28(5):785-95. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
20. García M, Arana B, Cárdenas L, Monrroy A. Cuidados de la Salud: Paradigma del personal de enfermeros en México - La reconstrucción del camino. *Rev Enferm.* 2009 [acceso: 04/11/2018];13(2):287-96. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente en la República de Colombia. Bogotá: Buenos y Creativos. 2008 [acceso: 04/11/2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
22. Chrizostimo MM, Brandão AAP. La formación profesional del enfermero: estado del arte. *Revista Enfermería Global.* 2015 [acceso: 05/12/2018];14(4):414-45. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/208841>
23. Liu H, Li Y, Zhao S. Perceptions of patient safety culture among medical students: a cross-sectional investigation in Heilongjiang Province, China. *BMJ Open.* 2018 [acceso: 05/12/2018];8(7):e020200. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326361025_Perceptions_of_patient_safety_culture_among_medical_students_a_cross-sectional_investigation_in_Heilongjiang_Province_China
24. Rigobello Mayara Carvalho Godinho, Carvalho Rhanna Emanuela Fontenele Lima de, Cassiani Silvia Helena De Bortoli, Galon Tanyse, Capucho Helaine Carneiro, Deus

- Nathália Nogueira de. The climate of patient safety: perception of nursing professionals. Acta paul. enferm. 2012;25(5):728-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
25. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitude questionnaire. J Crit Care. 2013 [acceso: 22/01/2019];28(1):51-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228323878_Safety_climate_in_5_intensive_care_units_A_nationwide_hospital_survey_using_the_Greek-Cypriot_version_of_the_Safety_Attitudes_Questionnaire
26. Vaismoradi M, Salsali M, Ahmadi F. Perspectives of Iranian male nursing students regarding the role of nursing education in developing a professional identity: a content analysis study. Jpn J Nurs Sci. 2011 [acceso: 22/01/2019];8(2):174-83. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51834616_Perspectives_of_Iranian_male_nursing_students_regarding_the_role_of_nursing_education_in_developing_a_professional_identity_A_content_analysis_study
27. Doyle Pea. Self-reported patient safety competence among Canadian medical students and postgraduate trainees: a cross-sectional survey. BMI Qual Saf. N. 2015 [acceso: 22/01/2019];24(12):135-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25605953>
28. Scwendimann R, Zimmermann N, Kung K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss hospitals units: an exploratory study. BMJ Qual Saf. 2013 [acceso: 22/01/2019];22(1):32-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773888>
29. Vaismoradi M, Bondas T, Salsali M, Jasper M, Turunen H. Facilitating safe care: a qualitative study of Iranian nurse leaders. J Nurs Manag. 2014 [acceso: 22/01/2019];22(1):106-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410196>
30. WHO. 10 facts on patient safety. 2019 [acceso: 22/01/2019]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
31. Gómez O, Arenas W, Gozáles L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería. 2011 [acceso: 22/01/2019];XVII(3):97-111. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>

32. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. Rev Saúde Pública. 2014 [acceso: 22/01/2019];48(1):170-85. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/en_0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf
33. Sujan MA. A novel tool for organisational learning and its impact on safety culture in a hospital dispensary. Reliab Eng & Syst Safe. 2012 [acceso: 22/01/2019];101:21-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257391876_A_novel_tool_for_organisational_learning_and_its_impact_on_safety_culture_in_a_hospital_dispensary
34. Ginsburg LRea. Not another safety culture survey: using the Canadian patient safety climate survey (Can-PSCS) to measure provider perceptions of PSC across health settings. BMJ Qual Saf. 2014 [acceso: 22/01/2019];23:21-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257391876_A_novel_tool_for_organisational_learning_and_its_impact_on_safety_culture_in_a_hospital_dispensary
35. Arias JH, Gómez RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med. 2017 [acceso: 30/11/2018];31(2):180-91. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052017000200180&lng=en

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Contribuciones de los autores

Isabel Cristina Meléndez Mogollón: realizó el diseño de la investigación, búsqueda de información, administración y procesamiento de recolección de datos y aplicación de métodos investigativos.

Marta Macías Maroto: trabajó en el asesoramiento metodológico, búsqueda de información y revisión técnica.

Arelys Rebeca Álvarez González: ejecutó el asesoramiento metodológico, revisión de narración y estilo.

Todas las autoras estuvimos de acuerdo con la versión final del manuscrito.