

Artículo original

Percepción de la cultura de seguridad de las personas en los trabajadores de un hospital del tercer nivel

Perception of The Patient Safety Culture in the Workers of a Tertiary Hospital

Rosa María Blanco Quintana^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4112-1186>

Yuliett Mora Pérez² <https://orcid.org/0009-0003-5563-6989>

Tania Solange Bosi de Souza Magnago³ <https://orcid.org/0000-0002-5308-1604>

¹Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”. La Habana, Cuba.

²Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

³Universidad Federal de Santa María. Santa María, Brasil.

*Autor para la correspondencia. rosamariabq@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad de las personas es uno de los indicadores de gestión hospitalaria que permite identificar los riesgos donde su ocurrencia no se reporta, y crea peligros en la atención sanitaria.

Objetivo: Evaluar la percepción de la cultura de seguridad de las personas en los trabajadores de un hospital del tercer nivel de atención.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal, en el Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País, La Habana, Cuba, de enero a mayo del 2022. La población fue de 417 trabajadores, seleccionados de manera intencional, con criterios de inclusión, tener contacto directo con las personas. Se les aplicó el cuestionario adaptado al contexto cubano *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, para identificar las fortalezas y debilidades, se utilizó el programa IBM SPSS v21.0, por medio de frecuencias absoluta (N) y relativa (%), medias y desviación-padrón.

Resultados: En el análisis global de las dimensiones, se observan resultados positivos en cinco de ellas, con mayor puntuación fueron: trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios (85,01 %); expectativas/acciones para promover la seguridad de la persona por parte de superior (81 %); de bajo porcentaje: distribución del personal 46 % y respuesta no sancionable al error con un 47,02 %, la consistencia interna del cuestionario fue de 0,87.

Conclusiones: La percepción de los trabajadores en cuanto a la seguridad de las personas es baja, hay que tener en cuenta sus dimensiones negativas para trabajar con los errores y crear ambientes de seguridad y aprendizaje.

Palabras clave: seguridad del paciente; calidad de la atención de salud; atención hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: people's safety culture is one of the hospital management indicators that allows identifying risks where their occurrence is not reported, and creates dangers in healthcare.

Objective: to evaluate the perception of people's safety culture in workers at a tertiary care hospital.

Methods: a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out at the Frank País International Orthopedic Scientific Complex, Havana, Cuba, from January to May 2022. The sample was 417 workers selected intentionally, with inclusion criteria., have direct contact with people, the questionnaire adapted to the Cuban context Hospital Survey on Patient Safety Culture was applied, to identify strengths and weaknesses, the IBM SPSS v21.0 program was used, through absolute frequencies (N) and relative (%), means and standard deviation.

Results: the global analysis of the dimensions shows positive results in five of them, with the highest scores: teamwork within the units/services for 85.01%; expectations/actions to promote personal safety by superiors with 81.00%; low percentage: distribution of personnel 46.00 % and non-punishable response to error with 47.02%, the internal consistency of the questionnaire was 0.87.

Conclusions: the perception of workers regarding people's safety is low, its negative dimensions must be taken into account to work with errors and create an environment of safety and learning.

Keywords: patient safety; quality of health care; hospital care.

Recibido: 02/02/2024

Aceptado: 02/05/2024

Introducción

En el año 1999, científicos americanos, en el informe *Errar es de Humano*: con la visión de mostrar el alto índice de eventos adversos (EA) en el sistema de salud, exponen que los errores están presentes en los procedimientos y acciones brindados a las personas, dirigidos y realizados por sistemas frágiles y vulnerables a cometer errores.⁽¹⁾ Para los servicios sanitarios, garantizar la seguridad a las personas (SP) es la clave para obtener resultados con calidad, aspecto contemplado por la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽²⁾ la cual creó la Alianza Mundial para la SP en el año 2004 y trazó objetivos para su divulgación, implementación e investigación en el ámbito de la salud a nivel Mundial.⁽²⁾

La OMS define SP como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria, su objetivo es prevenir la integridad de las personas durante la prestación de los servicios sanitarios; es responsabilidad de las organizaciones e instituciones de salud prevenir los errores y, a la vez, aprender de ellos para crear un ambiente confiable de Cultura en la Seguridad de las personas (CSP).⁽²⁾ La CSP se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, de las actitudes, percepciones y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud;⁽³⁾ implementar una CSP en instituciones de salud fomenta la notificación de EA para facilitar la ejecución de prácticas seguras.^(4,5,6)

Cuba se suma a la Alianza Mundial para la SP de la OMS en el año 2008, con el objetivo de adecuar las metas en programas de organización y calidad asistencial para las personas, a través de capacitación, implementación, evaluación y seguimiento de los resultados.⁽⁷⁾

Para ello, en el año 2016, el Ministerio de Salud Cubano diseñó el Manual de Acreditación Hospitalario,⁽⁸⁾ se establecen 41 estándares, uno de ellos centrado en la atención a SP con 27 indicadores; no obstante, no se elaboraron métodos de reporte de EA que garanticen la percepción y el control de la SP.

En el contexto, el Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País (CCOI Frank País), propone la investigación para instaurar la CSP, que signifique empoderar las pautas de actuación relacionado a la calidad asistencial, su implementación y consolidación, manifiesta la búsqueda de mejores estándares relacionados con la SP. Con estos antecedentes, El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de la cultura de seguridad de las personas en los trabajadores de un hospital del tercer nivel de atención.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal, en áreas hospitalarias del CCOI Frank País, en el período de enero a mayo del año 2022. La población de estudio estuvo conformada por 417 trabajadores físicos en el momento del trabajo de campo, seleccionados de manera intencional, con criterio de inclusión: tener contacto con los pacientes. Se le aplicó el cuestionario adaptado lingüística al contexto cubano HSOPSC.

La recolección de datos se efectuó a través del Cuestionario Hospitalario sobre Seguridad de la persona (HSOPSC),⁽⁹⁾ desarrollado en el año 2004 por la “*Agency of Healthcare Research and Quality*” (AHRQ),⁽¹⁰⁾ traducido al idioma Español y validado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, los autores aplican el cuestionario HSOPSC con adaptación lingüística al contexto cubano, bajo concepto ético se solicitó permiso al Ministerio de Sanidad de España para su uso en esta investigación y fueron definidos en los artículos 13 y 53 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las administraciones públicas.

El cuestionario HSOPSC contiene 12 dimensiones, 42 ítems y tres secciones. La sección A, abarca las dimensiones relacionadas con los resultados de la CSP; la B, las dimensiones que miden la CSP por unidad/servicio y la C, las dimensiones relacionadas con la CSP en todo el hospital, con preguntas formuladas en sentido positivo y negativo.⁽⁹⁾

Sus 12 dimensiones analizan: 1. Percepción general de la seguridad de la persona; 2. Frecuencia de notificación de eventos; 3. Expectativas/acciones para promover la SP por parte de superior; 4. Aprendizaje organizativo y mejora continua; 5. Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios; 6. Comunicación abierta; 7. Retroalimentación y comunicación sobre el error; 8. Respuesta no sancionable al error; 9. Distribución del personal; 10. La dirección crea programas para la SP; 11. Trabajo en equipo multidisciplinario; y 12. Continuidad (transferencias y traspasos).

Los autores se dirigieron a 22 departamentos de áreas hospitalarias, seleccionados al azar. Para la recolección de los datos cuantitativos, se creó una base de datos en Microsoft Excel 2010, del sistema operativo. Posteriormente, se exportó la información para el IBM SPSS v21.0 por medio de frecuencias absolutas (N) y relativas (%), medias y desviación-padrón. En el análisis de cada ítem se conservaron las opciones de respuesta originales, para el análisis global por dimensiones, se invirtió la escala de las preguntas que estaban formuladas en sentido negativo para facilitar los resultados. Por recomendación de AHRQ.⁽¹⁰⁾ Las respuestas a estas preguntas se recogieron mediante escala Likert de 5 categorías donde: 1. Total desacuerdo; 2. Desacuerdo; 3. Ni siquiera estoy de acuerdo; 4. De acuerdo; 5. Muy de acuerdo; valorados original del 1 al 5 y posteriormente se recodificó la escala de Likert en tres categorías: negativo (para la escala 1,2) neutral (3) y positivo (escala 4,5).⁽¹⁰⁾ Se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, para cada uno de los ítems y para el indicador compuesto de cada dimensión, mediante la fórmula:⁽¹⁰⁾

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplearon los siguientes criterios alternativos:

≥ 75 % de respuestas positivas (De acuerdo, Muy de acuerdo) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 75 % de respuestas negativas (Total desacuerdo / Desacuerdo) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora o debilidad, se emplearon los siguientes criterios alternativos:

≥ 50 % de respuestas negativas (Total desacuerdo / Desacuerdo) a preguntas formuladas en positivo.

≥ 50 % de respuestas positivas (Acuerdo / Conuerdo total) a preguntas formuladas en negativo.

Previo consentimiento informado y explicación del objetivo de la investigación, se entregó el cuestionario HSOPSC impreso a cada participante, su llenado fue autoadministrado. Se respetó el criterio y anonimato de cada participante, el Comité Científico de la institución emitió su Aval acuerdo 4/2022.

Resultados

El cuestionario fue respondido por 417 (88 %), excluidos 59 por decisión de los participantes de no completar el cuestionario y 15 con más del 45 % de datos faltantes en su llenado. Procedían de 22 departamentos del CCOI Frank País, con mayor participación en fisioterapia y rehabilitación con 97,06 % (n = 31) y consulta externa 83,03 %; (n = 30); con menos participación se encuentran los administrativos 13 % (n = 23) y hospitalización 33,05 % (n = 587), el personal de enfermería aportó 166 participantes (40 %), 94 licenciados 50,04 % y 72 técnicos 57 %.

Predominó el grupo de edades de 41 a 50 años, 30,06 % (n = 128), y de 51-60, 29,01 % (n = 121). En las categorías ocupacionales predominaron los licenciados con un 50 % (n = 210), los años de trabajo fueron de 21 a 30 años para un 39 % (n = 162), en turno de trabajo prevaleció el de ocho horas con el 64,09 %; y el 63,03 % (n = 263) de los participantes tienen contacto con las personas (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución porcentual de trabajadores según datos sociodemográficos

Variables	n.º	%
-----------	-----	---

Sexo		
Femenino	318	76,03
Masculino	99	23,07
Edad (años)		
20-30	46	11,03
31-40	79	18,09
41-50	128	30,06
51-60	121	29,01
≥ 61	43	10,03
Categorías ocupacionales		
Especialistas	32	7,07
Licenciados	210	50,04
Técnicos	126	30,02
Residentes	4	0,96
Otros	45	10,08
Tiempo de trabajo en el sector (años)		
< 1	2	0,47
1-10	61	14,06
11-20	106	25,04
21-30	162	38,08
31-40	61	14,06
≥ 41	25	5,09
Contacto directo con las personas		
Sí	263	63,03
No	154	36,07
Turno de trabajo		
8 horas	271	64,09
12 horas	146	35,01

Las dimensiones con fortaleza fueron cinco, de ellas, con mayor fortaleza: trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios (85,01 %), expectativas/acciones para promover la SP por parte de superior (81 %). Sin embargo, las dimensiones con puntuación baja fueron siete, con valores mínimos: distribución del personal (46 %) y respuesta no sancionable al error

(47,02 %). La consistencia interna del cuestionario HSOPSC adaptado al contexto cubano a partir de la medición del coeficiente α de Cronbach fue de 0,87, clasificada como excelente (tabla 2).

Tabla 2 - Porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas de cada dimensión y valor del α Cronbach del cuestionario HSOPSC (N = 417)

Dimensiones HSOPSC	Cultura de SP			Alfa de Cronbach
	Negativa	Neutral	Positiva*	
	%	%	%	
1. Percepción general de la SP	37,06	4,08	57,06	0,72
2. Frecuencia de notificación de eventos	20,06	4,04	75,00	0,82
3. Expectativas/acciones para promover la SP por parte de supervisión	15,04	3,06	81,00	0,74
4. Aprendizaje organizativo y mejora continua	24,01	6,05	69,03	0,88
5. Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios	8,02	6,07	85,01	0,89
6. Comunicación abierta	34,06	8,04	56,09	0,73
7. Retroalimentación y comunicación sobre el error	18,08	6,01	75,00	0,81
8. Respuesta no sancionable al error	48,02	4,05	47,02	0,72
9. Distribución del personal	46,02	5,07	46,00	0,81
10. La dirección crea programas para SP	29,09	9,09	69,01	0,81
11. Trabajo en equipo multidisciplinario	27,06	7,06	64,08	0,81
12. Continuidad (transferencias y traspasos)	16,07	7,01	76,01	0,86
Total del alfa de Cronbach	.-	-	-	0,87

Coeficiente α de Cronbach: 0,5 Inaceptable 0,5-0,6 Cuestionable 0,7-0,8 Bueno 0,8-0,9 Excelente.

Discusión

Existen diferentes artículos que abordan las características sociodemográficas en la medición de la CSP. En el estudio realizado por Prat y otros,⁽¹¹⁾ en México, predominó el sexo masculino, a diferencia de lo encontrado en esta investigación, en otros estudios^(12,13,14) predomina la participación femenina. Existe similitud con un estudio realizado en Argentina⁽¹⁵⁾ en el que el grupo de edad significativo fue de 41 a 50 años. En relación con

la categoría ocupacional, el estudio difiere con Ramírez⁽¹³⁾ y Jaime,⁽¹⁶⁾ en los que se presentan medición por grupos afines.

En el estudio se observa estabilidad laboral; sin embargo, los resultados muestran afinidad en este aspecto y abordan la necesidad de mantener estabilidad para lograr una buena CSP. Al analizar las dimensiones del cuestionario en esta investigación, el trabajo en equipo dentro de las unidades / servicios, se encontró resultado similar a lo reportado por Pérez⁽¹⁷⁾ con el 82 %; estudio en servicios de ortopedia y traumatología en Barcelona⁽¹¹⁾ con el 75 %; Morales en Brasil⁽¹⁸⁾ con el 78 %; y Mir⁽¹⁹⁾ con 84 %. Los resultados indican que el trabajo en conjunto facilita el conocimiento en cuanto a SP.

Otra dimensión con resultados elevados: expectativas/acciones para promover la SP por parte del superior, explora como los directivos toman consideración las sugerencias reportadas para mejorar la SP, con carácter constructivo. Estudios similares encontrados en Cuba⁽¹⁷⁾ (85 %) señalan que mejorar la SP dentro de unidades quirúrgicas requiere de acciones a corto plazo para lograr atención con calidad.⁽¹⁷⁾ En Brasil,⁽²⁰⁾ también, fue significativo este resultado (91 %), así como en AHRQ⁽¹⁰⁾ (84 %).

La dimensión Continuidad (transferencia y traspaso) en el análisis realizado difiere de los hallazgos encontrados por Pérez,⁽¹⁷⁾ en los que plantea que una mala conducción en los cambios de turnos dificulta la continuidad de una correcta atención sanitaria. Otros estudios^(11,18,21,22) difieren de estos resultados, muestran respuestas negativas en función de optimizar la transferencia de la información cara a cara.

Otras dimensiones de fortaleza fueron: retroalimentación y comunicación sobre el error y frecuencia de notificación de eventos adversos, la primera en similitud con resultados obtenidos en Hospital Ángeles Metropolitano⁽¹³⁾ (75 %) en São Paulo Brasil.⁽¹⁹⁾ En estos estudios se reconoce que faltan acciones para lograr calidad en servicios de salud; las cifras más bajas se encontraron en España⁽¹⁸⁾ (45 %). En ortopedia y traumatología, Prat y otros⁽¹¹⁾ reportaron el 51 %, valores que indican que deben tomar medidas para salvar la información. Mientras que la segunda se refiere al reporte de los errores ocurridos, manifestados y corregidos antes de dañar a las personas, con la filosofía de aprender de sus causas y crear un entorno asistencial que proteja a las personas y al personal sanitario. Ramírez y Pérez,^(13,17) plantean que el reporte de EA marca un paso adelante a la ocurrencia de estos; con carácter negativos,^(11,14,19,21) los autores de esta investigación consideran que está

dimensión requiere un trabajo de empoderamiento por el personal de la salud y sus directivos para facilitar, velar y fomentar el reporte de EA.

La dimensión aprendizaje organizativo y mejora continua: relacionada con el empoderamiento en cuanto a la capacidad de dar continuidad y propiciar un contexto creativo y estratégico de seguridad, resultados con calificación negativa, falta compromiso para involucrar a los trabajadores en un ambiente de aprendizaje en SP; investigaciones de Pérez⁽¹⁷⁾ y Salazar y Restrepo⁽²³⁾ difieren de los resultados encontrados en la investigación. Abordan en sus estudios que la superación continua es fundamental en el proceso permanente, otros autores^(14,24) coinciden con la ganancia de habilidades y actitudes en el desempeño profesional para brindar servicio con calidad.

En otros estudios^(15,19,24,25) se encontró similitud en la dimensión, la dirección crea programa para la SP, relacionada con las acciones dirigidas hacia la SP por parte de la dirección, se considerada en oportunidad de mejora. A juicio de los autores de la investigación, las acciones hacia la SP debe ser una prioridad para los dirigentes para garantizar la seguridad de la atención sanitaria, con integración del equipo multidisciplinario.

En la dimensión trabajo en equipo multidisciplinario entre unidades, se encontró similitud con estudios de otros autores,^(11,15,19,22,23) en los que plantean importante el apoyo en el trabajo asistencial, en esta investigación para los encuestados administrativos no es relevante el trabajo en equipo. Sin embargo, se considera que es fundamental para lo asistencial, Pérez⁽¹⁷⁾ evidenció resultados valorados como fortaleza en esta dimensión, en los que encontró apoyo del equipo de trabajo para el buen desempeño y calidad en la atención sanitaria.

En relación con la percepción general de la SP, se coincide con varios autores,^(11,12,15,19,23,24) en que se deben desarrollar estrategias preventivas direccionadas al personal sanitario. Pérez⁽¹⁷⁾ aborda en una investigación, realizada en una unidad quirúrgica, que la unidad constante y el uso permanente del mismo lenguaje del personal lleva a enfatizar en un pronunciamiento rápido y oportuno hacia la SP.

En el abordaje de la dimensión comunicación abierta, los autores de la investigación se refieren a la libertad, claridad de expresar lo que se observa, piensa, experimenta y valora de lo que pueda dañar a la persona o al personal de salud. En el análisis se percibe un área de mejora en esta dimensión, resultados similares se encontraron en varios

estudios,^(11,12,15,16,19,21,23) los cuales consideran que es peligroso el tránsito por el sistema sanitario con una mala comunicación o limitación de esta. Pérez⁽¹⁷⁾ encontró esta dimensión positiva, aborda que todos sean informados a partir de las discusiones abiertas sobre los errores reportados.

La dimensión respuesta no sancionable al error, destaca la sensibilidad, justeza y valores que debe poseer el personal de salud para aceptar un error y mirarlo como algo que se puede aprender de él, múltiples investigaciones coinciden con este resultado,^(13,16,19,20,24) encontraron que al cometer un error solo se sanciona al culpable, sin buscar la causa que lo originó. Pérez⁽¹⁷⁾ reporta que los directivos valoran los errores como aprendizaje para el futuro y los trabajadores poseen carga de estrés al cometer un error en cualquier categoría. En función a la distribución del personal, en esta investigación evaluada de negativo, se presenta similitud con otros estudios,^(11,15,18,20,21,24) que reportan que los recursos humanos hay que tenerlos en cuenta según su capacidad y categoría, evitar cambios inadecuados que ocasionan carga de trabajo. Pérez⁽¹⁷⁾ alega la falta de fuerza laboral para prestar atención adecuada a las personas, lo cual podría generar aumento en la posibilidad de cometer errores. De esta manera, la investigación aporta a la formación del personal de Enfermería, en el acceso a infraestructuras seguras, recursos y atención centrada en el paciente; representa un elemento fundamental y la base de la prestación de una atención de salud con calidad. Como limitaciones de este estudio, no se aplicó el cuestionario para medir la cultura a todos los trabajadores por ser intencionada a los que estaban directo con los pacientes, para el futuro se recomienda realizar estudios de reevaluación cada dos años. En conclusión, la percepción de los trabajadores en cuanto a la seguridad de las personas es baja, hay que tener en cuenta sus dimensiones negativas para trabajar con los errores y crear ambientes de seguridad y aprendizaje.

Referencias bibliográficas

1. Higham H, Vincent C. Human Error and Patient Safety. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer, Cham. 2017;25(2):29-44. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-93>

2. OMS. Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza: OMS; 2023 [acceso 16/11/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. 2022 [acceso 16/11/2023]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=AHRQ&rlz=1C1ONGR_esCO931CO931&oq=AH
4. Hernández-Herrera DE, Turrubiates-Piña AA, Villareal-Ríos E, Vega-Infante E, Morelos-García EN, Castañeda-Hidalgo H. Seguridad del paciente: percepción de estudiantes de una universidad pública. *Enferm. Univ.* 2021 [acceso 08/12/2023];18(2):91-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>
5. Mora-Pérez Y, Bosi-de-Souza-Magnago TS, Torres-Esperón JM, Espinosa-Roca AA. Sistema de Notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. *Rev Cubana Enfermer.* 2020 [acceso 12/11/2023];36(3):e2640. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000300017&lng=es
6. Mella M, Gea MT, Aranaz M, Ramos G, Rosique F. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit.* 2020;34(5):500-13. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
7. OMS. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza: OMS; 2005 [acceso 18/11/2023]. Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.pdf>
8. Morales-Suárez I, Mejías-Sánchez Y, Santos-Peña M, Rodríguez-Vásquez JC, García-Salabarría J, Hernández-Vergel LL, *et al.* Manual de acreditación hospitalaria. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba; 2016 [acceso 12/12/2023]. Disponible en: http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/2023/manual%20de%20acreditaci%C3%B3n%20hospitalaria_web.pdf
9. Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Versión Española adaptada del Hospital (AHQR). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005 [acceso 22/12/2023]. Disponible en:

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2007/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

10. Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture: Users Guide. 2018 [access 11/11/2023];30(5);62-386. Disponible en: [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide)

[safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide)

11. Prat-Martín A, Grau-Cano J, Combalia-Aleu A, Santiñà-Vila M, Suso-Vergara S, Trilla-García A. Cultura de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. Influencia de una intervención formativa. Trauma Fund MAPFRE. 2012 [acceso 11/12/2023];23(4):e263.

Disponible en:

<https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/bib/176242.do>

12. Camacho-Rodríguez D, Jaimes-Carvajal N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. Rev Cubana Enfermer. 2018 [acceso 02/03/2024];34(1):e1245. Disponible en:

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>

13. Ramírez AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. Acta Med Grupo Ángeles. 2021;19(2):195-203. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/100442>

14. Aguilar-Huamán PM. Cultura de seguridad del paciente y calidad de cuidado en las enfermeras de un Hospital Pediátrico Especializado, de Lima [tesis]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022 [acceso 13/04/2024]. Disponible en:

https://repositorio.uwiner.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8219/T06146010224_S.pdf?seguence=isAllowed=y

15. Martínez-Duarte AB. Indicadores de seguridad del paciente en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sal. Cienc. Tec. 2022;2:50. DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202250>

16. Jaime NN, González-Argote J. Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. Rev Ciencias Médicas. 2021 [acceso 23/11/2023];25(5):e5229. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu>

17. Pérez-Bolaño L. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2020 [acceso 23/11/2023];22(1):348-60. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/id/article/view/2206id>
18. Morales-kley-do-nascimento I, Olivera SC, Dibai DB, Días R da S. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en un hospital privado de são luís ma. *Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento.* 2020 [acceso 20/11/2023];07(02):43-56. Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/cultura-de-seguridad>
19. Mir-Abellán R. Impacto de la implementación de una estrategia de calidad sobre la cultura de seguridad del paciente [tesis]. Barcelona, España: Universidad de Barcelona; 2018 [acceso 28/11/2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/664890>
20. Hiromi-Hori-Okuyama I, Galvão TF, Crozatti Lonardoni TM. Health professionals perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo med.j. 2022 [acceso 20/03/2024];137(3):216-22. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/rNSjsjvkBS3bh4C9zKJNrg/?format=pdf&lang=en>
21. Fayos-Jordán JL, García-García MA. Percepción de seguridad del paciente en salas quirúrgicas y quirófano respecto a otras salas en un hospital español de segundo nivel. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* 2023;22(2):325-30. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.537541>
22. Bravo-Chamorro I, Hurtado-Asprilla, J, Padilla-Córdoba M. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la salud de instituciones de salud a nivel de Latinoamérica: revisión sistemática 2010-2021. *Fundación Universitaria del Área Andina.* 2022 [acceso 29/03/2024];18(33):e4141. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4141>
23. Salazar-Maya ÁM, Restrepo Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte.* 2020;11(2):e1040. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
24. Costa-Brás CP, Conceição-Ferreira MM, Barbieri-de Figueiredo MCA, Carvalho-Duarte J. Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023 [acceso 08/04/2024];31:e3837. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bxQWtNNpTKTgGGw7yrnV6fm/?format=pdf&lang=es>

25. Ministerio de sanidad y política social de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid, España; 2005 [acceso 29/03/2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Rosa María Blanco Quintana.

Curación de datos: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solangel Bosi de Souza.

Análisis formal: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solangel Bosi de Souza.

Investigación: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Metodología: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Administración del proyecto: Rosa María Blanco Quintana.

Software: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Supervisión: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Validación: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Visualización: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.

Redacción – borrador original: Rosa María Blanco Quintana.

Redacción – revisión y edición: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza.