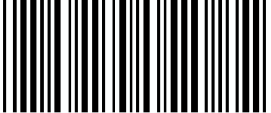




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

TME 2823

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERA

TESIS:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCION PRIVADA
DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

Maestranda: Licenciada: Agüero María Mercedes. Nro Mat.: 1981

Director de Tesis: Doctor: Rovira Daniel. Nro Mat.: 6541/Reg. de especialista
49/0066

Universidad Nacional de Rosario

Escuela de Enfermería

Rosario 14 de Mayo de 2024.

Resumen

La cultura de seguridad del paciente ha recibido cada vez más atención en el campo de las organizaciones de salud. La atención sanitaria es cada vez más compleja y aumenta la posibilidad de que se produzcan incidentes, errores o fallos; especialmente en hospitales. Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente y la predisposición a la ocurrencia de eventos adversos en una Institución de Salud privada de la ciudad de Rosario. Se utilizó el cuestionario sobre seguridad de los pacientes versión española del Hospital Survey On Patient “*Safety Agency For Health Care Research And Quality*” (AHRQ). Una cultura punitiva hacia errores, la insuficiencia de profesionales derivada de la sobrecarga de trabajo mencionada entre los encuestados y fallas en la coordinación del trabajo en equipo entre las unidades fueron las principales características de la cultura de seguridad de la institución analizada.

Palabras clave: Cultura organizacional; Cultura de seguridad; Seguridad del paciente; Calidad de la atención de salud; Hospital; Paciente; Equipo de salud

Abstract

The culture of patient safety has received more and more attention in the field of healthcare organizations. Healthcare is becoming increasingly complex and the potential for incidents, errors or failures is increasing; especially in hospitals. Therefore, the present work aims to evaluate the culture of patient safety and the predisposition to the occurrence of adverse events in a private health institution in the city of Rosario. The patient safety questionnaire was used, the Spanish

version of the Hospital Survey On Patient "Safety Agency For Health Care Research And Quality" (AHRQ). A punitive culture towards errors, the insufficiency of professionals derived from the work overload mentioned among the respondents, and failures in the coordination of teamwork between the units were the main characteristics of the security culture of the analyzed institution.

Keywords: Organizational culture; Safety culture; Patient safety; Quality of health care; Hospital; Patient; Healthcare Team.

Índice de contenidos

Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo General.....	5
1.2.2 Objetivos Especificos.....	5
1.3 Hipotesis.....	5
1.4 Justificacion.....	6
2.Estado del Arte.....	8
3.Marco Teorico.....	13
3.1 La cultura de la seguridad.....	13
3.1.1 Aspectos generales y conceptuales.....	13
3.1.2 Modelos Teoricos de cultura de la seguridad.....	17
3.1.2.1 Modelo Teorico de james reason.....	17
3.1.2.2 Modelo Teorico de Donabedian.....	21
3.2 La seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial en salud.....	25
3.3 La Cultura Organizacional.....	28
3.3.1 Cultura y clima de seguridad.....	30
3.3.2 La cultura de la seguridad como factor contribuyente a la atención insegura susceptible de intervenciones.....	34
3.4 Cultura de Seguridad: en el camino hacia la Seguridad del Paciente.....	41
4. Marco metodológico.....	50
5. Resultados.....	51
5.1 Evaluacion de la cultura de seguridad.....	51
5.2 Dimensiones de resultados de la cultura de seguridad del paciente.....	59
5.3 Analisis de las propiedades psicométricas del HSOPSC.....	65
5.3.1 Analisis de fiabilidad.....	65
6. Discusion de resultados.....	81
6.1 Aplicación del instrumento para evaluar propiedades de la psicometria y la percepción de la cultura de seguridad.....	84

6.2 Evaluacion de la cultura de seguridad.....	85
Conclusiones.....	92
Anexo.....	97
Dedicatoria.....	98
Agradecimiento.....	99
Carta Director de tesis.....	100
Anexo A. Cuestionario.....	101
Bibliografia.....	107

Índice de figuras

Ilustración 1 Componentes de una cultura de seguridad	43
Ilustración 2 Componentes agregados de la cultura de seguridad	48
Ilustración 4 Pregunta nro. 44: ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	60
Ilustración 5 Pregunta nro. 45: ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	61
Ilustración 6 Pregunta nro. 46: ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	61
Ilustración 7 Pregunta nro. 47: ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? Fuente: Elaboración propia	62
Ilustración 8 Pregunta nro. 48: Durante el último año ¿Cuántos incidente ha notificado por escrito?	62
Ilustración 9 Pregunta nro. 50: ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	63
Ilustración 10 Pregunta nro. 51: ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?	64

Índice de tablas

Tabla 1 SECCION A: SU UNIDAD/SERVICIO	51
Tabla 2 SECCION B. SU SANATORIO	53
Tabla 3 SECCION C. COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD	54
Tabla 4 INFORMACION ADICIONAL SOBRE SU SERVICIO/UNIDAD.	64
Tabla 5 Alfa de Cronbach de las dimensiones de la versión traducida del HSOPSC y sus respectivos ítems componentes.....	66
Tabla 6 Dimensión “percepción general de seguridad del paciente”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, alfa de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión.....	69
Tabla 7 Dimensión “frecuencia de eventos reportados”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación total del ítem, α de Cronbach si el artículo se elimina de la dimensión.....	70
Tabla 8 Dimensión “acciones y expectativas respecto del supervisor/jefe y acciones que promuevan la seguridad del paciente”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión	71
Tabla 9 Dimensión “aprendizaje organizacional – mejora continua”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión	72
Tabla 10 Dimensión “trabajo en equipo dentro de unidades”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión	73
Tabla 11 Dimensión “apertura de comunicación”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el elemento se elimina de la dimensión	74

Tabla 12 Dimensión “devolución de información y comunicación sobre error”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión..... 75

Tabla 13 Dimensión “respuestas no punitivas a los errores”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación total del ítem, α de Cronbach si el artículo se elimina de la dimensión..... 76

Tabla 14 Dimensión “idoneidad profesional”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión 77

Tabla 15 Dimensión “apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente”, ítems que la componen, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión 78

Tabla 16 Dimensión “trabajo en equipo entre unidades”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión 79

Tabla 17 Dimensión “entrega de turnos y traslados”, ítems que la componen, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión 80

Introducción

La seguridad del paciente ha sido abordada a nivel nacional y mundial, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas entidades, asociaciones y entidades civiles y autoridades públicas discuten y tratan temas relacionados con la seguridad y buscan estrategias para reducir incidentes de seguridad durante la atención sanitaria y mejora de la calidad asistencial en la salud.

Para poder reducir los incidentes y brindar una atención segura, debemos definir primero que es el daño. Este se puede definir como la reducción del riesgo de daño a un mínimo aceptable asociados con el cuidado de la salud. El daño, por otro lado, es el deterioro de la estructura o función del cuerpo y/o cualquier efecto que surja de ello, incluyendo enfermedad, lesión, sufrimiento, muerte, invalidez o disfunción, pudiendo por tanto ser de carácter físico, social o psicológico. Finalmente, lo que resulta en daño/lesión al paciente es **“sinónimo de evento adverso”** (Alshammari et al. 2019 p.2).

Según Laborde et al. (2020), alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales, sufren algún efecto adverso que podría evitarse. Estos pueden estar relacionados con la cirugía; a los procedimientos médicos no quirúrgicos, al error de diagnóstico, atención obstétrica; al sistema; medicación y/o administración de medicamentos; infecciones asociadas al cuidado de la salud; daños por complicaciones quirúrgicas y/o anestésicas y daños resultantes de retraso o falla en el diagnóstico y/o tratamiento, y lesiones por presión.

De acuerdo con Suetens et al. (2017) los efectos adversos tienen el potencial de causar daño a los pacientes que buscan hospitalización e interfiere con la

calidad de la atención, los procesos y las estructuras de atención. La investigación realizada por los autores mostró que, en el 11,1% de los casos estudiados, se confirmó la ocurrencia de algún efecto adverso siendo que el 53% de los casos, se los consideraban evitables.

En Argentina, según el estudio de Aizaga Rivera (2017), la ocurrencia de efectos adversos alcanza el 7%, siendo en Canadá el 7,5%, en Suecia el 12,3% y en Nueva Zelanda casi el 12,9%. Las preguntas relacionadas con fallas en el desempeño profesional, productos utilizados en el área de la salud, trámites, dispensación y administración de medicamentos, entre otros informados con frecuencia en el ámbito de la práctica hospitalaria requieren un análisis más amplio y adecuado en las distintas situaciones que supongan un **“riesgo para la salud y seguridad del paciente”** (Pekurinen et al. 2017 p.72).

En este análisis deben tenerse en cuenta elementos importantes como la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) entre los empleados, los procedimientos de trabajo y la infraestructura disponible para brindar una atención de mayor calidad. Por lo tanto, es importante investigar la conexión entre la CSP y la propensión a que ocurran eventos adversos.

La complejidad tecnológica existente dentro de los hospitales, en la actualidad, ha merecido reflexiones en relación con el papel de los trabajadores de la salud que actúan en este contexto. El uso de alta tecnología en estos espacios ha contribuido a la mejora de los pacientes y sus pronósticos (El-Sayed et al. 2019). Sin embargo, estos dispositivos tecnológicos y nuevos conocimientos necesarios para trabajar han influido en el aumento del grado de complejidad en la asistencia y el nivel de atención requerido para el cuidado.

El uso de las tecnologías ha sido objeto de estudio y algunos lapsos, deslices y errores se han evidenciado en el día a día. El estudio de Brennan et al. (1991), identificó fallas de memoria y atención al manejar bombas de infusión; defectos de planificación durante la programación de los monitores, concluyendo de ello que los errores provocan que los efectos adversos comprometan la seguridad del paciente.

Orejuela, (2017) evaluó la ocurrencia de eventos adversos y el impacto sobre la duración de la estancia y la mortalidad en la UTI de un hospital escuela identificando 324 efectos adversos en 115 pacientes ingresados durante un período de año de seguimiento. Por lo tanto, este estudio destaca el grave problema de dichos efectos en la atención sanitaria en UCI y los factores de riesgo asociados a la incidencia de eventos.

Entre los trabajadores de la salud se consideran para este estudio su totalidad dentro del contexto hospitalario. Se considera relevante evaluar la CSP con estos profesionales, identificando sus actitudes y percepciones en relación a la seguridad y aspectos de la estructura y proceso que pueden comprometer la calidad de la atención asistencial, predisponiendo a la ocurrencia de eventos adversos.

En este sentido se utilizó el cuestionario Sobre Seguridad del Paciente Versión Española del Hospital Survey On Patient Safety Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ). El cual tuvo los mismos objetivos y características y fue validado a través de una prueba piloto en una institución privada.

El cuestionario fue distribuido por la investigadora a un total de 100 encuestados. Se ha realizado un análisis descriptivo agrupando las respuestas

en positivas, neutrales y negativas, a partir de las que se han identificado las fortalezas y las oportunidades de mejora entre las dimensiones y los ítems.

Por ello, vale la pena resaltar la importancia del rol que asume la SP en diferentes contextos, colaborando para reducir la ocurrencia de dichos efectos, mejorar la calidad asistencial y la valoración de una CS. Por lo tanto, es competencia de servicios de salud e instituciones de salud para crear estrategias para reducir los efectos adversos y promover la atención segura. Considerando la importancia del tema y la necesidad de que las instituciones se adapten a las nuevas directrices que tienen como objetivo repensar la vida cotidiana de la salud, así como el aumento de las producciones en la última década, destacándose en escenario científico y educativo justifican la realización de este estudio.

1.1. Planteamiento del problema

La relevancia y coherencia se basan en el hecho de que sin comprender los problemas que rodean la seguridad del paciente, especialmente la relación entre la cultura de seguridad y la ocurrencia de efectos adversos (EA) se vuelve difícil idear estrategias para prevenirlos.

Por lo tanto, nuevos estudios e investigaciones ayudan a comprender la ocurrencia de EA. Pero esto solo es posible con la participación de las instituciones de salud para monitorear esta ocurrencia y el tratamiento de la información pertinente. Para describir el “estado del arte” de esta propuesta, se consideraron artículos disponibles en las bases de datos de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Literatura International Health Sciences (MEDLINE) y sistema de búsqueda bibliográfica PubMed.

Estos estudios tuvieron como objetos de investigación la evaluación de EA, SP y CS y como lugar de estudio el entorno hospitalario. En tesis, disertaciones y en las bases de datos se encontraron 21 estudios que utilizaron instrumentos para la evaluación de la cultura de seguridad. Con base en estas consideraciones, el objeto de este estudio es evaluar la relación entre la cultura de seguridad y predisposición a la ocurrencia de eventos adversos en la atención a la salud.

Para ello, se parte de la siguiente pregunta: ¿Existe una asociación entre la cultura de seguridad y predisposición a la ocurrencia de EA en el hospital en estudio?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Evaluar la cultura de seguridad del paciente y la predisposición a la ocurrencia de eventos adversos en el hospital en estudio.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas y laborales.
- Medir el clima de seguridad de los trabajadores del hospital.
- Medir la predisposición a la ocurrencia de situaciones críticas a través de los resultados del cuestionario aplicado.

1.3. Hipótesis

El análisis de la cultura de seguridad del paciente contribuye a disminuir la ocurrencia de eventos adversos dentro de las instituciones de salud.

1.4. Justificación

La investigadora pretende con este estudio concientizar al equipo de salud, sobre la importancia de brindar una atención segura, desde su experiencia desde en su rol asistencial, y en su rol de conducción (supervisión de enfermería), tanto ella como sus pares en conducción, evaluar su cultura de seguridad, y en que condiciones laborales se encuentra el equipo de salud, para brindar una atención segura.

Se tuvo en cuenta que las condiciones laborales no fueron las ideales desde antes como desde el comienzo en que se llevo a cabo este estudio, ya sea por falta del recurso humano y material; y las condiciones edilicias acorde a la demanda de los usuarios. A esa gran demanda se suma la demanda de atención de pacientes añosos y muchos de ellos casos sociales.

La institucion donde se realizo el trabajo de investigación, se encuettra dentro del tercer nivel de complejidad, consta de 7 pisos de los cuales 5 son destinados a inetrnación diferenciando los sectores en norte y sur; 1º piso se encuentran los servicios de quirofanos, hemodinamia y unidad de terapia ineetnsiva y unidad coronaria (unidad polivalente), en el 2º piso se encuentra: neonatologia y parto en sector sur y maternidad en sector norte; en 3º piso secretaria de piso y laboratorio el sector norte al momento de realizarse dicho estudio, se encontrar en refaccion y su infraestructura se destinara a internacion general con habitaciones privadas y sector sur destinado a los servicios de hemodialisi y hemoterapia, en 4º, 5º piso ambos sectores interacion general de adultos polivalente, y 6º piso sector sur internacion general de adultos polivalentes y sectro norte pediatria. No cuenta con misión y visión. La misma abrio sus puertas en la decada del 90 con el nombre de Julio

Corzo, donde conto para su inauguración con la presencia del presidente de la nación Dr. Carlos Saul Menem, a principio de la década del 2000 cerro sus puertas, volviendo a funcionar como institución de salud privada en el año 2005, conservanco aun su nombre original, esta vez perteneciendo a ADOS (Asociación de Obras Sociales de Rosario), con el correr de los años cambia su nombre, a finales del 2010, se fusiona con otra institucion de salud privada de a ciudad, ambas mantienen el mismo nombre Hospital Italiano, perdiendose asi toda informacion de las gestiones anteriores.

Mejorar la seguridad del paciente es el objetivo; siendo conciente de la escasas de estudios en nuestro pais acerca de la SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Esta práctica aún parece ser incipiente, dada la amplitud y complejidad de lo que representa el problema de la SP en el medio hospitalario. La CS es la cultura en la que todos los trabajadores se responsabilizan de su propia seguridad. Por la seguridad de sus compañeros, pacientes y familiares; que prioriza la seguridad por encima de os objetivos financieros y operativos; que alienta y premia la identificación, notificación y resolución de problemas relacionados con la seguridad en la ocurrencia de incidentes y promueve el aprendizaje organizacional, y que proporciona recursos, estructura y responsabilidad para el mantenimiento efectivo de la seguridad (Torres et al. 2022).

2. Estado del arte

La seguridad del paciente se considera un tema actual, pero en realidad siempre se ha insertado en diferentes escenarios de atención al paciente. Florence Nightingale, en 1850, fue una de las pioneras en la seguridad del paciente al medir el resultado de la atención y reducir las muertes, durante la Guerra de Crimea.

Con la publicación, por el Instituto Americano de Medicina en 1999, del informe “Errar es de humanos: construyendo un sistema de salud más seguro” el paciente comenzó a ser discutido a nivel mundial con el fin de mejorar la calidad de cuidados médicos. Este informe denuncia que, solo en Estados Unidos, entre 44 y las 98 mil personas mueren cada año como resultado de errores médicos.

El gran mensaje que transmite el Instituto es el cambio de paradigma cultural en el medio médico. De esta manera, el tema de la CS, muy difundido en la industria nuclear en la década de 1980, haciendo su aparición en la industria médica, a partir del año 2000 (Connolly et al. 2021).

En Europa, los estudios realizados sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria demostraron que uno de cada diez pacientes en hospitales europeos sufre daños prevenibles y EA causados durante el cuidado de la salud. Según Denning et al. (2020) del 50 al 60% de los eventos son prevenibles.

Un grupo de trabajo fue establecido por la OMS en 2002 con el propósito de analizar el problema de la seguridad del paciente en los servicios médicos. En octubre de 2004 estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con la intención de prestar especial atención al tema de la seguridad del paciente y proponer estrategias para promover y difundir, en varios países,

prácticas que aseguren la seguridad del paciente y definir el desarrollo de investigaciones basadas en evidencia científica. Prestó atención a este movimiento en los Estados Unidos y Europa.

La alianza se convirtió en un marco para discutir el tema a nivel global, estando a la altura de los llamados desafíos globales. El enfoque previo de la iniciativa de desafío global incluyó la prevención de infecciones, higiene de manos, procedimientos clínicos seguros, seguridad de la sangre y los productos sanguíneos, la administración segura de inyectables e inmunobiológicos, seguridad del agua y gestión de residuos (First Global Challenge) y Safe Surgery Saves Lives (Segundo Desafío Global).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente tiene como objetivo: reducir los riesgos asociados, sensibilizar y ganar compromiso político lanzando programas, generando alertas sobre aspectos sistémicos y técnicos, realizando campañas internacionales que reúnen recomendaciones destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes en todo el mundo (OMS, 2006).

Actualmente existen tres desafíos, los cuales se describen a continuación: El Primer Desafío Global se centró en prevenir y reducir las infecciones relacionadas con el VIH que implica: higiene de manos; procedimientos clínicos seguros; la seguridad y productos sanguíneos; la administración segura de inyectables e inmunobiológicos; La seguridad del agua y manejo de residuos, con el tema: “El cuidado limpio es una atención más segura” (OMS, 2006).

El Segundo Reto Global, con el tema: La Cirugía Segura Salva Vidas es dirigida a la seguridad quirúrgica en los servicios de salud (OMS, 2006). Se enfoca en la aplicación de la lista de chequeo para Cirugía Segura.

A su vez, el Tercer Desafío Global se titula con el lema “Medicamentos sin daños”, lanzado en marzo de este año, en la ciudad de Bonn, Alemania. La iniciativa tiene como objetivo reducir los daños graves prevenibles asociados con las drogas en un 50% en todos los países en los próximos cinco años (OMS, 2022).

El objetivo de la OMS al desarrollar este desafío es crear conciencia y comprometer de sus países miembros y profesionales de todo el mundo en torno a temas importantes relacionados con la seguridad de los medicamentos. Considera que el uso seguro de medicación es un tema complejo dentro de la seguridad del paciente y, por tanto, con el reto, tiene como objetivo sensibilizar y fomentar el compromiso de todos los líderes de los países miembros con el fin de promover la reducción del daño asociado con el uso de medicamentos (OMS, 2022).

En el área de enfermería, específicamente, en el año 2005, luego de conocer a un grupo de enfermeras, la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud creó la Red Internacional de Enfermería y Seguridad del Paciente (RIENSP), en Concepción, Chile. En 2007, en Miami, la OPS realizó el segundo encuentro con participantes de USA, Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México y Haití.

De estas discusiones sostenidas en Miami resultó un Plan de Trabajo, que contiene las perspectivas y planes de acción para las áreas de graduación y posgrado, asistencia, docencia e investigación. Tiene como objetivo rastrear tendencias y prioridades en el desarrollo de la enfermería en el área de Seguridad del Paciente, discutir cooperación e intercambio de información

entre países y necesidades de **“fortalecimiento del cuidado de enfermería basado en la evidencia científica”** (Famolaro et al. 2021 p.3).

Este movimiento mundial por la seguridad del paciente comenzó a ser objeto de reuniones mantenidas con los ministros de salud Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR). En 2007, en la XXII Reunión de ministros de Salud del MERCOSUR, se realizó el primer movimiento oficial del bloque de apoyo al primer objetivo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (MERCOSUR, 2007).

Durante la reunión, los países asumieron el compromiso internacional para desarrollar y aplicar los respectivos Planes Nacionales para la Seguridad de los Paciente a cuidar, no sólo la reducción del riesgo al que está expuesto el paciente, sino también a cuestiones más amplias del derecho a la salud.

En esta reunión, que tuvo lugar en Montevideo, Uruguay, los ministros de los Estados Miembros firmaron la Declaración de Compromiso en la Lucha contra las Infecciones Relacionadas a la Asistencia en Salud (IRAS). A la reunión asistieron las delegaciones de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile y Ecuador.

Por lo tanto, se consideran relevante que las instituciones hospitalarias compongan un comité multidisciplinario capaz de articular y coordinar programas y actividades de prevención y análisis de situaciones en las que se producen incidentes no intencionados que resulten en daños/lesiones innecesarias resultantes de la atención brindada a los pacientes, no relacionada con la enfermedad subyacente.

Recomendar que la composición de este comité incluya médicos, farmacéuticos, enfermeros, gestores de riesgos y representantes de la

dirección. Las actividades pueden interpretarse como una garantía de seguridad para pacientes, profesionales e instituciones proponiendo importantes avances en acciones sobre seguridad del paciente y EA, involucrando tanto a gestores institucionales como profesionales de la salud y la población.

3. Marco teórico

Para fundamentar la tesis se abordarán los siguientes temas: Seguridad del paciente: una breve historia; La Cultura de la Seguridad; Modelos teóricos para evaluar la cultura de Seguridad; Estudios sobre Seguridad Paciente, Eventos Adversos y Cultura de Seguridad.

3.1. La cultura de la seguridad

3.1.1. Aspectos generales y conceptuales

Según Anderson et al. (2017) el término cultura de seguridad fue utilizado por primera vez, por el Grupo Consultivo Internacional sobre Seguridad Internacional, después de la publicación del informe sobre el accidente nuclear de Chernobyl en 1986. Este término es más utilizado por industrias de alto riesgo, tanto nuclear como de aviación civil.

La complejidad de la atención en las instituciones de salud ha sido motivo de preocupación para los gerentes en temas de SP y CS, ya que se monitorea diariamente en las noticias publicadas en los medios de comunicación en relación con la calidad de la atención prestada, principalmente en las instituciones públicas.

Por lo tanto, desde la última década investigadores y profesionales de la salud han mostrado un interés creciente en los enfoques dirigidos a la SP. En este escenario, CS se destaca, ya que demuestra el compromiso de los profesionales con la institución visando la promoción continua de la seguridad, influyendo en los comportamientos y mejorar los resultados relacionados con la atención de todas las personas involucradas en el proceso de trabajo en salud (Hamilton, et al. 2018).

La cultura organizacional tuvo su apogeo en la década de 1980, ligada desde un inicio a los temas administrativos y de empresas, siempre basados en la teoría de las organizaciones. El interés en la cultura organizacional aumentó cuando se dio cuenta de que las teorías existentes no contaban con instrumentos que permitieran leer sobre los cambios que estaban teniendo lugar en las organizaciones.

Según Anderson et al. (2017) se distinguen 7 características de la cultura organizacional:

1. Es una abstracción y no un fenómeno concreto, y por lo tanto es difícil de definir y operacionalización.
2. Es relativamente estable en el tiempo.
3. Su concepto es multidimensional.
4. Es compartido por grupos de personas.
5. Puede contener varios aspectos que coexisten dentro de una organización, por ejemplo, la cultura de seguridad.
6. Conduce a prácticas ostensivas.
7. Cumple con una propuesta funcional.

Dadas estas características, es claro cuánto la cultura organizacional puede influir en la cultura de seguridad de un equipo o un grupo de personas dentro de un sector o una unidad si se refiere a instituciones hospitalarias. Hay un esfuerzo por parte de las instituciones con el fin de mejorar sus procesos y fortalecer el clima de seguridad.

La investigación realizada por Carolan et al. (2017) sobre CS y clima de seguridad encontró que el término clima de seguridad se usa con poca o ninguna diferenciación del término cultura de seguridad, tanto en estudios que involucran organizaciones industriales como de atención de la salud.

También describe que el término clima de seguridad se define como las características y aspectos superficiales de la cultura de seguridad basada en las actitudes y percepciones de los individuos en un punto particular en el tiempo, o como puntos medibles de la cultura de seguridad.

Con el tiempo, las instituciones de salud se han adaptado a las nuevas demandas y necesidades relacionadas con la formación de profesionales y directivos. El avance en la comprensión de la complejidad de las organizaciones ha mejorado los procesos y resultados en este contexto. La capacidad de una institución para mejorar sus resultados en SP puede estar relacionados con la promoción de la SC con el equipo multidisciplinario, porque el mayor desafío en un movimiento hacia un sistema de salud seguro es a menudo cultural (Knight et al. 2017).

Así, promover la CS en las instituciones de salud es, antes que nada, crear un ambiente en el que se valora la conducta que promueve la seguridad del paciente y del patrimonio de la institución. Y, este entorno requiere compromiso con la gestión de los asuntos institucionales que involucran la seguridad.

En este sentido, se consideran algunas características a seguir para lograr la SC en las organizaciones, tales como: Reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo de las actividades de la organización y determinación de realizar operaciones de manera consistentemente segura; La promoción de un entorno libre de culpas en el que las personas pueden notificar incidentes o casi

incidentes sin temor a ser sancionados; el estímulo de colaboración entre los diferentes niveles y la disciplina en la búsqueda de soluciones a los problemas de seguridad del paciente y compromiso organizacional relacionados con la disponibilidad de recursos con el fin de responder a las preguntas de seguridad.

El enfoque de la cultura de la seguridad necesita estas características, ya que estos enfoques permiten profundizar, de manera integral y dinámica, los diferentes contextos que interactúan con él. Hay varias situaciones en el proceso de trabajo que terminan interfiriendo positiva o negativamente en la percepción de la cultura de seguridad.

Por otro lado, si la cultura organizacional de la institución en relación con la gestión de los EA se basa en el castigo y la culpa, esto puede causar la omisión de informes de estos hechos, dificultando la construcción de una cultura institucional centrada en la SP (Gil-Aucejo et al.,2022).

Para cambiar esta cultura, un alto grado de compromiso por parte de los directivos y profesionales de la institución, así como la cohesión entre todos los sectores, factores considerados esenciales para una atención segura.

La evaluación es un requisito contemporáneo en las organizaciones en su conjunto. Específicamente, hay varias organizaciones de acreditación de hospitales que están utilizando la Evaluación para identificar y gestionar problemas de seguridad relevantes tanto en rutinas como en las condiciones de trabajo (Gil-Aucejo et al.,2022).

3.1.2 Modelos teóricos de cultura de la seguridad

3.1.2.1 Modelo teórico de James Reason

La comprensión de la naturaleza multifactorial subyacente a las fallas de seguridad se dilucida en la luz de la teoría sobre el error humano, propuesta por James Reason, profesor de psicología en Universidad de Manchester, Reino Unido. Conocida como la teoría del "queso suizo" que compara las vulnerabilidades del sistema de salud con los agujeros en un queso suizo.

Destaca el concepto actual de seguridad del paciente asociado a la teoría del "queso suizo" como principales factores para el aumento en la ocurrencia de efectos adversos las deficiencias existentes en el sistema de atención y en la gestión de las instituciones en lugar de vincular errores solo a los trabajadores o fallo de los productos utilizados en la prestación de la asistencia (Peña, 2020).

En esta teoría, James Reason aboga por la evaluación sistémica de la situación que implica un incidente de seguridad, porque en el momento en que ocurre un efecto adverso, la cuestión más importante es cómo y por qué fallaron las defensas.

En el modelo de enfoque sistémico, las barreras de defensa se vuelven fundamentales, ya que las capas de protección se superponen. La fuente del problema a menudo se desencadenaría por múltiples factores; como la ocurrencia del efecto, se debiera a la alineación de varios "agujeros", cuáles serían las fallas estructurales o puntuales, malas prácticas o descuidos de los profesionales de la salud, comportamientos inseguros o riesgoso por parte de los pacientes (Lasso López, 2018).

El ser humano considera dos faltas importantes, las faltas activas y las faltas latentes. Las fallas activas serían actos u omisiones inseguros cometidos por profesionales de la salud, cuyas consecuencias tendrían un efecto adverso inmediato en el paciente; pueden ocurrir debido a un error, incumplimiento de reglas o toma de riesgos.

Los defectos latentes, sin embargo, constituyen características existentes en el sistema, en su estructura y proceso, las cuales permanecen ocultas hasta que ocurre un evento o accidente que las expone. En los hospitales, estas condiciones pueden estar relacionadas con el ambiente de trabajo, supervisión en la formación inadecuada, falta de formación o mala formación, estrés, sobrecarga de trabajo y sistemas de comunicación inadecuados (Perdomo Gualteros et al. 2021).

En el hospital, por ejemplo, donde los sistemas de alta tecnología tienen varias capas defensivas, algo de ingeniería (alarmas, barreras físicas y parada automáticas), otros con personas (cirujanos, enfermeras, anestesistas, pilotos y controladores) y los demás dependen de procedimientos y controles administrativos.

En el cuidado diario, estas capas tienen debilidades, que son descritas como los agujeros en las capas de un queso suizo que, a diferencia del queso, están continuamente abriendo, cerrando y cambiando de ubicación. Cada capa de queso suizo representa una barrera para la organización para evitar el error. Por supuesto, la mera presencia de agujeros por sí sola no causaría ningún daño, pero cuando las fallas pasan las barreras y los agujeros se alinean permiten la ocurrencia de un accidente que pueda resultar en riesgo o daño.

Por lo tanto, al analizar un efecto adverso se consideran varios factores que requieren un abordaje sistémico del evento. Gálvez Herrer et al. (2017 p.5) **“llama la atención sobre el hecho de que contrariamente a las fallas de las condiciones activas, cuyas formas específicas son difíciles de predecir, las condiciones latentes pueden ser identificadas y corregidas antes de que ocurra un evento adverso”**.

Por lo tanto, la organización del proceso de trabajo en las instituciones de salud puede contribuir a la reducción de lesiones. En el enfoque sistémico, que tiene como principio la falibilidad del ser humano y sus actividades y la posibilidad de que se produzcan errores incluso en las mejores organizaciones, los errores son vistos como consecuencias más que como causas, teniendo su origen no tanto en la perversidad de la naturaleza humana, sino en factores sistémicos por encima de ellos (Choque Cruz et al. 2018).

Las medidas defensivas se basan en la suposición de que, si bien no se puede cambiar la condición humana, se puede cambiar sus condiciones de trabajo para que sea más difícil la ocurrencia del error, creando barreras y resguardos. En este sentido, se entiende que la SC y la prevención de la ocurrencia de eventos adversos están directamente implicados en las condiciones de trabajo y en los diferentes diseños y configuraciones que asumen los procesos de trabajo dentro de la institución hospitalaria.

Esta complejidad dentro de las organizaciones sumado a los factores sistémicos contribuye considerablemente al aumento en la ocurrencia de EA. Estos factores incluyen: las diferentes estrategias adoptadas por la gestión de la calidad en una institución, la cultura de seguridad, las prácticas de trabajo, la

gestión de riesgos y la capacidad de aprendizaje de los errores (Dávila Rengifo, 2021).

En este sentido, se refuerza que la SP no depende exclusivamente del trabajador, sino de todo el sistema organizativo que conforma la institución. El estudio de Cortázar (2019), realizado en la UCI de un hospital y que utilizó la teoría del error humano para analizar los datos, obtuvo como resultado que las fallas activas están representadas por errores en la administración y control de medicamentos, no elevación de las barandillas de la cama, vigilancia inadecuada del paciente, uso inapropiado de batas y guantes y lavado de manos inadecuado.

Y, las fallas latentes están representadas por patologías intrínsecas del sistema. Surgen de las decisiones de profesionales de nivel de gestión superior (que puede o no causar errores), así como las dificultades para la comunicación entre el equipo, uso inapropiado de bombas de infusión, falta de normas y rutinas en las instituciones, falta de recursos materiales, insumos inadecuados y falta de mantenimiento.

En un estudio de revisión, Obredor et al. (2022) destacó que la premisa básica es que los seres humanos son falibles y los errores pueden ocurrir incluso en las mejores organizaciones. Los errores son vistos como consecuencias y no como causas, teniendo una conexión directa con los factores sistémicos. También resaltó que la idea central es la defensa del sistema, ya que todas las tecnologías riesgosas tienen barreras y salvaguardas.

Cuando ocurre un evento adverso, lo importante no es quién falló, sino cómo y por qué fallaron las defensas. Sin embargo, cabe señalar que la mayoría de las instituciones todavía están lejos de considerar esta falibilidad humana. Todavía

prevalece la visión punitiva en relación con los errores y, por lo general, la culpa la tienen los trabajadores que brindan atención directa a los pacientes.

Según Parada-Lezcano, (2021) la mayoría de los errores los cometen los trabajadores que están comprometidos y bien entrenados. Por lo tanto, es poco probable que los castigos eviten posibilidad de que ocurran nuevos errores.

Un estudio concluyó que los resultados de seguridad del paciente son asociados con elementos de la cultura de la información que influye principalmente en la cultura organizacional, repercutiendo en las condiciones que generan errores en los hospitales (Merino Plaza, 2018).

3.1.2.2 Modelo teórico de Donabedian

Estudio de revisión realizado por Mora Arias (2022) buscaron la superposición entre la teoría del queso suizo y los elementos de la tríada estructura – proceso – resultado propuesto por Donabedian.

El modelo teórico de Donabedian fue el mismo utilizado para la construcción de la EPEA. Este modelo describe la calidad de la atención de la salud y evalúa las dimensiones (estructura y proceso) necesarias para medir la calidad de la atención.

Donabedian (1980) define la calidad como la medida en que la atención brindada logra el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (González Vence, 2019). Propone tres enfoques para evaluar la calidad de la atención de la salud:

1. Estructura: corresponden a insumos, recursos físicos, instalaciones, equipos, manuales de trabajo, normas/rutinas y procedimientos;

2. Proceso: ejecución de acciones mediante el uso de protocolos de atención, procedimientos, reglas, normas;
3. Resultados: corresponde a la evaluación del éxito de los objetivos asistenciales y satisfacción del usuario o de la población.

Para González Vence, (2019) la búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. En efecto, todos los esfuerzos razonables de monitoreo de calidad tendrán éxito y sin dicha calidad, el más ingenioso de los sistemas de vigilancia fallará.

Para ello, formula los siete atributos de la calidad de la atención en salud (González Vence, 2019):

1. Eficacia: capacidad del arte y la ciencia de la medicina para producir mejoras en la salud y en bienestar. Significa lo mejor que se puede hacer en las condiciones más favorables, dadas la condición del paciente y otras circunstancias se mantienen constantes.
2. Eficacia: mejora de la salud, lograda o alcanzable en las condiciones habituales de práctica de cada día. Al definir y evaluar la calidad, la efectividad puede ser más precisa. Se especifica como el grado en que la atención, cuya calidad se evalúa, coincide con el nivel de mejora de la salud que los estudios de eficacia han establecido como realizable.
3. Eficiencia: es la medida del costo al que se logra una determinada mejora en la salud. Si dos estrategias de atención son igualmente eficientes y efectivas, la más eficiente es la de costo más bajo.
4. Optimización: se vuelve relevante ya que los efectos del cuidado de la salud no son evaluados absolutamente, pero en relación con los costos.

En una curva ideal, el proceso agrega beneficios que pueden ser tan desproporcionados con respecto a los costos adicionales que tal "adiciones" útiles pierden su razón de ser.

5. Aceptabilidad: sinónimo de adecuar la atención a los deseos, expectativas y valores de los pacientes y sus familias. Depende de la eficacia, eficiencia y optimización, además de la accesibilidad de la atención, características de la relación médico-paciente y comodidades de cuidado.
6. Legitimidad: aceptabilidad de la atención vista por la comunidad o sociedad en general.
7. Equidad: principio por el cual se determina lo que es justo o razonable en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad es parte de lo que hace que el cuidado sea aceptable para los individuos y legítimo para la sociedad.

Algunos estudios utilizaron el modelo teórico de Donabedian en sus investigaciones El estudio de Solano Zunini (2019), en hospitales, utiliza este enfoque teórico con la intención de profundizar la comprensión de la calidad en estos hospitales.

El objetivo era medir y examinar las relaciones entre (1) sistemas de gestión de calidad de nivel de grado de organización y departamento (QMS), liderazgo y cultura clínica, y (2) procesos de tratamiento en la práctica clínica, resultados clínicos y percepciones informadas por los pacientes sobre la atención en los hospitales.

El estudio fue innovador, con implicaciones internacionales, con el potencial de construir una coalición de hospitales para el trabajo de intervención posterior. También aportado con datos que colaboran en la toma de decisiones por parte de las autoridades políticas sobre la implementación de sistemas y procesos de calidad y seguridad y, en última instancia, mejorar la prestación de atención al paciente en los hospitales.

En la misma línea, Bravo Nazar, (2019) realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de demostrar el conocimiento científico desarrollado sobre el pensamiento de Lean Toyota en salud, con énfasis en el impacto y aportes en el cuidado de la salud y enfermería.

Para este análisis utilizó la tríada propuesta por Donabedian en la organización y discusión de los resultados. Llegó a la conclusión de que el pensamiento Lean se puede utilizar como un modelo de gestión, ya que mejora la Estructura, proceso y resultado, basado en servicio y gestión.

Riera-Vázquez et al. (2022), en un estudio realizado en residencias de mayores, encontró que con el conocimiento de la estructura y los procesos dentro de las instituciones lograban mejorar los resultados del servicio. Concluyó que este modelo conceptual asiste a todo el equipo de salud involucrado y, sobre todo, sugiere cambios en las políticas dirigidas a promover mejores estructuras administrativas, que a su vez promoverán mejores cuidados de los residentes.

Un estudio transversal realizado por Conde Valdivia, (2019) en siete instalaciones de atención primaria de salud aplicó un cuestionario de satisfacción a 435 pacientes y gerentes operativos.

Se obtuvo un modelo de ecuaciones estructurales adecuado para operacionalizar la teoría de Donabedian. Las relaciones entre estructura, proceso y resultado indicaron la calidad en el modelo adoptado y que de las dimensiones del cuidado en este modelo, tres estructuras (equipamiento, medicamentos críticos, accesibilidad), tres procesos (profesionalidad, amistad y cuidado del paciente) y tres dimensiones de resultados (competencia, confianza y coherencia) reflejaba las construcciones previstas.

La tríada de Donabedian puede ayudar a comprender cómo el proceso de trabajo dentro de una institución con respecto a mejorar la calidad de cuidado. Esta mejora de las condiciones estructurales, sumada al alineamiento de un trabajo más eficaz puede contribuir en gran medida a la reducción de los EA y, en consecuencia, hacer que la atención de la salud sea más segura.

3.2. La seguridad del paciente como dimensión de la calidad asistencial en salud

En los últimos años, la seguridad del paciente ha recibido un énfasis internacional, como un problema inherente al sistema de salud moderno, pero la relación entre los procesos de atención de la salud y los resultados en sí mismos no es un dilema simplemente asociado con los avances tecnológicos (Melendrez Chica, 2022).

En 1854, durante la Guerra de Crimea, Florence Nightingale recopiló datos sobre la mortalidad de los soldados, y se dio cuenta de que muchos de ellos estaban muriendo por complicaciones patológicas adquiridas en el hospital prevenibles, con una tasa de mayor mortalidad que la que estaba ocurriendo entre los soldados en el campo de batalla. Después de introducir acciones para mejorar la higiene y estandarización de la atención médica, Florence pudo

reducir la tasa de mortalidad entre los soldados en el hospital (Pedraz et al. 2020).

Posteriormente, Ernest Codman, cirujano estadounidense, formuló la propuesta “End Result System Standardization”, una iniciativa innovadora en la gestión de ganancias que proponía un sistema de estandarización para la atención hospitalaria, con el objetivo de mejorar los resultados. En su propuesta, el hospital debe seguir al paciente el tiempo suficiente para determinar si el tratamiento logró sus resultados (Barba Flores et al. 2020).

De lo contrario, el hospital debe investigar las causas y corregir los defectos para el éxito futuro. Creía, en ese momento, que el cumplimiento de las normas pertinentes aumentaría la probabilidad de resultados positivos para pacientes (Barba Flores et al. 2020). En 1918, el Programa de Normalización de Hospitales (Programa de Estandarización de Hospitales) fue adoptado por el *American College of Surgeons* (Colegio Americano de Cirujanos).

En la primera mitad del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, Edward Deming y Joseph Juran desarrolló en Japón la Teoría de la Mejora Continua de la Calidad, cuyos principios de búsqueda continua de oportunidades de mejora de todos los procesos en la industria, llamados Calidad Total, se ampliaron posteriormente al sector salud (González et al. 2021).

En la segunda mitad del siglo XX, el enfoque de la calidad de la atención a la salud surgió en los Estados Unidos de América (EUA) a partir del trabajo de Donabedian (1980). Según este autor, la evaluación de la calidad es el juicio a tener respeto por el proceso de cuidado, a partir de cuánto contribuye a resultados deseables (Ruiz Soto, 2022).

Inspirado en la teoría de sistemas, definió un modelo para evaluar el cuidado de la salud conocido por la tríada “estructura – proceso – resultado”, proponiendo además una estandarización de conceptos y nomenclatura. La “estructura” incluye la infraestructura física y sistemas de apoyo, ingeniería biomédica, cómo se organizan los servicios con respecto a los recursos humanos, listas de servicio y disponibilidad de equipos y suministros necesarios; El “proceso” se refiere a la atención al paciente, la fidelidad con la que se realizan los protocolos e intervenciones – cómo se utiliza el marco dentro del sistema; y el “resultado” se refiere al impacto de estos procesos sobre el estado de salud del paciente y para la organización (Herrero Jaén, 2019).

De ahí, surgieron varios conceptos de calidad en salud relacionados con la prestación de servicios de atención y salud. Aunque la literatura presenta varias definiciones puede considerarse la formulada por el Instituto de Medicina como el más utilizado; esta organización define la calidad de atención de la salud como el grado en que los servicios prestados al paciente disminuyen la probabilidad de resultados desfavorables y aumenta la probabilidad de resultados favorable, según el conocimiento científico actual (Arce Palacios, y Velásquez Gamarra, 2022).

Con el tiempo, los atributos o dimensiones que conforman definiciones complejas de calidad de atención a largo plazo fueron revisados y ampliados. Por consiguiente, la seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica al mínimo aceptable, y el riesgo de la probabilidad de que ocurra un accidente (Mosqueira Moreno, 2020).

3.3. La Cultura Organizacional

Los estudios centrados en la cultura organizacional alcanzaron su punto máximo en la década del 80 del siglo XX. Incorporados a la Teoría de las Organizaciones, los análisis de las tareas administrativas y el día a día de las empresas, estos estudios son frecuentes, ya que los aspectos culturales son esenciales en cualquier tipo de análisis y práctica organizacional (Córdoba, 2020).

Una organización consiste en un grupo de personas que se reúnen de manera estructurada, deliberada y cooperativa, estableciendo metas para lograr objetivos planificados y común a todos sus miembros (Quintana, 2020). La naturaleza de las relaciones experimentadas dentro de la organización y la forma en que las personas se relacionan puede ser considerado el capital social de la organización, siendo su cultura es el elemento más importante.

El creciente interés por la cultura organizacional en la literatura sobre las organizaciones provino de la percepción de que las teorías existentes no tenían instrumentos y métodos que permitan comprender la naturaleza compleja de las organizaciones, particularmente en contextos de cambio, en los que se busca la mejora del rendimiento o aumento de la competitividad.

En este contexto, el estudio de la complejidad de las organizaciones implica comprender la naturaleza de las relaciones como base para conocer las reacciones al cambio de diferentes grupos que conforman la organización, así como la dinámica de las relaciones de poder existentes (Arias-Pineda, 2019).

Guzmán et al. (2021) describen la cultura organizacional como un conjunto de supuestos básicos que un grupo ha creado, descubierto o desarrollado al aprender a abordar los problemas de adaptación externa e integración interna.

Estas suposiciones, debido a que funcionaron razonablemente bien, se consideran válidas y se les enseña a los nuevos miembros, como la forma correcta de percibir, pensar y sentir, en relación con estos problemas.

Para los autores, la cultura organizacional influye en el camino a través del cual los empleados aprenden y comparten conocimientos. Cada cultura se presenta en tres niveles diferentes: artefactos, valores y supuestos básicos (Burbano-Florez et al. 2023). Los artefactos forman el primer nivel de cultura, el más superficial, visible y perceptible. Los artefactos son cosas concretas que cada uno ve, oye y siente frente a una organización. Abarcan los productos, servicios y patrones de comportamiento de miembros de la organización y se expresan en la forma de vestir de las personas, comportan, de qué hablan y qué consideran importante.

Los valores compartidos, en el segundo nivel, son valores relevantes que dan importancia a las personas y definen las razones por las que hacen lo que hacen. Los supuestos básicos constituyen la más interna, más profunda y más oculta a la cultura organizacional. Son las creencias inconscientes, las percepciones, sentimientos predominantes y suposiciones que la gente cree.

La cultura guía la forma de hacer las cosas en la organización a menudo a través de presuposiciones no escritas ni habladas. Batallanos Enciso, (2022) considera la cultura organizacional y el desarrollo de los recursos humanos como conceptos interrelacionados. La comunicación, uno de los elementos culturales, es visto como un proceso.

La gente interactúa a través de verbalizaciones y conductas no verbales. Los significados negociados en este proceso llegan a ser aceptados y asumidos como verdad. El comportamiento que refleja estos significados se transforma

en un modelo que refuerza los valores y creencias de los actores, pasando a los demás.

Según Mintzberg (2010), la definición de cultura es debatida interminablemente por antropólogos (Gómez-Osorio, 2022). Para el autor, la cultura se compone esencialmente de interpretaciones del mundo y las actividades y artefactos que las reflejan. Junto a la cognición, estas interpretaciones se comparten colectivamente, en un proceso Social.

La cultura organizacional se correlaciona positivamente con el comportamiento del líder. El líder influye en el desarrollo de comportamientos, valores y creencias subordinadas, posibilitando el fortalecimiento de la cultura organizacional (Leal Paredes, 2021). La idea subyacente es que el líder, a través de sus preocupaciones, da forma a la cultura de una unidad u organización. Por medio de acciones simbólicas, el líder demuestra sus preferencias y comunica lo que considera importante.

Estas preferencias se convierten en preocupaciones de los empleados de la organización, ya que pueden representar el otorgamiento de recursos, recompensas o castigos.

3.3.1. Cultura y clima de seguridad

El término “cultura de la seguridad” se difundió tras el accidente nuclear en Chernobyl en 1986, considerado el peor accidente en la historia de la generación de energía nuclear; una “cultura de seguridad débil” fue atribuida como la principal causa del accidente, según el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) (González, et al. 2021).

La cultura de la seguridad fue entonces conceptualizada como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias individuales y grupales y patrones de comportamiento que determinan el estilo, competencia y compromiso con la gestión de una vida sana y segura. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, por la percepción común de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas (Jaime, y González-Argote, 2021).

Poco después del accidente de Chernobyl se agregaron dos accidentes graves, el Piper Alpha y el King Cross, con fallas humanas, administrativas y organizacionales relacionadas con fallas de la cultura de seguridad como causantes de accidentes en sus respectivos informes (Chaccha Tinoco, 2022).

Desde entonces, la cultura de seguridad ha sido discutida por industrias con el fin de mejorar la seguridad, especialmente en organizaciones de alta confianza conocidas por ser extremadamente seguras y consideradas de alto riesgo, como la aviación, la energía nuclear y las industrias del petróleo y el gas.

La triple tipología de cultura organizacional propuesta por Westrum (1993) fue posteriormente adaptado a la cultura de seguridad por Hudson (2003) que fue extendida a un modelo de 5 niveles de evolución de madurez (Salazar Velasquez, 2020):

1. Patológico: la seguridad es un problema causado por los trabajadores; la preocupación por la seguridad se traduce en no ser atrapado por los agentes reguladores.
2. Reactivo: se toman acciones correctivas después de que ocurren los incidentes; la seguridad empieza a ser vista como algo serio.

3. Calculado: la seguridad se gestiona administrativamente, mediante el conjunto de datos; las mejoras son impuestas por los gerentes.
4. Proactivo: los empleados de la organización comienzan a tomar iniciativas para mejorar la seguridad; se mejoran los procesos.
5. Participativa: hay participación activa de los empleados en todos los niveles; la seguridad es vista como una parte inherente del negocio.

Más recientemente, el enfoque en la construcción de una cultura de seguridad es parte de la preocupación de las organizaciones que brindan atención médica. La publicación del Institute of Medicine *To Err is Human* (Almará, 2023) enfatizó la necesidad de fortalecimiento de una cultura de seguridad a nivel organizacional, como medida fundamental en el proceso de mejora de la seguridad del paciente en el contexto hospitalario.

A partir de este hito, el número de estudios que demuestran la importancia de una cultura de seguridad para mejorar la seguridad de la atención al paciente se ha acrecentado.

Según Almará, (2023) el producto de valores, actitudes, percepciones, habilidades y patrones de conducta individuales y grupales, que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de dirigir una organización sanitaria con la gestión de la seguridad del paciente son elementos cruciales para entender el proceso de dicha seguridad.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una buena comunicación entre profesionales, confianza mutua y percepciones comunes sobre la importancia de la seguridad y eficacia de las acciones preventivas. Una organización con una cultura de seguridad efectiva es abierta

y justa con sus empleados cuando ocurren incidentes; los empleados se sienten motivados a reportar el error; aprenden con errores en lugar de culpar a los individuos, y se intenta mirar lo que pasó dentro del sistema (Ojeda Reyes et al. 2021).

Según Mogollón et al. (2020), una amplia gama de estudios respalda el concepto de que una condición clave para la cultura de seguridad en organizaciones de alto riesgo, incluyendo organizaciones que brindan atención médica, radica en un conjunto de creencias y prácticas compartidas que apoyan prácticas seguras entre los profesionales que trabajan en ellas.

Tal cultura se caracteriza por la comunicación abierta, el trabajo en equipo, el reconocimiento de la dependencia mutua y la primacía de la seguridad como prioridad en todos los niveles de organización (Mogollón et al. 2020).

La retroalimentación incluye comunicación sobre la ocurrencia de errores y la descripción de los factores que intervienen en su ocurrencia. La dirección de la organización debe promover reglas de seguridad realistas y viables y garantizar que los equipos estén bien capacitados y educados sobre las consecuencias de los actos inseguros (López Frías et al. 2019).

Los empleados también juegan un papel clave en la construcción de una cultura de seguridad, a través de su comprensión de los riesgos del ambiente de trabajo y en la ejecución de los trabajos, considerando los parámetros de seguridad establecidos para el desempeño de sus funciones. El hecho de que los empleados dependan de un sistema de gestión eficaz de la seguridad es una buena señal de una cultura de seguridad positiva, especialmente si hay participación de los empleados en la construcción de este sistema.

En los estudios sobre cultura de seguridad se observa, en la literatura, el uso de diferentes terminologías (Corrales, 2020). El término “clima de seguridad” se utiliza con poca o ninguna diferenciación del término “cultura de seguridad” tanto en estudios centrados en organizaciones industriales, así como aquellos dirigidos a organizaciones de la atención sanitaria (Mella Laborde et al. 2020).

No es raro usar ambos términos indistintamente. El término "clima de seguridad" fue definida por primera vez por Zohar como una síntesis de las percepciones sobre el ambiente de trabajo que comparten los empleados (De la Cruz, 2022). Posteriormente, se definió este término como un concepto general que describe la ética de la seguridad en una organización o lugar de trabajo y que podría predecir el comportamiento de los empleados con respeto por la seguridad en ese entorno.

Aunque se utiliza en investigaciones como sinónimo de cultura de seguridad, el término clima de seguridad se define como las características superficiales de la cultura de seguridad, basadas en actitudes y percepciones de individuos en un momento dado, o cómo los componentes de los aspectos medibles de la cultura de seguridad.

3.3.2. La cultura de la seguridad como factor contribuyente a la atención insegura susceptible de intervenciones

El objetivo de las intervenciones en el ámbito de la seguridad del paciente es reducir, lo menos posible, los riesgos de daños innecesarios asociados con la atención médica (Ureta Ortiz, 2023). Una de las formas de mejorar la seguridad de la atención sanitaria consiste en mejorar el sistema en el que se presta la atención al paciente.

Los sistemas complejos y de alta tecnología están sujetos a condiciones raras pero los accidentes organizacionales generalmente catastróficos, en los que una variedad de factores contribuyentes se combina para derribar varias barreras y salvaguardas.

Los factores que contribuyen a la atención insegura como circunstancias, acciones o influencias que juegan un papel en el origen o desarrollo de un incidente o mayor riesgo de un incidente, según Lagos Ortiz (2022) afirma que un simple incidente de seguridad del paciente es típicamente la consecuencia de una combinación de más de un factor contribuyente.

Los factores que contribuyen a la atención insegura constituyen los factores relacionados con los pacientes (comorbilidades, limitaciones físicas y factores), factores humanos (relacionados con los profesionales), factores relacionados con el sistema (organización, cultura, ambiente de trabajo) y factores externos a la organización (Pamela, 2022).

La cultura de seguridad es cada vez más valorada dentro de las organizaciones de salud, ya que la sostenibilidad de una cultura de seguridad positiva guía el comportamiento de los profesionales de la salud en la construcción de una visión de alta prioridad centrada en la seguridad.

La cultura de la culpa preponderante en las organizaciones sanitarias, según Bastidas Mezahuamán, (2022) debe dar paso a una cultura enfocada en aprender de los errores, donde la información que de ello se deriven son compartida. Para ello es fundamental reconocer la falibilidad humana, conociendo los errores que se producen en el ambiente de trabajo y, a partir de ahí, permitir alteraciones en el diseño de los sistemas de entrega en la atención, reduciendo los factores que contribuyen a la atención insegura.

James Reason, profesor de psicología en la Universidad de Manchester, utilizó ampliamente el concepto de error humano en sus estudios, inicialmente dirigidos a la aviación, más tarde a las grandes industrias y, más recientemente, al área de la salud (Román Hernández, 2021).

La seguridad del paciente y la adaptabilidad de las instituciones de la salud en relación con los riesgos humanos y operacionales inherentes al proceso de trabajo son el foco central de estos estudios, que tienen como objetivo crear instrumentos para el manejo del acto inseguro.

El objetivo de los sistemas y organizaciones de alta complejidad, como es el caso de las organizaciones de salud, es volverse resilientes, robusto y practicable frente a situaciones que involucran humanos y operaciones y, en consecuencia, la ocurrencia del error. La premisa es que los seres humanos cometen errores, y que por lo tanto los errores son de esperar.

Los errores son consecuencias, no causas. Y aunque no se puede cambiar la condición humana, se pueden cambiar las condiciones bajo las cuales los seres humanos trabajan, creando defensas en el sistema (Castillo Ramos, 2022). El concepto de seguridad del paciente apunta a deficiencias en el sistema de prestación de servicios de salud, en su concepción, organización y funcionamiento, como los principales factores responsables de la ocurrencia de daños causados por la atención de la salud en lugar de culpar a las personas de forma aislada.

Los incidentes pueden ser el resultado de problemas en la práctica, productos, procesos o sistemas. Las organizaciones sanitarias son complejas. La ocurrencia de incidentes es el resultado de una cadena de factores sistémicos, que incluyen las estrategias de una organización, su cultura, prácticas de

trabajo, enfoque de la gestión de la calidad, la prevención de riesgos y la capacidad de aprender de los errores (Forest Yépez, 2023).

Según Núñez Samaniego, (2020) la cultura es un factor que puede afectar a todos los procesos y defensas del sistema para bien o para mal. Si se puede decir que hay una cultura en las organizaciones de atención médica, generalmente contiene al menos dos obstáculos para fortalecer la cultura de seguridad; La primera es la creencia en el perfeccionismo del alumno – después de una larga y ardua formación, profesionales en salud esperan “hacerlo bien”, y eso es también lo que esperan de ellos; y en segundo, la tendencia a estigmatizar y castigar la falibilidad: el error equivale a la incompetencia.

En conjunto, estas influencias generalizadas dificultan que los proveedores de atención admiten sus errores o aprenden colectivamente de ellos. A esto se suma el hecho de que la organización sanitaria se configura como una organización profesional, donde los recursos humanos son centrales para la producción de atención y poseen un conocimiento específico y complejo que les otorga una gran autonomía de decisión y poco control del proceso (Montero, y Martínez, 2022).

La cultura de seguridad se compone de los siguientes componentes: una cultura justa, donde hay consenso entre las personas con respecto a los comportamientos aceptables e inaceptables; una cultura de reporte de incidentes, que favorece la información (incluida la recopilación, el análisis y la divulgación de información sobre la notificación de eventos adversos y casi accidentes) y animar a la gente a hablar sobre sus errores y reportarlos; y, por último, una cultura del aprendizaje.

Dado que la organización constituyó una memoria de hechos pasados, puede aprender directo de ellos. Destaca la necesidad de los sistemas de notificación de eventos adversos garantizando la confidencialidad de promover la confianza entre los gerentes y sus empleados (Beteta Fernández, 2023).

Algunas intervenciones son presentadas por Imbaquingo, (2023) para ayudar a la identificación y corrección de fallas latentes existentes en la organización, ante estas se combinan con otros factores y causan daño a los pacientes. No hay una recomendación de la mejor técnica a utilizar, pero se pueden combinar para cumplir con las especificidades de la cultura local: el Árbol de Decisión de Incidentes (The Incident Decision Tree), una herramienta basada en la web creada por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA), Reino Unido, para que los gerentes y médicos accedan a los principios básicos que les ayuden a decidir si suspenden o no la sanción de los empleados que han estado involucrados en incidentes de seguridad graves.

El Análisis de Causa Raíz, también desarrollado por la NPSA de Reino Unido, para guiar el análisis de un incidente de seguridad del paciente identifica el lugar de trabajo y los factores organizacionales y sistémicos que contribuyeron a la ocurrencia del incidente; los sistemas de notificación de Incidentes, donde cada incidente reportado contribuye a la comprensión e identificación de fallas latentes y organizacionales que contribuyeron a su ocurrencia, incluso aquellas en las que no hubo daño para el paciente; y Técnicas de una amplia variedad de auditorías, tales como Medidas Proactivas de Proceso, diseñadas para identificar las dimensiones organizacionales que necesitan ser fijas y útiles también para evaluar las condiciones y resultados después de la implementación de acciones de mejoras (Salmón Torralbo, 2021).

Estas dimensiones organizacionales varían en diferentes contextos, pero suelen incluir cuestiones genéricas como el trabajo en equipo, la comunicación, protocolos, escalas de servicio, modelo de gestión y mantenimiento.

Se pueden implementar intervenciones genéricas y específicas en los procesos de gestión y procesos clínicos con el fin de mejorar la seguridad del paciente. Osorio Martínez et al. (2020) construyeron el modelo de cadena causal vinculando las intervenciones con los resultados. El modelo de cadena causal incorpora la influencia del comportamiento humano y los conceptos basados en sistemas, que incluye la cultura y el clima de seguridad.

Según los autores, este modelo se basa en el modelo de evaluación de la calidad de la atención, conocido por la tríada estructura-proceso-resultado, de Donabedian (1980), y en el modelo de Reason (2000), que describía errores latentes y activos. El modelo de cadena causal, así como los modelos mencionados anteriormente, comparte la idea de un servicio de salud inserto en un sistema.

Añaden la representación de un flujo de trabajo, distinguiendo el proceso en dos tipos: gestión o procesos organizacionales, donde residen las fallas latentes (por ejemplo, política de recursos humanos) y clínicas (adopción de prácticas basadas en la evidencia), sobre las cuales las fallas activas afectan e involucran la interacción humana directa.

Las intervenciones enfocadas a procesos de gestión o las organizaciones a menudo afectan los resultados de seguridad del paciente a través de sus efectos sobre las variables intervinientes y las actitudes y comportamientos de empleados, como la moral y la cultura. Alternativamente, las intervenciones pueden ser diseñadas para impactar directamente en el dominio clínico.

Al final de la cadena causal son los resultados para el paciente y los resultados logrados para la organización (rendimiento), como el número de pacientes tratados. El modelo de cadena causal ilustra con base en la tríada “estructura-proceso-resultado” de Donabedian (1980), algunas intervenciones genéricas y específicas, y muestra cómo el comportamiento y la cultura pueden impactar en procesos clínicos.

Dados los modelos presentados y partiendo de la premisa de que las intervenciones se pueden delinear para fortalecer la cultura de seguridad en las organizaciones de salud y, en consecuencia, contribuir a una atención sanitaria segura, se desarrollaron iniciativas para seleccionar características medibles de la cultura de seguridad y así proponer herramientas y métodos para evaluarla.

A nivel global se observa en la comunidad científica y en las acciones desarrolladas por parte de organismos internacionales el interés y compromiso en la búsqueda de soluciones a reducir el nivel de riesgo para los pacientes, garantizar la calidad de la atención y desarrollar métodos y técnicas confiables que determinen el tipo y la naturaleza de la Cultura de seguridad de los profesionales y sus unidades o sectores en los hospitales.

En este sentido, la evaluación de la cultura de seguridad se considera el punto de partida para comenzar a planificar acciones que busquen cambios que reduzcan la incidencia de eventos adversos y, en consecuencia, garantizar la provisión de atención médica segura.

Para establecer una cultura de seguridad en una organización sanitaria, el primer paso es evaluar la cultura actual. La evaluación de la cultura de seguridad, ya exigida por los organismos internacionales de acreditación hospitalaria, permite identificar y gestionar prospectivamente los problemas y

aspectos relevantes de la seguridad en las rutinas y condiciones de trabajo, con el fin de monitorear los cambios y resultados relacionados con la seguridad.

Este enfoque permite el acceso a la información reportada por los empleados sobre sus percepciones y comportamientos relacionados con la seguridad, permitiendo identificar las cuestiones para que las intervenciones puedan planificarse e implementarse (Salmón Torralbo, 2021).

Para estos autores, la evaluación de la cultura de seguridad puede tener múltiples propuestas: (i) el diagnóstico de la cultura de seguridad y la sensibilización de empleados sobre el tema; (ii) la evaluación de intervenciones para la seguridad del paciente implementado en la organización y el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo; (iii) la comparación con datos de referencia internos y externos a la organización; y (iv) verificación del cumplimiento de los requisitos reglamentarios.

3.4. Cultura de Seguridad: en el camino hacia la Seguridad del Paciente

El trabajo de Dávila, (2019) ha tenido una fuerte conexión con la salud y especialmente con la seguridad del paciente. Este autor considera que el liderazgo en las unidades de salud moldea la cultura, lo que a su vez da forma al flujo de información. Un buen flujo y procesamiento de la información tiene efectos importantes sobre la seguridad del paciente, es decir, un cultivo abierto y fructífero resultará en una mejor aceptación de la innovación y una mejor respuesta a las señales de peligro.

Esta cultura requiere que la alineación de las estructuras, la conciencia y el empoderamiento reemplazan la sospecha, aislamiento y pasividad. En su trabajo sugiere que, para poder trabajar y comprender la cultura organizacional,

se necesita una tipología de entornos organizacionales. El estilo de procesamiento de la información es un enfoque útil para esta tipología, debido a la importancia que asume la información en una organización, y porque está directamente relacionada con varias características de la cultura de la organización.

Por lo tanto, se identifican tres estilos típicos de procesamiento de la información: patológico, burocrático y constructivo (Arenas et al. 2017). Estos estilos están asociados con diferentes respuestas a señales de problemas y oportunidades de innovación y dan lugar a tres tipos de culturas:

1. Cultura patológica: la información se utiliza como un recurso personal para ser utilizado como fuerza política. La información no fluye, se utiliza para beneficio personal dentro de la organización.
2. Cultura burocrática: la información fluye a través de canales o procedimientos formales. Esta forma de hacer fluir la información suele ser insuficiente en momentos de crisis.
3. Cultura constructiva (cultura generativa): la información fluye hacia la persona adecuada, en el momento correcto y de la manera correcta.

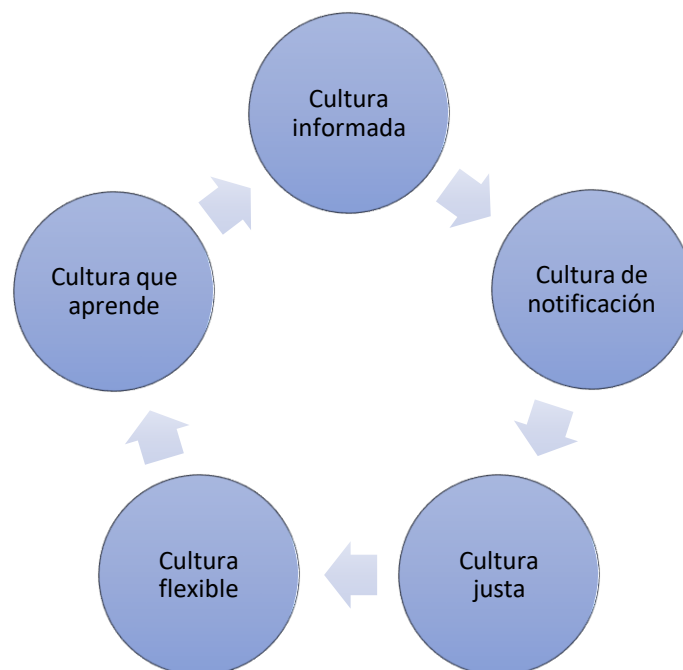
A su vez, Podestá, et al. (2018) propusieron que una organización que tenga una cultura de seguridad debe contener:

- un sistema de información de seguridad que recopila, analiza y difunde la información resultante de incidentes y cuasi accidentes (incidente que no llegaron al paciente) así como controles proactivos periódicos;
- una cultura de presentación de informes en la que las personas estén preparadas para informar de sus errores;

- una cultura de confianza, donde se alienta e incluso se recompensa a las personas por proporcionar información relacionada con la seguridad, pero hay claridad entre el comportamiento aceptable e inaceptable;
- flexibilidad en términos de la capacidad de reconfigurar la estructura organizacional frente a un ambiente de trabajo dinámico y exigente;
- voluntad y competencia para sacar conclusiones apropiadas de su sistema de seguridad, y estar dispuestos a implementar reformas cuando sea necesario.

Por lo tanto, los componentes de una cultura de seguridad pueden interpretarse en la siguiente gráfica:

Ilustración 1 Componentes de una cultura de seguridad



Fuente: Elaboración propia en base a Palma et al. (2017)

Palma, et al. (2017) en un artículo de revisión de la literatura, identificaron varias definiciones de cultura de seguridad y presentar puntos comunes:

1. La cultura de seguridad es un concepto definido a nivel de grupo o liderazgo, que se refiere a valores compartidos entre todos los miembros del grupo u organización.
2. La cultura de seguridad se ocupa de cuestiones formales de seguridad en la organización y que están estrechamente relacionadas con, pero no limitados a, los sistemas de gestión y supervisión.
3. La cultura de seguridad enfatiza la contribución de todos, en todos los niveles de una organización.
4. La cultura de seguridad de una organización impacta el comportamiento de sus empleados en el lugar de trabajo.
5. La cultura de seguridad a menudo se refleja en la contingencia entre los sistemas de recompensa y el rendimiento de seguridad.
6. La cultura de seguridad se refleja en la voluntad de una organización de desarrollarse y aprender de los errores, incidentes y accidentes.
7. La cultura de la seguridad es relativamente duradera, estable y resistente al cambio.

Este trabajo también identifica indicadores de cultura de seguridad como el compromiso organizacional, involucramiento gerencial, empoderamiento profesional, sistemas de gestión y sistemas de recompensa y notificación. La Cultura de Seguridad se asume, así como un componente de la organización que se puede mejorar, visto desde una perspectiva dinámica y no estática e instalada.

Según Camacho, (2020) las organizaciones con culturas de seguridad efectivas comparten un compromiso constante con la seguridad como máxima prioridad que recorre toda la organización completa.

Vega, et al. (2017) expone como resultado la identificación de siete componentes de Cultura de seguridad, presente en organizaciones altamente confiables:

1. Compromiso con la seguridad articulado en los niveles más altos de la organización y traducido en valores, creencias y normas de comportamiento compartidos en todos los niveles.
2. Recursos necesarios, incentivos y recompensas asignados por la organización para permitir este compromiso se haga realidad.
3. La seguridad se valora como una prioridad, incluso a expensas de la "producción" o eficiencia"; Los profesionales son recompensados por cometer errores siempre que sean conscientes del error.
4. La comunicación entre los trabajadores y todos los niveles de la organización es frecuente y sincera.
5. Los actos inseguros son raros a pesar de los altos niveles de producción.
6. Hay una apertura sobre errores y problemas, donde los errores se informan cuando ocurren.
7. Se valora el aprendizaje organizacional; la respuesta a un problema se centra en mejorar el rendimiento del sistema en lugar de centrarse en la culpa individual.

Esta perspectiva fue enfatizada por Tejada et al. (2020) también se identifica en un artículo de revisión cuyas propiedades de la cultura de seguridad están relacionadas con el liderazgo, el trabajo en equipo, prácticas basadas en evidencia, comunicación, aprendizaje, justicia y centralización en el enfermo.

Se puede encontrar en la literatura en el área de seguridad del paciente, varias definiciones de cultura de seguridad del paciente:

1. Producto de las creencias, valores, actitudes, normas y estándares de conducta que configuran el comportamiento individual y colectivo, que determina el compromiso de la organización con programas de seguridad.
2. Los valores compartidos (qué es importante) y creencias (cómo funcionan las cosas) que interactúan con la estructura y los sistemas de control de una organización para producir estándares (la forma en que se hacen las cosas).
3. Producto colectivo de valores, actitudes, habilidades y patrones de conducta, individuales y grupales que compiten por el desempeño en materia de seguridad.
4. Producto de valores, actitudes, percepciones, habilidades y estándares individuales y grupales de comportamiento que determina el compromiso, el estilo y la competencia de la gestión de la seguridad de una organización de atención médica.
5. Las organizaciones con una cultura positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, por percepciones

compartidas sobre la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las acciones preventivas.

El compromiso de la dirección con la seguridad debe ser claro con el paciente, en todos los niveles de la organización; buen conocimiento y comprensión de la seguridad de los pacientes en toda la organización; una definición clara de la cultura deseada; evidencia visible de inversión que se realiza en seguridad, incluida la calidad del ambiente de trabajo, equipo proporcionado, etc.; ser proactivo para que las actividades de mejora continua sean tratadas antes de que ocurran accidentes; Buena comunicación en todos los niveles de la organización y una participación significativa de todos, en todos los elementos de seguridad.

Según Arrieta et al. (2019), existen algunos elementos que contribuyen a una cultura de seguridad de las organizaciones de salud: liderazgo fuerte y “ganador”, uso de ejemplos externos al sector sanitario como el aeronáutico, uso de simuladores, formación y formación de posgrados y al mismo tiempo a lo largo de la vida del profesional.

Los autores identificaron algunos de los beneficios importantes de una cultura de seguridad:

- reducción potencial de la recurrencia y gravedad de los incidentes mediante una mayor presentación de informes y aprendizaje organizacional.
- reducción del daño físico y psicológico a los pacientes porque las personas son más conscientes de la seguridad del paciente, trabajar para evitar errores y hablar abiertamente cuando las cosas van mal;

- menos profesionales que sufren de angustia, culpa, vergüenza, pérdida de confianza y pérdida de moral porque ocurren menos incidentes;
- mejora del tiempo de espera para el tratamiento gracias a una mayor rotación de pacientes.
- Esto sucede porque los pacientes que sufren un incidente, en promedio, tienen un aumento de siete a ocho días de hospitalización;
- reducción de los recursos necesarios para gestionar quejas y quejas.

Según Arrieta et al. (2019), los componentes de una cultura de seguridad son los siguientes:

Ilustración 2 Componentes agregados de la cultura de seguridad



Fuente: Elaboración propia en base a Arrieta et al. (2019)

La seguridad y la calidad son complementarias y se refuerzan mutuamente. La cultura de seguridad de una organización tiene influencia en el tipo de sistema

de gestión de la seguridad que desarrolla y, a su vez, el sistema de gestión de la seguridad influirá en la cultura de la seguridad.

En resumen se puede afirmar que, si bien no existe una definición consensuada de cultura de seguridad, las organizaciones sanitarias deben adoptar una cultura en la que los profesionales tienen una conciencia activa y constante de las situaciones que pueden conducir a fallos, se debe a una cultura abierta y justa que anime a los profesionales a hablar de sus propios errores; dónde todos los profesionales acepten la responsabilidad de la seguridad (de ellos mismos, de sus compañeros, pacientes y visitantes); que asuman la seguridad por encima de los objetivos financieros u operativos; fomenten y gratifiquen la identificación, comunicación y resolución de eventos de seguridad; que promuevan el aprendizaje organizacional como resultado de accidentes; y proporcionen recursos y rendición de cuentas adecuadas para mantener sistemas de seguridad eficaces.

Para mejorar la Seguridad del Paciente, las organizaciones deben identificar sistemas obsoletos y reinventarlos. Desde esta perspectiva, el sistema es visto desde la perspectiva de la organización del trabajo y la cultura de la organización. Para lograrlo, la Seguridad del Paciente debe ser vista como una prioridad estratégica, adoptando una postura proactiva.

Por consiguiente, identificar las características de una cultura de seguridad sólida y proactiva: compromiso del liderazgo con la discusión y aprendizaje de los errores, documentación y mejora de la Seguridad del Paciente, motivación y práctica del trabajo en equipo, uso de sistemas de notificación y análisis de eventos adversos y valorar a los profesionales que mejoran la seguridad.

4. Marco metodológico

Estudio descriptivo transversal y retrospectivo que se realizó mediante un cuestionario a todo el personal de salud de una institución privada de la ciudad de Rosario. Para ello se utilizó el cuestionario **CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES** Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). El cual fue validado mediante una prueba piloto en una institución privada destinada al mismo fin y con las mismas características. El cuestionario fue distribuido por la investigadora a un total de 100 encuestados. Se ha realizado un análisis descriptivo agrupando las respuestas en positivas, neutrales y negativas, a partir de las que se han identificado las fortalezas y las oportunidades de mejora entre las dimensiones y los ítems.

Por lo tanto, las variables en estudio son la cultura de seguridad del paciente como independiente y la ocurrencia de efectos adversos como dependiente

5. Resultados

5.1. Evaluación de la cultura de seguridad

Después de completar los pasos iniciales del HSOPSC ATC, el instrumento fue aplicado todo el personal en relación de dependencia con antigüedad superior a 1 año con interacción directa e indirecta desde el ingreso hasta el egreso del paciente a la institución. Siendo los resultados los siguientes.

El porcentaje promedio de respuestas positivas obtenidas para las dimensiones de cultura de seguridad y para sus respectivos elementos componentes en la población de estudio son presentados en las tablas siguientes.

Tabla 1 SECCION A: SU UNIDAD/SERVICIO

Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
Pregunta 1	4	14	20	42	19	1
Pregunta 2	20	40	15	21	4	0
Pregunta 3	8	9	13	49	21	0
Pregunta 4	5	11	16	49	19	0
Pregunta 5	4	22	29	27	16	2
Pregunta 6	4	18	23	40	15	0
Pregunta 7	21	34	27	9	5	4
Pregunta 8	9	24	19	32	16	0
Pregunta 9	14	26	12	36	11	1
Pregunta 10	20	35	18	16	10	1
Pregunta 11	19	20	16	36	9	0

Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
Pregunta 12	11	18	19	35	16	1
Pregunta 13	11	17	22	38	10	2
Pregunta 14	12	17	23	37	11	0
Pregunta 15	7	26	18	34	14	1
Pregunta 16	15	17	31	26	7	4
Pregunta 17	21	31	21	18	6	3
Pregunta 18	8	15	20	43	13	1
Pregunta 19	13	17	17	37	12	4
Pregunta 20	12	21	18	35	14	0
Pregunta 21	16	27	32	18	6	1
Pregunta 22	27	30	22	13	5	3

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, tuvieron un alto porcentaje de respuestas positivas con un índice superior al 77%, en tanto que las respuestas 2, 7, 10, 21 y 22 tuvieron respuestas negativas con porcentaje del 23%. Si bien se observa que el porcentaje de respuestas positivas es más bajo que el porcentaje de respuestas negativas, cabe destacar que las respuestas respondidas en positivo corresponden al 68% de la tabla. Se puede observar que el trabajo en equipo dentro de las unidades/áreas de trabajo es una fortaleza.

Por lo tanto, según la clasificación de áreas fuertes y débiles de la cultura de seguridad recomendadas por los autores del instrumento se observaron

dimensiones que podrían catalogarse como áreas fortalecidas para la cultura de seguridad en la muestra estudiada (dimensiones con % de respuestas positivas > 75%), siendo dichos ítems que comprenden algunas dimensiones obtuvieron porcentajes mayores y pueden considerarse como características fortalecidas de la cultura de seguridad relacionada con su tamaño.

Respecto a las dimensiones que obtuvieron valores iguales o menores al 50% que según los autores, se pueden clasificar como áreas frágiles de la cultura de seguridad que requieren intervenciones para su mejora, la “adecuación de profesionales” y “respuestas no punitivas a errores” obtuvo porcentajes de respuestas positivas por debajo de dicho valor.

Tabla 2 SECCION B. SU SANATORIO

Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	NS/NC
Pregunta 23	14	33	25	25	3	0
Pregunta 24	4	21	19	33	22	1
Pregunta 25	4	22	22	29	23	0
Pregunta 26	6	21	27	36	10	0
Pregunta 27	10	23	28	22	16	1
Pregunta 28	4	30	30	20	15	1
Pregunta 29	3	24	28	26	19	0
Pregunta 30	19	27	27	19	8	0
Pregunta 31	10	20	20	29	21	0
Pregunta 32	9	20	19	40	12	0
Pregunta 33	6	26	18	33	15	2

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2, las preguntas 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 32, fueron respondidas en forma positiva con un índice superior al 82%, mientras que las preguntas 23 y 30 fueron respondidas de manera negativa con un índice inferior al 18%. Aquí se observa que las respuestas positivas arrojan un resultado negativo y las respuestas negativas arrojan resultados positivos, dando por resultado a nivel institucional una debilidad en cuanto a la seguridad del paciente.

Tabla 3 SECCION C. COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	NS/NC
Pregunta 34	20	17	29	15	17	2
Pregunta 35	9	11	33	17	29	1
Pregunta 36	7	9	30	22	30	2
Pregunta 37	20	16	34	15	13	2
Pregunta 38	15	11	19	27	27	1
Pregunta 39	31	15	30	11	11	2
Pregunta 40	12	6	22	34	23	3
Pregunta 41	7	10	34	26	20	3
Pregunta 42	10	9	33	23	21	4

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42 fueron respondidas de manera positiva con 78%, y las respuestas 34 y 39 fueron respondidas de manera negativa con un 22%, estas respuestas se las pueden considerar una oportunidad para mejorar la seguridad del paciente.

De las dos tablas anteriores se desprende que las dimensiones relacionadas con el nivel de la unidad de trabajo del profesional son: “aprendizaje organizacional – mejora continua”, “expectativas y expectativas del supervisor/jefe” acciones que promuevan la seguridad”, “trabajo en equipo dentro de las unidades”, “apertura de comunicación”, “devolución de

información y comunicación de errores”, “adecuación de profesionales” y “respuestas no punitivas a los errores”.

La dimensión “aprendizaje organizacional – mejora continua” obtuvo el 68% de respuestas positivas y se encontró que el 82% de los encuestados estuvo de acuerdo con el ítem de que se están haciendo cosas para mejorar la seguridad del paciente.

La dimensión “expectativas y acciones del supervisor/jefe que promueven la seguridad” los encuestados no estuvieron de acuerdo con el ítem “mi supervisor/jefe no presta atención a los problemas de seguridad del paciente que sucede repetidamente”; Este ítem puede ser considerado como un punto fuerte en la cultura de seguridad en relación con esta dimensión.

Si bien la dimensión “trabajo en equipo dentro de las unidades” obtuvo el porcentaje promedio de respuestas positivas del 61%, llama la atención el bajo porcentaje (39%) de respuesta positiva al ítem “cuando un área/unidad de trabajo están sobrecargados, los demás ayudan”, lo que refleja dificultades en la cooperación entre los equipos y la asistencia mutua ante la sobrecarga de trabajo, constituyendo un área frágil de la cultura de seguridad en esta dimensión a trabajar.

La dimensión “apertura de comunicación” recibió 51% de respuestas positivas, porcentaje límite para ser clasificado como un área frágil que requiere mejoras. Los ítems de esta dimensión tuvieron porcentajes bajos: sólo el 37% de los encuestados coincidió en que “los profesionales (independientemente del empleo) se sienten en riesgo de disposición a cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores” y sólo el 50% de los profesionales no estuvieron de acuerdo en que los profesionales (independientemente del empleo) tienen

miedo de preguntar cuando algo parece no estar bien, destacando la necesidad de planificar intervenciones para mejorar la apertura de la comunicación.

La dimensión “devolución de información y comunicación sobre errores” obtuvo el 52% de respuestas positivas. Cabe destacar que sólo el 42% de los encuestados estuvo de acuerdo con la afirmación de uno de sus elementos componentes: “Recibimos información sobre los cambios implementados a partir de informes de eventos”, destacando un problema de comunicación al devolver la información proporcionada por profesionales sobre la notificación de errores.

Si bien la dimensión “idoneidad de los profesionales” obtuvo un porcentaje de respuestas positivas de sólo el 42%, el 72% de los encuestados no estuvo de acuerdo con que utilizan más profesionales temporales/subcontratados de los que serían deseables para la atención al paciente.

Como la institución también depende de profesionales subcontratados para satisfacer sus demandas laborales, se supone que los profesionales participantes en este estudio no perciben el uso de profesionales temporales/subcontratados como perjudiciales para la atención al paciente.

La misma dimensión, sólo el 21% estuvo de acuerdo en tener suficientes profesionales para manejar la carga de trabajo, el 39% no estuvo de acuerdo con que trabajan en una “situación de crisis”, tratando de hacer mucho y muy rápido y sólo el 39% no estuvo de acuerdo con que los profesionales (independientemente del empleo) trabajen más horas de las que sería mejor para la atención del paciente.

Existe una percepción entre los encuestados sobre la carga de trabajo excesiva y profesionales insuficientes, lo que indica la necesidad de que se refuercen aspectos relativos a la idoneidad de los profesionales.

La dimensión de cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad que obtuvo el porcentaje más bajo de respuestas positivas y también entre todas las dimensiones fue “respuestas no punitivas a los errores” (21%). Esta dimensión obtuvo porcentajes de respuestas positivas inferiores al 50% en todos los ítems que lo componen.

Los ítems que componen esta dimensión recibieron el 20%, 25% y 19% de las respuestas positivas, siendo, respectivamente, “los profesionales consideran que sus errores o fallas pueden ser utilizados en su contra”, “cuando se reporta un evento, parece que el foco recae en la persona y no en el problema” y “los profesionales (independientemente del empleo) les preocupa que sus errores, equivocaciones o fallas se registran en sus registros funcionales”.

Lo que se destaca de las respuestas a estos ítems es que la cultura de seguridad en la institución se configura como una cultura punitiva ante los errores, donde los profesionales tienen temor a que sus fracasos queden claros, lo que requerirá intervenciones para revertir esta percepción y, en consecuencia, el fortalecimiento de la cultura de seguridad.

Las dimensiones relacionadas con el nivel hospitalario son: “apoyo a la gestión seguridad del paciente”, “trabajo en equipo entre unidades” y “cambio de turnos”. La dimensión “apoyo a la gestión para la seguridad del paciente” obtuvo el 54% de respuestas positivas y se encontró que el 50% de los encuestados no estuvo de acuerdo con el ítem que afirma que la dirección

hospitalaria sólo parece interesada en la seguridad del paciente cuando ocurre un evento adverso.

Esta percepción sobre las acciones reactivas frente a cuestiones de seguridad del paciente por parte de profesionales clasificados como un área de situación frágil requeriría intervenciones para revertirla y, en consecuencia, fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

“Trabajo en equipo entre unidades” fue la dimensión que obtuvo menor porcentaje de respuestas positivas entre las dimensiones a nivel hospitalario (44%). Todos los ítems de esta dimensión obtuvieron porcentajes iguales o inferiores al 50% de respuestas positivas. Sólo el 37% de los encuestados no estuvo de acuerdo con que “las unidades del hospital no están bien coordinados entre sí”, el 40% estuvo de acuerdo en que “hay una buena cooperación entre unidades hospitalarias que necesitan trabajar juntas”, 50% no estuvo de acuerdo en que “a menudo es desagradable trabajar con profesionales de otras unidades hospitalarias” y el 50% estuvo de acuerdo en que las unidades hospitalarias funcionan bien juntas para brindar la mejor atención a los pacientes.

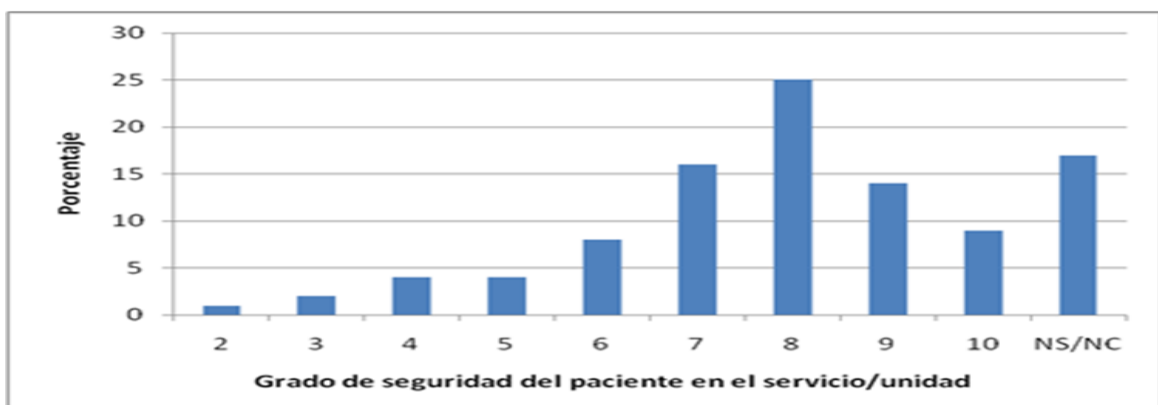
La dimensión “cambio de turno y traslados” obtuvo el 51% de respuestas positivas. Dos de los cuatro ítems que componen esta dimensión recibieron porcentajes inferiores al 50% de respuestas positivas: sólo el 42% de los encuestados no estuvo de acuerdo en que el proceso de atención se vea comprometido cuando el paciente es transferido de una unidad a otra, mientras que el 40% de los encuestados no estuvo de acuerdo que a menudo ocurren problemas en el intercambio de información entre unidades del hospital.

Las dimensiones clasificadas como “resultado” son: “frecuencia de notificación de eventos” y “percepción general de seguridad del paciente”. Observando el porcentaje promedio de 55% de respuestas positivas a la dimensión “frecuencia de notificación de eventos” llama la atención el ítem 2, donde sólo el 49% de los encuestados reportaron casi siempre/siempre es un evento en el que ocurre un error, o falla, pero no hay riesgo de daño al paciente, representando un área que requiere mejora para fortalecer la cultura de seguridad en esta dimensión.

Alcanzando un porcentaje límite para ser catalogada como zona frágil de la cultura de seguridad del paciente, la dimensión “percepción general de la seguridad del paciente” recibió un 51% de respuestas positivas. El bajo porcentaje de respuestas positivas al ítem “la seguridad del paciente nunca se ve comprometida en función de una mayor cantidad de trabajo por realizar” (47%) y el bajo porcentaje en el ítem “en esta unidad tenemos problemas de seguridad del paciente” (49%), mostrando que la mayoría reconoce que su unidad plantea riesgos para la seguridad del paciente.

5.2. Dimensiones de resultados de la cultura de seguridad del paciente

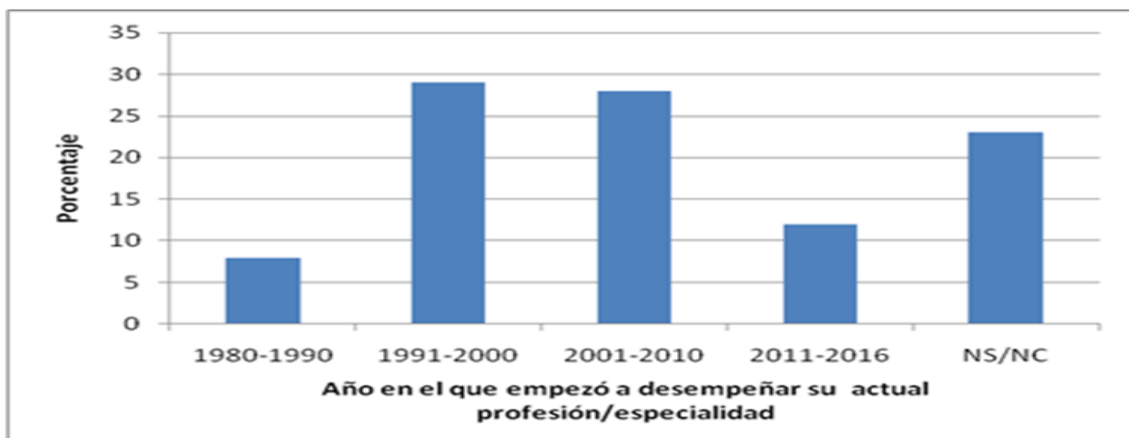
Ilustración 3 grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.



Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que la visión que tiene el personal con respecto a la seguridad del paciente que se brinda en la institución se obtuvo un promedio de 8 con un porcentaje de respuestas del 25%, lo que se considera un buen nivel de seguridad; en tanto un porcentaje superior al 15% optó por no responder, considerando la respuesta como desconocimiento de lo que a seguridad se refiere o por temor a represalias por parte de la institución en función de la respuesta.

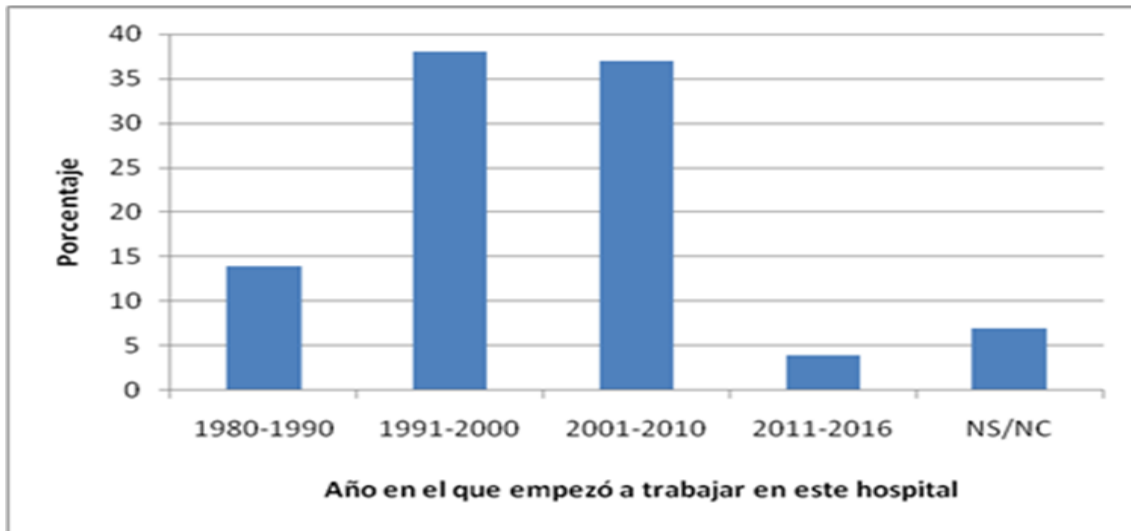
Ilustración 4 Pregunta nro. 44: ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 4 se visualiza que el personal tiene experiencia en su área casi el 30% de los encuestados, debido al tiempo en años que lleva desempeñándose en su rol, esto se define como una fortaleza y oportunidad de crecimiento en tema de seguridad del paciente, un porcentaje superior al 20% optó por no especificar en qué sector se desempeña tal vez considerando que en su área el tema de seguridad no es relevante para sus funciones o sector.

Ilustración 5 Pregunta nro. 45: ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?



Fuente: Elaboración propia

En el grafico 5 se observa que el personal lleva tiempo trabajando en la institución, considerándose una oportunidad y fortaleza, ya que se habla de un staff estable y de escasa rotación.

Ilustración 6 Pregunta nro. 46: ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?



Fuente: Elaboración propia

En el grafico 6 se hace una comparación con el grafico de la pregunta nro. 44; donde muestra que el personal tiene experiencia en el área/unidad donde se desempeña, también se tomara como fortaleza y oportunidad para mejorar la seguridad del paciente.

Ilustración 7 Pregunta nro. 47: ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?.



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se agruparon las horas semanales y se identificaron con números, se le asignó el nro. 1 al grupo que trabaja menos de 20 horas semanales; nro. 2 al grupo que trabaja 21 a 39 horas semanales, nro. 3 al grupo que trabaja de 40 a 59 horas semanales, nro. 4 al grupo que trabaja de 60 a 79 horas semanales, nro. 5 al grupo que trabaja de 80 a 99 horas semanales, y nro. 6 al grupo que trabaja más de 100 horas semanales. Se puede observar que el 35% del personal trabaja entre 40 y 59 horas semanales.

Ilustración 8 Pregunta nro. 48: Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?.



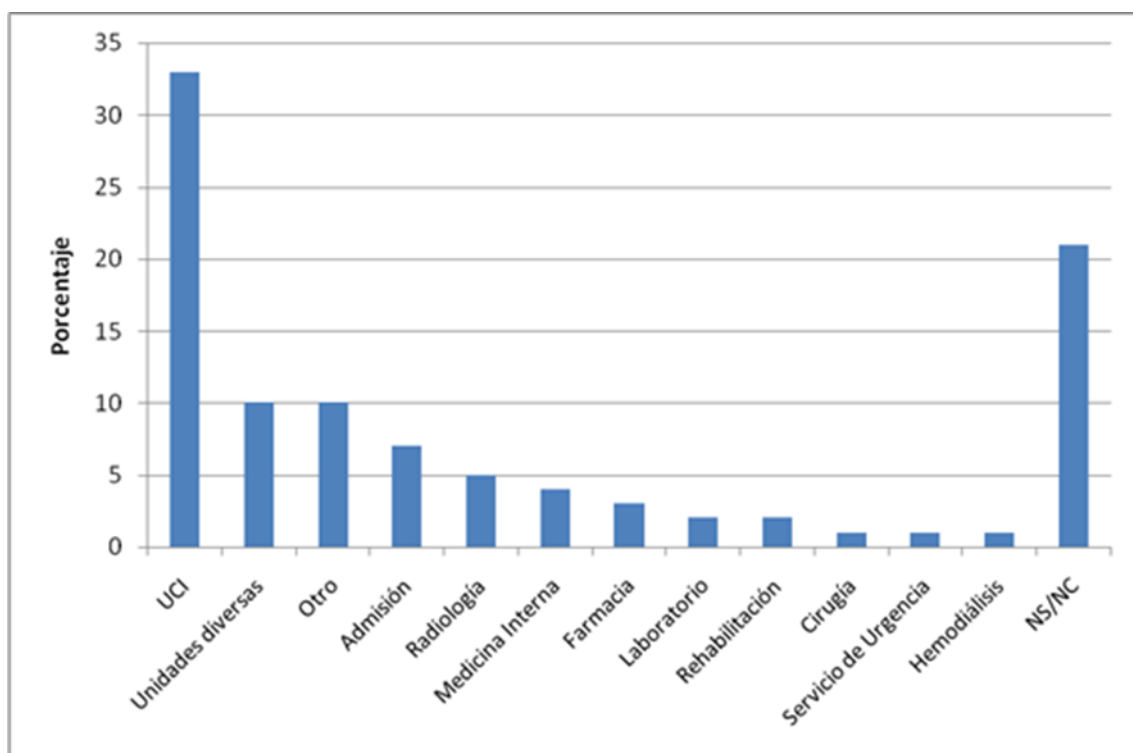
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico nro. 8 se observa que un alto porcentaje del personal (casi el 90%), manifestó haber reportado 1 incidente por escrito durante el último año.

Pregunta nro. 49: ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?

El 85% de los encuestados afirmaron mantener habitualmente un contacto directo con los pacientes; un 15% negaron tener contacto directo con los pacientes. Se deduce de esta respuesta que el personal que mantiene un contacto directo con el paciente es un alto porcentaje.

Ilustración 9 Pregunta nro. 50: ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

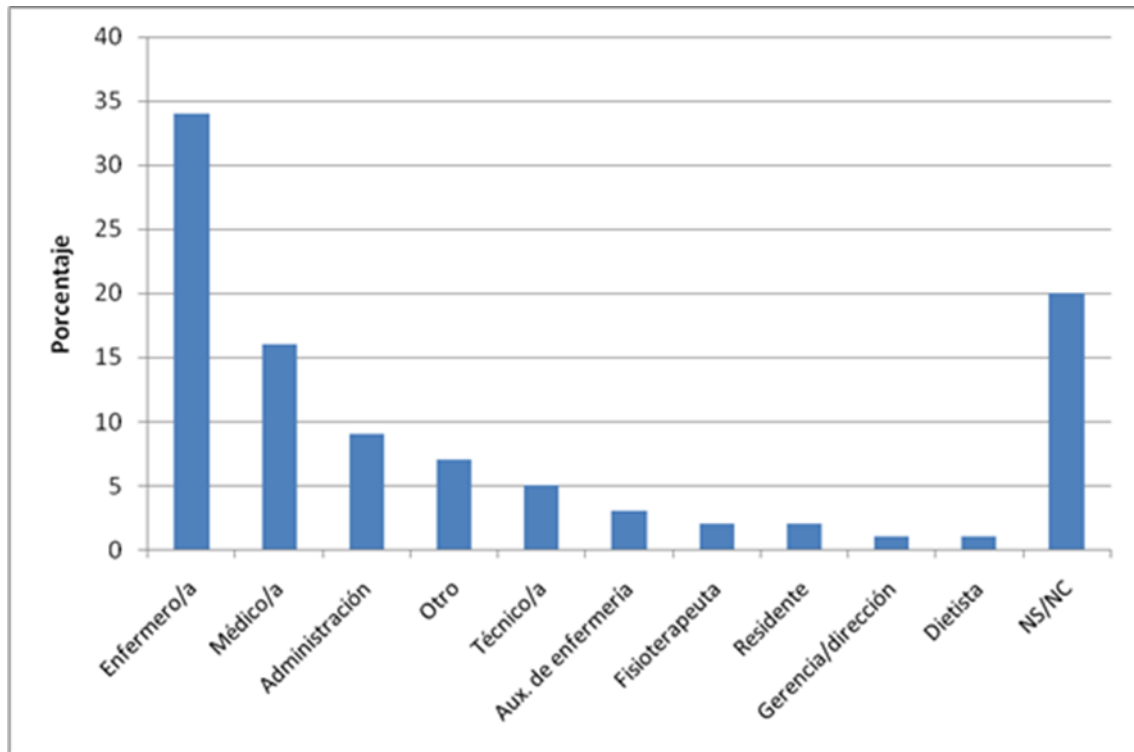


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 9 se observa que un porcentaje superior al 30% del personal se desempeña en cuidados críticos, un porcentaje superior al 20% optó por obviar responder en que servicio se desempeña respuesta común en gráficos anteriores en este caso no identificarse con ningún sector puede ser por no

tener en claro donde se desempeña generalmente o por temor a represalias en base a su respuesta, mientras que un porcentaje igual o menor al 50% hizo referencia a desempeñarse en distintas áreas de la institución.

Ilustración 10 Pregunta nro. 51: ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 10 se observa un alto porcentaje de respuestas del personal de enfermería, se puede considerar su alta respuesta a que la atención del paciente depende pura y exclusivamente del personal de enfermería, considerando esta respuesta como una fortaleza y oportunidad considerando otro porcentaje repetido en otros gráficos el alto porcentaje 20% no responde a que sector pertenece.

Tabla 4 INFORMACION ADICIONAL SOBRE SU SERVICIO/UNIDAD.

Pregunta	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	NS/NC
Pregunta 53	12	8	29	23	11	17
Pregunta 54	32	21	15	7	3	22
Pregunta 55	8	6	14	23	27	22
Pregunta 56	2	1	13	15	44	25
Pregunta 57	5	0	16	25	35	19
Pregunta 58	3	6	15	21	36	19
Pregunta 59	7	5	17	18	30	23
Pregunta 60	4	6	9	17	23	41
Pregunta 61	9	3	4	3	4	77

Fuente: Elaboración propia.

Se observa un alto porcentaje de respuestas positiva consideradas como siempre 77%, un bajo porcentaje de respuesta negativas consideradas nunca 23%. Si bien se observa un alto porcentaje de respuestas sin responder, esto se debe a que hay áreas/unidades donde dichas preguntas no se realizan en dicho sector.

5.3. Análisis de las propiedades psicométricas del HSOPSC

5.3.1. Análisis de fiabilidad

La confiabilidad de la consistencia interna para el instrumento en su conjunto, incluir todos los ítems que lo componen fue alto ($\alpha=0,91$). excepto dos dimensiones, “respuestas no punitivas a los errores” y “profesional”, el coeficiente α de Cronbach osciló entre 0,52 y 0,91. La consistencia interna de estos dos factores fue muy baja: “idoneidad de los profesionales” ($\alpha=0,20$) y “respuestas no punitivas a los errores” ($\alpha=0,35$) (Tabla 5).

Tabla 5 Alfa de Cronbach de las dimensiones de la versión traducida del HSOPSC y sus respectivos ítems componentes

Dimensiones y componentes	Alfa de Cronbach
Trabajo en equipo dentro de las unidades.	0,66
En esta unidad las personas se apoyan entre sí.	
Cuando hay mucho trabajo por hacer rápidamente, trabajamos juntos como equipo para completarlo correctamente	
En esta unidad, las personas se tratan unas a otras con respeto.	
Cuando un área/unidad de trabajo se sobrecarga, las demás ayudan	
Acciones y expectativas respecto de su supervisor/jefe y Acciones que promuevan la seguridad en el lugar de trabajo.	0,76
Mi supervisor/jefe me elogia cuando ve el trabajo realizado de acuerdo con los procedimientos establecidos de seguridad del paciente	
Mi supervisor/jefe realmente toma en consideración las sugerencias de los profesionales (independientemente de su situación laboral) para mejorar la seguridad del paciente	
Cada vez que aumenta la presión, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más rápido, incluso si eso significa "saltar pasos"	
Mi supervisor/jefe no presta suficiente atención a las cuestiones de seguridad del paciente esto sucede repetidamente	
Aprendizaje organizacional – mejora continua	0,56
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente.	
Errores o fracasos han llevado a cambios positivos aquí.	
Después de implementar cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos la eficacia	
Apoyo a la gestión para la seguridad del paciente.	0,84
La dirección del hospital proporciona un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente.	
Las acciones de la dirección hospitalaria demuestran que la seguridad del paciente es la principal prioridad	
La dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente cuando ocurre algún acontecimiento adverso	

Dimensiones y componentes	Alfa de Cronbach
Percepción general de la seguridad del paciente.	
Es casualidad que aquí no ocurran errores, equivocaciones o fracasos.	0,52
La seguridad del paciente nunca se ve comprometida por una mayor cantidad de trabajo al ser completado	
En esta unidad tenemos problemas de seguridad del paciente.	
Nuestros procedimientos y sistemas son adecuados para evitar que se produzcan errores.	
Retroalimentación de información y comunicación sobre errores.	
Recibimos información sobre los cambios implementados a partir de informes de eventos.	0,72
Estamos informados sobre errores que ocurren en esta unidad.	
En esta unidad, analizamos formas de prevenir errores para que no vuelvan a ocurrir.	
Apertura en la comunicación	
Los profesionales (independientemente de su empleo) son libres de decir al ver algo que podría afectar negativamente la atención al paciente	0,69
Los profesionales (independientemente del empleo) se sienten cómodos al cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores	
Los profesionales (independientemente del empleo) tienen miedo de preguntar cuando algo no parece estar bien	
Frecuencia de notificación de eventos	
Cuando ocurre un error, equivocación o falla, pero se advierte y se corrige antes afecta al paciente, ¿con qué frecuencia se informa?	0,91
Cuando se produce un error, equivocación o fallo, pero no hay riesgo de daño para el paciente, ¿Con qué frecuencia se informa?	
Cuando se produce un error, equivocación o fallo, que podría causar daño al paciente, pero no lo causa, ¿con qué frecuencia se reporta?	
Trabajo en equipo entre unidades.	
Las unidades hospitalarias no están bien coordinadas entre sí	0,67
Existe una buena cooperación entre las unidades hospitalarias que necesitan trabajar juntas.	

Dimensiones y componentes	Alfa de Cronbach
Trabajo en equipo entre unidades.	
A menudo resulta desagradable trabajar con profesionales (independientemente de la relación laboral) de otras unidades hospitalarias	0,67
Las unidades hospitalarias trabajan bien juntas para brindar lo mejor para los pacientes	
Idoneidad de los profesionales	
Contamos con suficientes profesionales (independientemente del empleo) para equilibrar la carga de trabajo	0,2
En esta unidad, los profesionales (independientemente de su empleo) trabajan más horas de las que serían mejores para la atención al paciente	
Utilizamos más profesionales temporales/subcontratados de los que sería deseable para la atención al paciente	
Trabajamos en una "situación de crisis", intentando hacer demasiado y demasiado rápido.	
Cambios/traslados de turno o transferencias	
El proceso de atención se ve comprometido cuando un paciente es trasladado de una unidad a otra	0,69
Es común perder información importante sobre la atención al paciente durante el turno o cambios de turno	
A menudo surgen problemas al intercambiar información entre unidades del hospital	
En este hospital, los cambios de turno o de turno son problemáticos para el personal.	
Respuestas no punitivas a los errores.	
Los profesionales consideran que sus errores, equivocaciones o fallos pueden ser usados contra ellos	0,35
Cuando se informa de un evento, parece que el foco está en la persona y no sobre el problema	
A los profesionales (independientemente de su empleo) les preocupa que sus errores, equivocaciones o fallos quedan registrados en sus registros funcionales	

Fuente: Elaboración propia

Las 12 dimensiones del HSOPSC, los valores α de Cronbach de la dimensión y sus respectivos elementos componentes, su media, desviación estándar y correlación de elementos con la dimensión, además del valor de α de Cronbach suponiendo la exclusión del ítem son presentados a continuación.

Para la dimensión “percepción general de seguridad del paciente” (Tabla 6), se obtuvo un α de Cronbach para la dimensión de 0,52. Quitar cada elemento hizo que el α de Cronbach oscila entre 0,32 y 0,67. La correlación de cada ítem con el valor total de la dimensión presentó valores bajos y moderados (rango: 0,04 - 0,45).

Particularmente el ítem 3, con escala de respuesta inversa, presentó la menor correlación ítem-total. Eliminando este elemento aumentaría el valor de α de Cronbach a 0,67.

Tabla 6 Dimensión “percepción general de seguridad del paciente”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, alfa de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Percepción general de seguridad del paciente (α de Cronbach = 0,52)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Seguridad del paciente nunca está comprometida la función de mayor cantidad de trabajo por completar	3,14	1,28	0,37	0,39
2. Nuestros procedimientos y sistemas son adecuados para evitar que ocurran errores	3,35	1,06	0,44	0,34
3. Es sólo por casualidad que los errores o equivocaciones no suceden por aquí (R)	3,47	1,14	0,04	0,67
4. En esta unidad tenemos problemas de seguridad de paciente (R)	3,32	1,15	0,45	0,32

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7 Dimensión “frecuencia de eventos reportados”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación total del ítem, α de Cronbach si el artículo se elimina de la dimensión

Frecuencia de notificación de eventos (α de Cronbach = 0,91)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Cuando ocurre un error o fracaso, pero es notificado y corregido antes de afectar al paciente, ¿Con qué frecuencia se informa?	3,53	1,4	0,84	0,87
2. Cuando ocurre un error o equivocación o falla, pero no hay riesgo de daño al paciente, ¿Con qué frecuencia se informa?	3,39	1,35	0,86	0,84
3. Cuando ocurre un error o equivocación o fallo que pueda causar daño al paciente, pero no causa, ¿con qué frecuencia es reportado?	3,63	1,31	0,78	0,91

Fuente: Elaboración propia

Para la dimensión “frecuencia de eventos reportados” (Tabla 7), el α de Cronbach de 0,91 varió de 0,84 a 0,91 con la eliminación de ítems. La correlación entre cada ítem con el valor total de la dimensión indicó una fuerte asociación (variación: 0,78 –0,86).

Los valores de α de Cronbach no aumentarían con la eliminación de uno de los ítems. El α de Cronbach para la dimensión “acciones y expectativas sobre su supervisor/jefe y acciones que promuevan la seguridad del paciente” fue de 0,76, valor considerado como excelente de consistencia interna. La correlación

ítem-total osciló entre 0,51 y 0,65, que también se considera una correlación alta (Tabla 8)

Tabla 8 Dimensión “acciones y expectativas respecto del supervisor/jefe y acciones que promuevan la seguridad del paciente”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Acciones y expectativas sobre el supervisor/jefe y acciones promotores de seguridad (α de Cronbach= 0,76)	Media	DS	Correlación ítem – total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Mi supervisor/jefe elogia cuando ve el trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos y estándares de seguridad establecidos para el paciente	3,5	1,17	0,59	0,7
2. Mi supervisor/jefe realmente tiene en cuenta las sugerencias de profesionales (independientemente del sector) para mejorar la seguridad del paciente	3,69	1,05	0,65	0,66
3. Siempre que la presión aumenta, mi supervisor/jefe quiere que trabajemos más duro y rápido, incluso si esto significa "saltar pasos" (R)	3,83	0,97	0,52	0,73
4. Mi supervisor/jefe no presta suficiente atención a los problemas de seguridad de los paciente que suceden repetidamente (R)	4,1	0,89	0,51	0,73

Fuente: Elaboración propia

En la dimensión “aprendizaje organizacional – mejora continua” (Tabla 9), el puntaje total de Cronbach para la dimensión fue de 0,56, considerado bajo. Eliminando elementos se produjo un rango de 0,39 a 0,54 en el α de Cronbach.

Los valores de correlación entre cada uno de los ítems con el valor total de la dimensión oscilando entre 0,32 y 0,41, indicando una correlación moderada.

Los valores de α de Cronbach no aumentarían con eliminación de uno de los elementos.

Tabla 9 Dimensión “aprendizaje organizacional – mejora continua”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Aprendizaje organizacional - mejora continua (α de Cronbach= 0,56)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Estamos haciendo activamente las cosas para mejorar la seguridad del paciente	4,04	0,86	0,38	0,45
2. Errores, equivocaciones o fallos han conducido a cambios positivos	3,43	1,09	0,32	0,54
3. Después de implementar cambios para mejorar la seguridad del paciente, evaluamos la efectividad	3,52	1,01	0,41	0,39

Fuente: Elaboración propia

El α de Cronbach para la dimensión “trabajo en equipo entre unidades” fue de 0,66, lo que indica una consistencia interna adecuada. Con la eliminación del

punto 4, el α de Cronbach lo aumentaría hasta 0,70. La correlación ítem-total fue moderada y alta, variando entre 0,32 y 0,55, respectivamente (Tabla 10).

Tabla 10 Dimensión “trabajo en equipo dentro de unidades”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Trabajo en equipo dentro de las unidades (α de Cronbach= 0,66)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. En esta unidad, las personas se apoyan entre si	3,53	0,96	0,51	0,54
2. Cuando hay mucho trabajo por hacer se hace rápidamente, trabajamos juntos como un equipo para completarlo correctamente	3,8	0,97	0,97	0,55
3. En esta unidad, las personas se tratan con respeto	3,79	0,92	0,92	0,57
4. Cuando un área/unidad del trabajo se sobrecarga, otros ayudan	2,76	1,28	1,28	0,7

Fuente: Elaboración propia.

El α de Cronbach para la dimensión “apertura de comunicación” fue 0,69, considerado apropiado. La eliminación de elementos no aumentó el α de Cronbach (Tabla 11).

Los valores de correlación del ítem con el valor total de la dimensión oscilaron entre 0,42 y 0,58, lo que indica una correlación moderada y alta, respectivamente.

Tabla 11 Dimensión “apertura de comunicación”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el elemento se elimina de la dimensión

Trabajo en equipo dentro de las unidades (α de Cronbach= 0,66)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Los profesionales son libres de decir cuando ven algo que pueda afectar negativamente el cuidado del paciente	3,86	1,31	0,52	0,58
2. Los profesionales se sienten en voluntad de cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores	3,01	1,27	0,58	0,49
3. Los profesionales tienen miedo de preguntar, cuando algo parece no estar en lo cierto (R)	3,48	1,11	0,42	0,69

Fuente: Elaboración propia

Para la dimensión “devolución de información y comunicación sobre error” el α de Cronbach fue de 0,72, considerada consistencia interna adecuada. La correlación ítem-total osciló entre 0,47 y 0,55, también consideradas correlaciones altas (Tabla 12).

Tabla 12 Dimensión “devolución de información y comunicación sobre error”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Devolución de información y comunicación de errores (α de Cronbach = 0,72)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Recibimos información sobre los cambios implementados de informes de eventos	3,25	1,28	0,47	0,71
2. Estamos informados sobre los errores que ocurren en esta unidad	3,52	1,3	0,54	0,67
3. En esta unidad discutimos las formas de prevenir errores evitando que vuelvan a suceder	3,78	1,25	0,6	0,55

Fuente: Elaboración propia

El α total de Cronbach para la dimensión “respuestas no punitivas a los errores” fue de 0,35, considerado bajo, y con la eliminación del ítem 3, el α de Cronbach aumentaría a 0,41 (Tabla 13).

Los valores de correlación ítem-total de la dimensión oscilaron entre 0,12 a 0,32, lo que indica una correlación baja a moderada, respectivamente.

Tabla 13 Dimensión “respuestas no punitivas a los errores”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación total del ítem, α de Cronbach si el artículo se elimina de la dimensión

Respuestas no punitivas a errores (α de Cronbach = 0,35)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Los profesionales consideran que sus errores, equivocaciones o fracasos pueden usarse contra ellos (R)	2,49	1	0,32	0,01
Respuestas no punitivas a errores (α de Cronbach = 0,35)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
2. Cuando se informa de un evento, parece que la atención se centra en la persona y no sobre el problema (R)	2,54	1,1	0,17	0,32
3. Profesionales se preocupan de que sus errores sean registrados en sus registros funcionales (R)	2,49	1,01	0,12	0,41

Fuente: Elaboración propia

El α de Cronbach total para la dimensión “idoneidad profesional” fue de 0,20, considerado muy bajo. Eliminar el ítem 3 aumentaría el α de Cronbach a 0,37, sin embargo, seguiría siendo bajo según los parámetros supuestos (Tabla 14). Estaban bajos los valores de correlación entre los ítems y el valor total de la dimensión fueron moderados (variación: 0,02 a 0,22).

Tabla 14 Dimensión “idoneidad profesional”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Idoneidad de los profesionales (α de Cronbach = 0,20)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. Contamos con profesionales suficientes para manejar la carga de trabajo	2,26	1,15	0,13	0,12
2. En esta unidad, los profesionales trabajan más horas de las que serían de otra manera lo mejor para el cuidado del paciente (R)	2,95	1,15	0,02	0,09
Idoneidad de los profesionales (α de Cronbach = 0,20)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
3. Utilizamos más profesionales temporal/subcontratado que sería deseable para el cuidado del paciente (R)	3,8	1,03	-0,09	0,37
4. Trabajamos en “situación de crisis”, intentando hacer mucho y muy rápido (R)	2,8	1,18	0,22	0,3

Fuente: Elaboración propia

El α de Cronbach para la dimensión “apoyo de la gestión hospitalaria a la seguridad” del paciente” fue de 0,84, considerada excelente consistencia interna. La correlación ítem-total osciló entre 0,63 y 0,73, también consideradas correlaciones altas (Tabla 15).

Tabla 15 Dimensión “apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente”, ítems que la componen, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Apoyo de la dirección del hospital para la seguridad del paciente (α de Cronbach= 0,84)	Media	DS	Correlación ítem - total	α de Cronbach si el ítem es eliminado
1. La dirección del hospital proporciona un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente	3,44	0,95	0,66	0,82
2. Las actuaciones de la dirección del hospital demuestran que la seguridad del paciente es la máxima prioridad	3,55	1,04	0,74	0,75
3. Sólo la dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente cuando ocurre un evento adverso	3,3	1,11	0,73	0,76

Fuente: Elaboración propia

El α de Cronbach para la dimensión “trabajo en equipo entre unidades” fue adecuado ($\alpha=0,67$). Eliminar el ítem 3 aumentaría el α de Cronbach a 0,70 (Tabla 16). La correlación de cada ítem con el valor total de la dimensión fue moderada a alto (rango: 0,33 a 0,55).

Tabla 16 Dimensión “trabajo en equipo entre unidades”, ítems componentes, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Trabajo en equipo entre unidades (α de Cronbach= 0,67)	Media	DS	Correlación ítem-total	α de Cronbach si el ítems es eliminado
1. Las unidades hospitalarias no están bien coordinados entre sí (R)	3,04	1,04	0,47	0,57
2. Existe una buena cooperación entre las unidades hospitalarias	3,12	0,98	0,48	0,57
3. Suele ser desagradable trabajar con profesionales de otras unidades hospitalarias (R)	3,22	1,01	0,29	0,69
Las unidades hospitalarias trabajan juntas para brindar la mejor atención a pacientes	3,41	1,01	0,55	0,55

Fuente: Elaboración propia

En la tabla siguiente, el α de Cronbach para la dimensión “cambio de turno y traslados” fue 0,70, considerada excelente consistencia interna. La correlación ítem-total varió de 0,43 a 0,56, consideradas correlaciones altas.

Tabla 17 Dimensión “entrega de turnos y traslados”, ítems que la componen, media, desviación estándar, coeficiente de correlación ítem-total, α de Cronbach si el ítem se elimina de la dimensión

Cambio de turno y traslados (α de Cronbach = 0,70)	Media	DS	Correlación ítem-total	α de Cronbach si el ítems es eliminado
1. El proceso de atención está comprometido cuando un paciente es trasladado desde otra unidad	3,13	1,1	0,34	0,71
2. Es común perder información importante sobre la atención al paciente durante cambios de turno	3,33	1,09	0,52	0,61
3. Ocurren con frecuencia problemas con el cambio de información entre unidades desde el hospital	3,14	0,98	0,56	0,57
4. En este hospital, cambios en servicio o en turno son problemático para los pacientes	3,68	0,91	0,5	0,61

Fuente: Elaboración propia

6. Discusión de resultados

El uso de cuestionarios para evaluar la cultura de seguridad constituye un importante instrumento para evaluar y gestionar intervenciones dirigidas a la seguridad en la asistencia sanitaria. En esta línea de preocupación, el objeto central de este estudio fue adaptar el cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) al idioma español y permitir su uso en el contexto hospitalario del país, buscando contribuir a la discusión y monitorear esta importante dimensión de la calidad de la atención.

Para ello, la evaluación de la idoneidad de este instrumento y sus cualidades psicométricas, considerando su desarrollo en diferentes contextos, necesita examinarse, informarse y, en su caso, mejorarse. Según González y Ramírez, (2023), los cuestionarios que evalúan las características de la cultura de seguridad deben alcanzar el más alto estándar de medición posible, de modo que la información obtenida permita la planificación de intervenciones y sistemas de seguridad verdaderamente eficaces por los directivos.

Basado en la revisión de la literatura y las discusiones técnicas, el presente estudio completó satisfactoriamente las etapas iniciales y esenciales de la adaptación transcultural del cuestionario. El mismo fue traducido, adaptado y presentó valores satisfactorios de comprensión verbal, demostrando claridad respecto de su composición.

El proceso de adaptación implicó algunas cuestiones complejas, como la adecuación conceptualización de las palabras error y equivocación médica, adaptaciones de expresiones idiomáticas, en intención de garantizar la

equivalencia semántica y, por tanto, la comprensión del contenido expresado en el instrumento original.

En cuanto a su presentación, se decidió mantener su formato, conservando las preguntas de acuerdo con el instrumento original. No fueron necesarias exclusiones de ítems del instrumento ya que, en el análisis de contenido, los mismos demostraron ser relevante para su propósito, es decir, evaluar las características de la cultura de seguridad en el contexto hospitalario en el país.

La comprensión y claridad de los elementos fueron confirmadas y la participación de la muestra objetivo, enriqueció este proceso. La modificación más extrema realizada fue en relación con las categorías de profesionales de la salud, como algunas de ellas, previstas en el cuestionario original, no se aplican a la realidad.

Cabe destacar que alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados sufren una o más lesiones como consecuencia de la atención sanitaria, llamados eventos adversos (EA) según se observó en la literatura.

Los datos refuerzan la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad entre profesionales hospitalarios. Una cultura de seguridad positiva favorece la mejora de prácticas seguras, a través de mejoras en la comunicación, trabajo en equipo e intercambio de conocimientos.

La literatura que investiga la cultura de seguridad del paciente en los hospitales está cada vez más presente en el mundo científico y también ayudan en el diagnóstico de la misma prevaleciente en la organización o unidad de trabajo que, a su vez, influye en los comportamientos de seguridad y en los resultados para ambos: profesional sanitario y pacientes (Aranaz, et al., 2020).

Del aporte de expertos, investigadores, miembros de la población objetivo y a la luz de la literatura, se encontró que medir la cultura de seguridad del paciente, es ampliamente estudiada en otros países, constituye una práctica emergente en la cultura y abarca múltiples dimensiones relacionadas con la cultura organizacional en el servicio de salud en ambiente hospitalario.

A pesar de la existencia de documentos que demuestran iniciativas en la medición de la cultura de seguridad entre los profesionales hospitalarios utilizando el instrumento en estudio (Fagundes et al. 2021), no fue posible encontrar publicaciones que reportaban los hallazgos de estudios sobre la adaptación transcultural y evaluación psicométrica de este instrumento.

El estudio de Flores et al. (2021) aplicó el cuestionario evaluando la cultura de seguridad. Los resultados del estudio corroboraron la afirmación de la urgencia de estimular el interés de las organizaciones en la búsqueda de mejoras en la atención sanitaria brindada a los pacientes y, además, fomentar estas iniciativas proporcionando una base válida y confiable, capaz de evaluar la cultura de seguridad en las instituciones de salud a través de la medición del clima de seguridad.

Lo que se observa es el surgimiento del concepto “cultura de seguridad del paciente” en las organizaciones hospitalarias, especialmente aquellos que participan en programas de atención de salud y acreditación hospitalaria, destinada a mejorar la calidad de la atención sanitaria.

6.1. Aplicación del instrumento para evaluar propiedades de la psicometría y la percepción de la cultura de seguridad.

Aunque los cuestionarios autocompletados se utilizan ampliamente por investigadores que necesitan recopilar una gran cantidad de información en un tiempo relativamente corto, sus limitaciones son conocidas.

Los cuestionarios largos a veces pueden resultar tediosos para quienes los rellenan, y en algunos casos, el encuestado puede simplemente perder el interés y no responder preguntas con precisión (Arango, 2021). El porcentaje de respuesta obtenido en este estudio fue del 44,8% y es similar a los porcentajes de respuesta obtenidos en otros estudios de validación psicométrica del cuestionario (Hernández, 2020).

Otro punto importante a destacar es el papel de los líderes de las unidades clínicas y personal quirúrgico, en su mayoría enfermeras, para movilizar a su equipo, aclarar la importancia de participar en el estudio aquí propuesto, ya que este fue un enfoque estratégico adoptado en esta investigación.

Además, cabe destacar que esta categoría profesional desempeña un papel protagonista en las acciones para mejorar la calidad de la atención. La mayoría de los encuestados (50,9%) afirmó tener de 1 a 5 años de trabajo en el hospital. El tiempo de antigüedad de los profesionales en la institución es un factor importante como indicador de seguridad del paciente, ya que está relacionado con la rotación de personal de la institución, lo que puede comprometer la continuidad de la atención al paciente cuando está elevado (Carvalho, 2011).

El estudio de Lima et al. (2020) mostró un resultado similar. El alto porcentaje de profesionales con menos de 5 años de trabajo en el hospital probablemente

sean consecuencia de diferentes motivos entre los dos hospitales que participan en este estudio. Hospital 1, en los últimos 5 años, ha experimentado una expansión considerable para adaptar la disponibilidad de servicios a su demanda, por lo que realizó numerosas contrataciones durante este período, lo que justifica el porcentaje del 38,4% de profesionales con menos de 5 años de labor en la institución.

Hospital 2, donde el 61,4% de los encuestados afirmó tener menos de 5 años de trabajo, actualmente cuenta con profesionales admitidos a través de concurso público, en los últimos cinco años, para cubrir vacantes para profesionales jubilados, además para el mismo fin, también cuenta con profesionales contratados/subcontratados con contrato temporal, realizados en los últimos 5 años.

6.2. Evaluación de la cultura de seguridad

Los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario permiten observar la percepción que tienen los profesionales que trabajan en el hospital participante sobre los diferentes temas relacionados con la cultura de seguridad del paciente, incluyendo informes de errores, actitudes de trabajo en equipo, comunicación y coordinación de equipos entre unidades de trabajo, entre otros temas no menos relevantes y estrechamente asociados con el proceso de aprendizaje de profesionales, necesarios para el desarrollo y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en el entorno hospitalario.

Al evaluar los resultados obtenidos en este estudio, se observa que la percepción de los profesionales varía significativamente entre dimensiones. El porcentaje de respuestas positivas osciló entre el 21% y el 72% entre dimensiones, porcentajes con cierta asimetría.

Filiz, (2023) investigó la cultura de seguridad en una muestra de profesionales, líderes de áreas de servicios administrativos y asistenciales de hospitales mediante la aplicación de una versión del cuestionarios, y observó porcentajes de respuestas positivas a las 12 dimensiones que variaron entre 55% y 92%, con 9 de las 12 dimensiones obteniendo porcentajes de respuestas positivas arriba del 75%, lo que se tradujo en áreas fortalecidas de cultura de seguridad en los hospitales investigados.

Es muy probable que los altos porcentajes obtenidos están asociados con el hecho de que solo incluyó hospitales acreditados, donde la adaptación a estándares preestablecidos tiene como objetivo alcanzar la excelencia en la calidad de cuidado, y también, por haber recogido las opiniones de líderes en los ámbitos administrativo y grupos de asistencia, que normalmente representan a los primeros actores en ser conscientes de los desafíos a superar en un proceso de acreditación del hospital.

Considerando el valor global obtenido en cada dimensión de la cultura de seguridad no se observaron áreas de mayor seguridad del paciente en la muestra estudiada según la clasificación para efectos de evaluar la cultura de seguridad sugerida por los autores del cuestionario.

El porcentaje de respuestas positivas osciló entre el 21% y el 72%. Un estudio realizado por Viana et al. (2020) obtuvieron resultados similares, con porcentajes de respuestas positivas inferiores al 75%.

En este estudio, la dimensión “expectativas y acciones del supervisor/jefe” promover la seguridad” recibió el mayor porcentaje de respuestas positivas (72%). Se obtuvieron resultados similares en otros estudios. Un estudio

realizado por Ulibarrena et al. (2021) obtuvo un porcentaje de respuestas positivas en esta dimensión del 70%, igual al obtenido en el estudio anterior.

Esta dimensión está relacionada con la percepción del trabajo en equipo dentro de la unidad/sector e indica una buena relación con el supervisor/jefe de la unidad, y puede explorarse como un apoyo eficaz para promover intervenciones de salud y mejorar la seguridad en este ámbito.

La dimensión “aprendizaje organizacional – mejora continua” obtuvo el 68% de respuestas positivas. Idéntico porcentaje (68%) al obtenido por Melo et al. (2020) en un estudio realizado con profesionales hospitalarios y muy similar al obtenido en el estudio de Segura et al. (2023).

El nivel de colaboración entre los miembros del equipo tiene un fuerte impacto en la calidad de la atención brindada al paciente (Palmieri et al., 2020). La dimensión “trabajo en equipo dentro de la unidad” recibió un 61% de respuestas positivas.

Se observa en esta dimensión que el ítem A11 (“cuando un área/unidad del trabajo se sobrecarga, otros ayudan”) obtuvo un porcentaje de respuestas con resultados positivos del 39%, lo que indica un área que requiere mejora.

Tres dimensiones obtuvieron porcentajes de respuestas positivas inferiores al 50%, indicando áreas que requieren intervenciones para fortalecer la cultura de seguridad: “respuestas no punitivas a los errores” (21%), “idoneidad de los profesionales” (42%) y “trabajo en equipo entre unidades” (44%).

Las dos primeras son clasificadas como dimensiones del alcance de la unidad y la tercera, dimensión del alcance hospitalaria. La cultura de la culpa responsabiliza al individuo por la ocurrencia de errores y evita la identificación

de problemas en los procesos de trabajo que puedan contribuir a que se produjera el error.

Una cultura punitiva socava el reconocimiento del error por parte de los profesionales, les disuade de notificarlos y en consecuencia impide el aprendizaje organizacional a partir de su ocurrencia. En este estudio el bajo porcentaje de respuestas positivas obtenidas en la dimensión “respuestas no punitivas de errores” es consistente con el alto porcentaje de profesionales que afirmaron no tener ningún evento reportado en los últimos doce meses (78%).

Varios estudios han obtenido bajos porcentajes de respuestas positivas en esta dimensión (Chirinos et al., 2021), lo que lleva a creer que la cultura de la culpa constituye un desafío global para fortalecer la cultura de seguridad del paciente entre profesionales hospitalarios.

El bajo porcentaje obtenido en la dimensión idoneidad profesional (42%) probablemente esto se deba a la percepción de los profesionales respecto a la carga de trabajo a realizar a los que están expuestos en su día a día en la unidad y la falta de profesionales para satisfacer la demanda de trabajo.

Corroborando esta justificación, sólo el 34% de los encuestados no estuvo de acuerdo con el ítem (“trabajamos en una “situación de crisis”, tratando de hacer demasiado rápido”). Se observa en varios estudios bajas porcentuales de respuestas positivas a la dimensión de “idoneidad profesional” (Batista et al. 2021) y algunos estudios señalan la relación entre las deficiencias en la “adecuación de los profesionales” y la aparición de incidentes de seguridad (Sosa et al. 2022).

El bajo porcentaje de respuestas positivas a la dimensión “trabajo en equipo entre las unidades” es similar a los hallazgos de otros estudios (Mansour y

Sharour, 2021); Esta dimensión del entorno hospitalario involucra cuestiones relacionadas con la coordinación entre los equipos del hospital y su fortalecimiento es fundamental para garantizar la continuidad de una atención de calidad al paciente.

La evaluación de los encuestados sobre la seguridad del paciente era contradictoria con la de los resultados obtenidos en algunas dimensiones de la cultura, ya que el 60% de los encuestados calificó la seguridad del paciente en su unidad hospitalaria como "muy buena" o "excelente".

En principio, esta evaluación no se corresponde con el alto porcentaje de los encuestados declararon que no habían reportado eventos en los últimos 12 meses, como resultado de los componentes de gran trascendencia desde el punto de vista de la seguridad del paciente siendo el relato de los acontecimientos que involucran la atención brindada, favoreciendo su aprendizaje de ellos.

En este sentido, la resistencia de los profesionales a notificar errores, ya sea por miedo al castigo o por pérdida de credibilidad, es consistente con el bajo porcentaje de respuestas positivas obtenidas en la dimensión "respuestas no punitivas a errores."

En cuanto al análisis de confiabilidad, los resultados mostraron que la versión adaptada presentó un alfa de Cronbach total de 0,91, considerado muy bueno. Entre las dimensiones, este coeficiente varió entre 0,52 y 0,91, excepto en dos dimensiones en las que el alfa fue muy baja: "adecuación de profesionales" ($\alpha=0,20$) y "respuestas no punitivas a los errores" ($\alpha=0,35$).

Los valores bajos del alfa de Cronbach para estas dimensiones fueron estimados en otros estudios. En el estudio de Araújo et al. (2022) los valores de

confiabilidad bajos estimados para la “adecuación de profesionales” ($\alpha=0,19$) y para la dimensión “respuestas no punitivas a los errores” ($\alpha=0,35$) también tuvieron resultados similares.

El trabajo de Brigo et al. (2021) mostró valores bajos estimados para las dimensiones “respuestas no punitivas a los errores” ($\alpha=0,55$) e “idoneidad de los profesionales” ($\alpha=0,12$). Fuseini et al. (2023) estimaron $\alpha=0,49$ para la dimensión “idoneidad profesional” y estimaron $\alpha=0,46$ para la dimensión “adecuación de profesionales”.

El análisis de la intercorrelación de ítems con las dimensiones del instrumento mostró correlaciones positivas en su mayoría de moderadas a fuertes, con la excepción de seis ítems. Los ítems A2, A5 y A7R presentaron bajos valores de intercorrelación con la dimensión “idoneidad de los profesionales”, respectivamente, 0,13, 0,02 y 0,09 y el alfa de Cronbach de la dimensión aumentaría de 0,20 a 0,37 si se eliminara el ítem A7R.

Los ítems A12R y A16R presentaron bajos valores de intercorrelación con la dimensión “respuestas no punitivas a los errores” (0,17 y 0,12, respectivamente), y el alfa de Cronbach de la dimensión aumentaría de 0,20 a 0,37 si se eliminara el ítem A7R.

Finalmente, el ítem A10R presentó un valor de correlación bajo (0,04) con la dimensión “percepción general de seguridad” y su eliminación aumentaría el alfa de 0,52 a 0,67.

Aunque se eligió el coeficiente alfa de Cronbach para investigar la confiabilidad del instrumento, este valor siempre debe interpretarse a la luz de las características de la medida a la que está asociada y la población donde se encontraba dicha medida.

Por lo tanto, sólo el uso repetido del instrumento en diferentes muestras podrá confirmar algo más consistente sobre la validez y su confiabilidad. Una vez que una escala se usa de diferentes maneras, generando en ocasiones datos fiables, se puede comprobar con mayor seguridad que así es, de hecho, una escala confiable.

Por lo que se recomienda realizar estudios adicionales utilizando el cuestionario para confirmar los valores alfa de Cronbach que se obtuvieron en estas dimensiones. De ahí en adelante, la opción de seguir explorando un modelo consistente que encaje bien con los datos de este estudio, sería posible realizando nuevos análisis factoriales exploratorios que eliminan elementos problemáticos hasta obtener un modelo consistente.

Sin embargo, se decidió detenerse en este punto por razones varias:

- Este estudio asume un carácter exploratorio ya que es el primero en investigar las propiedades psicométricas del cuestionario. Por lo tanto, es oportuno probar la versión traducida en otras muestras.
- El desarrollo del modelo teórico implicó estudios en profundidad bien documentados, lo que indica precaución y parsimonia en el uso de resultados empíricos que hablan a favor del cambio de modelo orientado al original;
- Se ha utilizado ampliamente en muchos países con distintos contextos socioeconómicos y culturales y niveles de seguimiento y preocupación por la calidad de la atención y la seguridad del paciente en el desarrollo diverso, constituyéndose así en un instrumento que permite conocer y comparar los diferentes niveles de cultura de seguridad del paciente.

Conclusiones

La cultura de seguridad del paciente entre los profesionales hospitalarios ha recibido atención creciente. Considerada un aspecto de la cultura organizacional, la cultura de seguridad del paciente se refleja en el comportamiento de los miembros de una organización, unidad o equipo, especialmente los valores y creencias que sostienen compartidos, en cuánto priorizan su seguridad.

Una cultura de seguridad del paciente fortalecida se caracteriza por valorar el trabajo en equipo, a través del compromiso de los líderes de la organización en los desafíos de brindar atención médica segura, mediante la adopción de una postura proactiva por parte de estos líderes hacia la aparición de errores, apoyado en una comunicación abierta entre los profesionales y fomentar la notificación de incidentes de seguridad y, en consecuencia, promoviendo un aprendizaje organizacional efectivo a partir de ellos.

La promoción de la cultura de seguridad puede conceptualizarse como un conjunto de intervenciones basadas en los principios de liderazgo, trabajo en equipo, cambio de comportamiento. Las estrategias utilizadas para promover la seguridad puede incluir intervenciones únicas o múltiples intervenciones en combinación.

Puede incluir cambios a nivel del sistema, como la gestión, o a nivel estructura, como la implementación de un sistema eficaz de notificación de eventos. Se han utilizado varias estrategias para mejorar la cultura de seguridad incluyendo el entrenamiento en equipo, que se refiere a un conjunto de métodos estructurados que tienen como objetivo optimizar los procesos de trabajo en equipo, mejorar la comunicación, la colaboración y el liderazgo; y las rondas

interdisciplinarias donde existe la participación directa de los líderes organizacionales con proveedores de atención de primera línea, discutiendo posibles amenazas a la seguridad del paciente, compartir responsabilidades y confianza.

La evaluación del estado de la cultura de seguridad en el hospital ha sido objeto de varios estudios a nivel global que incluyen diseños de estudios previos y posteriores a la intervención, mostrando las necesidades percibidas en una evaluación previa a la intervención y los beneficios de lograr mediante la implementación efectiva de intervenciones de seguridad, traducido en el fortalecimiento de la cultura de seguridad evaluada post-intervención.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente y la predisposición a la ocurrencia de eventos adversos en el hospital en estudio. En este sentido, sus objetivos fueron logrados. Los pasos de traducción que involucran contenido, semántica y de ítems se cumplieron satisfactoriamente.

La estructura dimensional de 12 factores propuesta por el modelo en la versión original del instrumento no fue confirmada con la muestra utilizada en este estudio, verificado por los índices de ajuste inadecuado obtenidos del análisis factorial confirmatorio y debido a las correlaciones excesivamente altas encontradas entre algunas dimensiones.

La consistencia interna estimada para el instrumento en su conjunto fue muy buena y en general fueron satisfactorios para la mayoría de las 12 dimensiones que componen el modelo original, a excepción de la “idoneidad profesional” y “respuestas no punitivas a los errores”, que tenían coeficientes alfa de Cronbach muy bajos.

Durante el proceso exploratorio en busca de un modelo consistente, se decidió excluir 4 ítems. El análisis factorial exploratorio resultó en un modelo de 10 factores, con índices de ajustes adecuados, pero presentando inconsistencias en tres factores: dos factores obtuvieron cargas de solo 1 ítem y un factor obtuvo cargas de 2 ítems.

Por lo tanto se eligió detener la exploración en este punto por las siguientes razones: (1) continuar la exploración de un modelo consistente que se ajuste a los datos de este estudio implicaría la eliminación de ítems; Esta opción debe ser analizada en profundidad ya que reduce la posibilidad de comparación entre estudios; (2) este estudio tiene un carácter exploratorio por ser un estudio de validación psicométrica del cuestionario por lo que se recomienda que estudios posteriores utilicen otras muestras para confirmar la validez psicométrica evaluada en este estudio a partir de la aplicación del instrumento versión en español; (3) el cuestionario se ha sometido a rigurosos proceso de construcción y validación y su versión traducida fue fácil de entender para los participantes del estudio, por lo tanto, las propuestas de cambio basadas en análisis empíricos dificultarían, en otras palabras, repercusiones, comparación con estudios internacionales y aprendizaje de experiencias exitosas o no exitosas encaminadas a garantizar el cuidado y un ambiente de trabajo más seguro.

A partir de los resultados obtenidos y considerando las limitaciones en cuanto a la posibilidad de su generalización, como se describió anteriormente, la cultura de seguridad del paciente se presenta como una cultura punitiva ante los errores.

Los errores resultantes en la atención médica pueden estar relacionados con fallas ocultas en la estructura o sistema y mejorar la seguridad del paciente requiere cambios en el sistema, incluyendo enfrentar desafíos difíciles, como cambiar la cultura punitiva predominante hacia los errores.

La cultura de la culpa desalienta la notificación de errores y descuida la información valiosa sobre ellos y por lo tanto limita la capacidad de analizarlos y, lo más importante es que evita que vuelvan a ocurrir. Además, se la identificó como una debilidad en relación a la adecuación de los profesionales y el trabajo en equipo entre unidades hospitalarias.

La mayoría de los participantes afirmaron que se enfrentan a cargas de trabajo y recursos humanos excesivos e insuficiente en sus actividades laborales diarias y señaló dificultades relacionadas con la coordinación del trabajo en equipo entre unidades. Esta información puede ser útil para establecer estrategias y medidas de mejora en beneficio de los pacientes y profesionales involucrados en la prestación de servicios de salud que aspiran a que las condiciones adecuadas sean más seguras, efectivas, oportunas, centradas en el paciente, eficiente y equitativas.

En este sentido, en futuros estudios se sugiere que el análisis estadístico de la relación entre instrumentos se evalúe como variables cuantitativas continuas/discretas.

También se deberían realizar otras investigaciones utilizando estos instrumentos en otras regiones del país como una manera de comparar distintas realidades y ver si esa correlación inversa lo confirma, dada la importancia de los resultados.

La limitación encontrada fue el elevado número de datos faltantes, es decir, los cuestionarios mostraron finalización parcial de los 42 ítems. La gran cantidad de datos faltantes posiblemente dañaron las estimaciones de confiabilidad y validez en la construcción del instrumento.

En la etapa inicial de análisis de los datos de este estudio, se utilizó técnicas de imputación de datos faltantes considerado, sin embargo, esta opción metodológica fue descartada debido al impacto en las estimaciones y el desconocimiento de su direccionalidad derivados de técnicas examinadas dado el pequeño número de casos incluidos en el estudio.

Otra limitación importante es el probable sesgo de falta de respuesta, de diseños de estudios seccionales, generados por el rechazo de potenciales encuestados a participar en el estudio, lo que dificulta la generalización de los hallazgos para la población de estudio.

Además, las dificultades encontradas que se adhirieron al estudio asociadas a la expectativa de un bajo porcentaje de respuesta, inherente a los estudios de secciones que utilizan cuestionarios extensos, no permitieron realizar una muestra aleatoria estratificada por unidades y categorías profesionales, que sería necesaria para garantizar la representatividad de los hallazgos sobre la cultura de seguridad del paciente en el contexto estudia.

ANEXOS

Dedicatoria:

Se lo dedico a la mujer que hay en mí, a la luchadora que hay en mí, a la profesional en la que me convertí, a la enfermera que soy, la que a pesar de las circunstancias y tropezones de la vida y la profesión sigue en pie y decide caminar y continuar apostando a esta maravillosa profesión, para brindar una mejor calidad de atención.

Agradecimiento:

A mi director de tesis; Dr.: Daniel Rovira, al Dr.: Emmanuel Vera (ex director) de la institución donde realice la tesis, a los compañeros de trabajo que optaron por responder o no de manera libre a la encuesta y dar forma a este trabajo final de tesis para la Maestría en Administración de Servicios de Enfermería.

Rosario, 05 de marzo de 2024

En mi carácter de Director de la Tesis: "Cultura de seguridad del paciente", habiendo brindado, a la autora, mi conocimiento y experiencia en atención de pacientes críticos. Acuerdo totalmente con el contenido de la misma.

Considero que la Tesis se halla en condiciones de ser presentada ante autoridades de la carrera Maestría en Administración de Servicios de Enfermería"

Autora Lic Maria Mercedes Agüero

DNI 26572981

Director de Tesis: Daniel A Rovira

Medico especialista en Terapia Intensiva

Mat 6541/Reg de especialista 49/0066

A handwritten signature in black ink, enclosed within a large, hand-drawn oval. The signature is stylized and appears to be the name 'Daniel A. Rovira'.

Anexo A. Cuestionario

Maestranda: Lic. Agüero María Mercedes.

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Por favor señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente.

Sección A: Su servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo.

Piense en su unidad/área de trabajo del sanatorio.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Piense en su unidad/área de trabajo del sanatorio.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Es solo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras la ayudan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica para hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Mi supervisor hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Mi supervisor considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor quiere que trabajemos más rápido, aun si esto significa simplificar las labores del trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Mi supervisor no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: Su Sanatorio.

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital.

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su sanatorio.	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La gerencia o la dirección del sanatorio facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Las diferentes unidades del sanatorio no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. La gerencia o dirección del sanatorio muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. La gerencia/dirección del sanatorio sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.											
MINIMA SEGURIDAD <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> MAXIMA											
SEGURIDAD											
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10											
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?										En el año ...	
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?										En el año....	
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?										En el año....	
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?									 horas/semanas	
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?									incidentes	
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?										1 <input type="radio"/> si 2 <input type="radio"/> no	
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.											
1 <input type="radio"/> Anestesiología/reanimación						12 <input type="radio"/> Pediatría					
2 <input type="radio"/> Cirugía						13 <input type="radio"/> Radiología					
3 <input type="radio"/> Unidades Diversas						14 <input type="radio"/> Rehabilitación					
4 <input type="radio"/> Farmacia						15 <input type="radio"/> Salud Mental/Psiquiatría					
5 <input type="radio"/> Laboratorio						16 <input type="radio"/> Servicio de Urgencia					
6 <input type="radio"/> Medicina Interna						17 <input type="radio"/> UCI (cualquier tipo)					
7 <input type="radio"/> Obstetricia y ginecología						18 <input type="radio"/> Neurología					
8 <input type="radio"/> Admisión						19 <input type="radio"/> Traumatología					
9 <input type="radio"/> Nefrología						20 <input type="radio"/> Hemodiálisis					
10 <input type="radio"/> Urología						21 <input type="radio"/> Medicina Nuclear					
11 <input type="radio"/> Oncología						22 <input type="radio"/> Otro, por favor, especifique....					
51.Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad. Marque una sola respuesta.											
1 <input type="radio"/> Gerencia/Dirección						7 <input type="radio"/> Farmacéutico residente					
2 <input type="radio"/> Administración						8 <input type="radio"/> Fisioterapeuta					
3 <input type="radio"/> Auxiliar de Enfermería						9 <input type="radio"/> Médico					
4 <input type="radio"/> Dietista						10 <input type="radio"/> Médico residente					
5 <input type="radio"/> Enfermero/a						11 <input type="radio"/> Técnico (por ejemplo: EKG, Laboratorio, Radiología)					
6 <input type="radio"/> Farmacéutico						12 <input type="radio"/> Otro, por favor, especifique....					
52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?											

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio "Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente", disponible

Bibliografía

- Aizaga Rivera (2017). *Eventos adversos resultantes de la atención en un hospital público de Córdoba, periodo mayo de 2013*. Maestría en Gerencia y Administración en Servicios de Salud. Universidad Nacional de Córdoba
- Almará, W. J. (2023). *Plan estratégico de gestión de la comunicación interna en salud para el equipo de Enfermería del servicio de Sala con Perfil Clínico-quirúrgico del Hospital de niños Víctor J. Vilela (Julio 2020)* (Master's thesis).
- Alshammari F., Pasay-an E., Alboliteeh M., Alshammari M.H., Susanto T., Villareal S., Indonto M.C.L., Gonzales F. A (2019). Survey of Hospital Healthcare Professionals' Perceptions toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* 11 doi: 10.1016/j.ijans.2019.100149
- Anderson JG, Abrahamson K. (2017). Your Health Care May Kill You: Medical Errors. *Stud Health Technol Inform* ;234:13–17
- Arango, G. L., & Niño, B. F. F. (2021). Patients safety culture in three hospitals of a sub-network in Bogotá. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(3), 1-19.
- Araújo, G. L., Amorim, F. F., de Miranda, R. C. P. S., Amorim, F. F. P., Santana, L. A., & Göttems, L. B. D. (2022). Patient safety culture in primary health care: Medical office survey on patient safety culture in a Brazilian family health strategy setting. *Plos one*, 17(7), e0271158.
- Arce Palacios, A. I., & Velasquez Gamarra, G. (2022). Control de calidad del profesional de enfermería, asociado a la evolución del paciente

hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, julio a noviembre del 2018.

Aranaz Andrés, J. M., Pardo Hernández, A., López Pereira, P., Valencia-Martín, J. L., Diaz-Agero Pérez, C., López Fresneña, N., ... & Fernández Chávez, A. C. (2020). Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e204808044.

Arenas-Massa, Á., & Riveros-Ferrada, C. (2017). Aspectos éticos y jurídicos de la salud ocupacional. *Persona y Bioética*, 21(1), 62-77.

Arias-Pineda, A. A., & Ramirez-Martinez, L. (2019). La organización-empresa: ¿un sistema vivo? Aportes de la teoría de la complejidad y la filosofía ambiental a la teoría administrativa y organizacional. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (86), 133-150.

Arrieta, A., Hakim, G., Pérez-Zárate, C., Siu-Guillén, H., Neves-Catter, C., & Qamar, A. (2019). Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(4), 309-311.

Batallanos Enciso, E. (2022). Cultura organizacional e identidad corporativa en la competitividad del Talento Humano de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, periodo 201.

Barba Flores, M. Á., Codina Jané, C., Corbella, X., Cossio Gil, Y., Cuadrado Benet, S., Gamell Álvarez, L., & Vidal Milla, Á. (2021). Organización y Calidad en el ámbito hospitalario.

- Bastidas Mezahuamán, Y. N. (2022). Factores que afectan la seguridad del paciente y cirugía segura según opinión del equipo quirúrgico en Hospital Policial Lima 2022.
- Batista, J., de Almeida Cruz, E. D., Alpendre, F. T., da Silva, D. P., Brandão, M. B., & Gabriel, C. S. (2021). Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture. *Enfermería Global*, 20(3), 114-126.
- Beteta Fernández, D. (2023). Incidentes ligados a la asistencia en urgencias pediátricas. *Proyecto de investigación*.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 324:370-6.
- Bravo Nazar, S. (2019). *Metodología Lean Service aplicada en la mejora de atención de pacientes de policlínicos: un estudio de revisión sistemática*. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/23038>
- Brigo Alves, D. F., Lorenzini, E., Cavalheiro, K. A., Schmidt, C. R., Dal Pai, S., & Bernat Kolankiewicz, A. C. (2021). PATIENT SAFETY CULTURE FROM THE PERSPECTIVE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM: AN INTEGRATIVE REVIEW. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 13(1).
- Burbano-Florez, L. V., Begoña-Lloria, M., & Andres-Hernández, H. (2023). Cultura organizativa y la ambidestreza. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, 35(S1), 6-13.

- Camacho-Rodríguez, D. E. (2020). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(1), 141-153.
- Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *J Med Internet Res.*;19: e271.
- Castillo Ramos, E. L. (2022). Seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.
- Chaccha Tinoco, E. (2022). Inteligencia colectiva y la cultura de seguridad de los trabajadores de la minera, Chinalco Perú SA-Región Junín.
- Chirinos, M., Orrego, C., Montoya, C., & Suñol, R. (2021). RELATIONSHIP BETWEEN ADVERSE EVENTS PREVALENCE, PATIENT SAFETY CULTURE AND PATIENT SAFETY PERCEPTION IN A SINGLE SAMPLE OF PATIENTS: A CROSS-SECTIONAL AND CORRELATIONAL STUDY. *medRxiv*, 2021-03.
- Choque Cruz, L. C., & Ticona, L. (2018). *Factores que generan estrés en el personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, La Paz, 2018* (Doctoral dissertation).
- Conde Valdivia, I. D. (2019). *La gestión por procesos del personal asistencial y la calidad de atención al asegurado del Centro de Atención Primaria II Oscar Fernández Dávila, del Distrito de Tacna, año 2017.*

- Connolly W, Li B, Conroy R, et al.. (2021) National and institutional trends in adverse events over time: a systematic review and meta-analysis of longitudinal retrospective patient record review studies. *J Patient Saf* ;17:141–8. 10.1097/PTS.0000000000000804
- Corrales, F. D. C. B. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista científica CURAE*, 3(1), 43-52.
- Córdoba, N. S. (2020). *La cultura organizacional y la satisfacción laboral de los trabajadores médicos y enfermeros de UCIN de una maternidad pública de la ciudad de Rosario, Argentina año 2018* (Master's thesis).
- Cortázar Córdoba, Y. C. (2019). *Análisis de los reportes de errores de medicación de un programa de seguridad de paciente en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Bogotá* (Doctoral dissertation).
- Dávila Rengifo, C. D., & Castiblanco Castiblanco, A. F. (2021). *Una mirada actual de los eventos adversos en salud*. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4158>
- Dávila, T. C. (2019). Empleo informal. Evolución teórica y criterios para su estimación derivados de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Lebret*, (11), 11-35.
- De la Cruz, C. M. G. (2022). Factores de Gestión del Clima Organizacional de Seguridad sobre los Riesgos y Accidentes en el Trabajo. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(5), 312-330.

- Denning M, Goh ET, Scott A, et al.. (2020). What has been the impact of covid-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int J Environ Res Public Health* ;17:7034. 10.3390/ijerph17197034
- El-Sayed Desouky D., Alraqi A., Alsofyani R., Alghamdi (2019). N. Assessment of Patient Safety Culture in Tertiary Health Care Settings in Taif City, Saudi Arabia. *Middle East J. Fam. Med.*;17:4–11
- Fagundes, T. E., da Silva Acosta, A., Gouvea, P. B., Massaroli, R., Rangel, R. D. C. T., & Andrade, P. D. (2021). Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico na perspectiva da equipe de enfermagem/Patient safety culture in surgical center from perspective of the nursing team. *Journal of Nursing and Health*, 11(2).
- Famolaro T., Hare R., Yount N.D., Fan L., Liu H., Sorra J. (2021). Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey 2.0: 2021 User Database Report, 21-0017. *Agency for Healthcare Research and Quality*; Rockville, MD, USA: 2021.
- Filiz, E. (2023). Cultura de seguridad del personal de salud en el quirófano: aún queda mucho camino por recorrer. Estudio transversal analítico en Turquía. *Revista Cuidarte*, 14(2).
- Flores González, E., Godoy Pozo, J., Burgos Grob, F., & Salas Quijada, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y enfermería*, 27.
- Forest Yépez, M. A. (2023). *Caracterización de eventos adversos en la unidad de terapia intensiva pediátrica del HODE Materno Infantil, Caja Nacional*

de Salud, segundo semestre gestión 2021 y propuesta de implementación de un formulario de notificación (Doctoral dissertation).

Forni, P., & Grande, P. D. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista mexicana de sociología*, 82(1), 159-189.

Fuseini, A. K. J., Teixeira da Costa, E. I. M., Matos, F. A. S. D., Merino-Godoy, M. D. L. A., & Nave, F. (2023). Patient-Safety Culture among Emergency and Critical Care Nurses in a Maternal and Child Department. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 20, p. 2770). MDPI.

Gálvez Herrer, M., Gómez García, J. M., Martín Delgado, M. C., & Ferrero Rodríguez, M. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103-119.

Giesecke Sara Lafosse, M. P. (2020). Elaboración y pertinencia de la matriz de consistencia cualitativa para las investigaciones en ciencias sociales. *Desde el sur*, 12(2), 397-417

Gil-Aucejo, A., Martínez-Martín, S., Flores-Sánchez, P., Moyano-Hernández, C., Sánchez-Morales, P., Andrés-Martínez, M., ... & García-García, M. A. (2022). Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Enfermería intensiva*, 33(4), 185-196.

Gómez-Osorio, J. I. (2022). Henry Mintzberg: un pensador iconoclasta para un «management» abierto a la realidad. *Nuevas tendencias*, (108), 1-8

- González Capote, D., Soler González, R. H., & Navarro Mosquera, N. (2021). La filosofía de calidad y sus términos controversiales. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(5), 445-455.
- González, N. L., Cantero, J. H., & Díaz, D. V. (2021). Acerca de la resiliencia en organizaciones de alta confiabilidad en Argentina: un ensayo comparativo de casos. *Ejes de Economía y Sociedad*, 5(9), 211-237.
- González Vence, M. R. (2019). *Percepción de la calidad de la atención en los consultorios externos del Hospital Ángela Iglesia de Llano de la ciudad de Corrientes, capital, del mes de octubre del 2016 a octubre del año 2017*. <https://repositorio.unne.edu.ar/handle/123456789/48689>
- González, G. G., & Ramírez, L. P. (2023). Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente en directivos de la salud: propiedades psicométricas y usabilidad. *Journal of Healthcare Quality Research*.
- Guzmán, D. M. C., Tenorio, N. B., & Pazmiño, K. V. B. (2022). Cultura organizacional y salario emocional. *Revista Venezolana de Gerencia: RVG*, 27(7), 118-131.
- Hamilton EC, Pham DH, Minzenmayer AN, Austin MT, Lally KP, Tsao K, et al. (2018). Are we missing the near misses in the OR?—underreporting of safety incidents in pediatric surgery. *J Surg Res.*;221:336–342. doi: 10.1016/j.jss.2017.08.005
- Hernández Vanegas, O. F. (2020). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Hospital Naval de Cartagena fase I.

- Herrero Jaén, S. (2019). La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva ciudadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *Ene*, 13(4).
- Imbaquingo Molina, S. M. (2023). *Seguridad del paciente en la atención de enfermería del centro clínico quirúrgico ambulatorio Hospital del Día Chimbacalle del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Quito año 2022* (Bachelor's thesis)
- Jaime, N. N., & Gonzalez-Argote, J. (2021). Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(5).
- Jiménez, L. (2020). Impacto de la investigación cuantitativa en la actualidad. *Convergence Tech*, 4(IV), 59-68.
- Knight C, Patterson M, Dawson J. (2017). Building work engagement: a systematic review and meta-analysis investigating the effectiveness of work engagement interventions. *J Organ Behav.* ;38:792–812
- Laborde M., Gea Velázquez M.T., Aranaz Andrés J.M., Ramos Forner G., Compañ Rosique A.F. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*; 34:500–513. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.10.004
- Lagos Ortiz, F. (2022). Intervención del profesional de enfermería para la seguridad del paciente en el servicio de emergencia del centro de salud San Camilo de Lellis de Chuquibambilla-2022.
- Lasso López, R. A. (2018). *Interacción entre actores del sistema de salud para el desarrollo de la política de seguridad del paciente en una empresa*

social del estado del Departamento del Cauca, 2013.

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/12538>

Leal Paredes, M. S., & Arias Ibarra, B. P. (2021). Liderazgo ético para el fortalecimiento de una cultura organizacional en las Pymes. *Podium*, (40), 21-40.

Lima da Silva, P., Teles de Oliveira Gouveia, M., Limade Brito Magalhães, R., Vieira de Sousa Borges, B., Cardoso Rocha, R., & Melo Guimarães, T. M. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*, 19(60), 427-462.

López Frías, E., Vicente Ruiz, M. A., & Cruz García, C. D. L. (2019). Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horizonte sanitario*, 18(2), 201-210.

Mansour, H., & Sharour, L. A. (2021). Results of survey on perception of patient safety culture among emergency nurses in Jordan: Influence of burnout, job satisfaction, turnover intention, and workload. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(6), 370-377.

Mella Laborde, M., Gea Velázquez, M. T., Aranaz Andrés, J. M., Ramos Forner, G., & Compañ Rosique, A. F. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta sanitaria*, 34(5), 500-513.

Melendrez Chica, F. X. (2022). Gestión en seguridad al paciente y calidad asistencial en el servicio de hemodiálisis Dialilife Quevedo 2021

- Melo, E., Balsanelli, A. P., Neves, V. R., & Bohomol, E. (2020). Patient safety culture according to nursing professionals of an accredited hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.
- MERCOSUR (2007). Mercosur/RMS/Acta n. 02/07. XXIII Reunión de Ministros de Salud Mercosur. Montevideo, 2007. 6 págs.
- Merino Plaza, M. J. (2018). *Calidad asistencial y Seguridad del Paciente en un Hospital de media y larga estancia*.
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/53595>
- Mogollón, I. C. M., Maroto, M. M., & González, A. R. Á. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-14.
- Montero, R., & Martínez, C. (2022). *Seguridad I vs Seguridad II: Y el aporte de los procesos de gestión de la seguridad basada en los comportamientos en la mejora de la cultura de la seguridad*. Ediciones de la U.
- Mora Arias, F. (2022). Gestión del cuidado de enfermería y seguridad del paciente en un hospital nacional, Lima 2022.
- Mosqueira Moreno, R. P. (2020). Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca
- Núñez Samaniego, E. I. (2020). Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, Perú-2018.
- Obredor, D. A., & Sánchez Cossi, G. J. (2022). *Estrategia para la minimización de riesgos relacionados con errores de prescripción y dispensación de*

medicamentos en una clínica oncológica en la ciudad de Bogotá.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/8267>

Ojeda Reyes, R. P., Podestá Gavilano, L. E., & Ruiz Arias, R. A. (2021). Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2).

OMS (2006). Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Paciente mundial Desafío de Seguridad: 2005-2006. Ginebra: OMS Press, 2005.

OMS (2022). Medicación sin daño <https://www.who.int/es/initiatives/medication-without-harm>

Osorio Martínez, D. A., Zuluaga Gómez, M., Vargas Vidales, N., Lizcano Bedoya, I. C., & Aguirre Alzate, A. M. (2020). Indicios de Atención Insegura durante los traslados internos desde el servicio de urgencias a otros servicios.

Palma, H. G. H., Assia, F. M., & Rojas, D. M. (2017). Cultura de prevención para la seguridad y salud en el trabajo en el ámbito colombiano. *Advocatus*, (28), 35-42.

Palmieri, P. A., Leyva-Moral, J. M., Camacho-Rodriguez, D. E., Granel-Gimenez, N., Ford, E. W., Mathieson, K. M., & Leafman, J. S. (2020). Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC nursing*, 19, 1-13.

- Pamela, B. M. Y. (2022). *Eventos Adversos Como Factor De Riesgo En La Seguridad De Los Pacientes Del Centro De Salud Tipo C Río Verde* (Doctoral dissertation, Ecuador-PUCESE-Escuela de Enfermería).
- Parada-Lezcano, M. (2021). Pandemia y Atención Primaria en Salud en Chile: crónica de una ausencia anunciada¹. *Equipo Editorial*, 47.
- Pardo, A., Ruiz, M. Á., & San Martín, R. (2022). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I.
- Pedraz Marcos, A., García Perea, E., & Palmar Santos, A. M. (2020). Florence Nightingale y los corresponsales de The Times en la Guerra de Crimea. *Temperamentvm*, 16.
- Perdomo Gualteros, L. T., Bustamante Quiroz, A. Y., & Torres Rojas, C. A. (2021). *Sistematización de Comportamientos Seguros de los Aprendices del Centro de Formación de Talento Humano en Salud, como Principal Instrumento para la Eliminación de Accidentes de Trabajo*. <https://repositorio.ecci.edu.co/handle/001/967>
- Peña Casañas, D. M. (2020). *Elaboración de un plan de acción para el programa de seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de salud de imágenes diagnósticas en la ciudad de Cali año 2019-2020*. <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/225>
- Pérez et al. (2020). Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. *Revista Cubana de Enfermería*.;36(3): e2640.
- Pekurinen VM, Välimäki M, Virtanen M, et al. (2017). Organizational justice and collaboration among nurses as correlates of violent assaults by patients

in psychiatric care. *Psychiatr Serv* ;68:490–6.
10.1176/appi.ps.201600171.

Podestá Gavilano, L. E., & Maceda Kuljich, M. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horizonte Médico (Lima)*, 18(3), 48-56.

Quintana, P. D. C. J. (2020). Importancia del modelo de gestión empresarial para las organizaciones modernas. *Revista de Investigación en Ciencias de la Administración ENFOQUES*, 4(16), 272-283.

Ribero, I. (2018). Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico. *Enferm. glob.* vol.17 no.52 Murcia.

Riera-Vázquez, N. A., Gutiérrez-Alba, G., Reyes-Morales, H., Pavón-León, P., Gogeoascoechea-Trejo, M. C., & Muños-Hernandez, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(4), 239-246.

Román Hernández, E. J., & Román Hernández, J. J. (2021). La comunicación y la motivación de la conducta en la construcción subjetiva de la percepción de riesgo. A propósito de la pandemia de COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(3).

Ruiz Soto, M. D. L. Á., & Carmen, C. M. (2022). Adherencia de los prestadores de salud al proceso de Acreditación de Calidad en Salud en Chile desde su implementación a la actualidad.

Salazar Velásquez, C. (2020). Aplicación de la seguridad basada en el comportamiento para la disminución de riesgos de accidentes en los

trabajadores de la empresa Robocon Shotcrete Solutions Sac En La Mina Carahuacra–Compañía Minera Volcán SAA-2018.

Salmón Torralbo, B. (2021). Revisión bibliográfica: seguridad del paciente y prácticas seguras en las unidades psiquiátricas de hospitalización de agudos.

Sánchez-Gómez, M. C., Costa, A. P., Martín-Cilleros, M. V., & García-Peñalvo, F. J. (2018). Posicionamiento de la investigación en Ciencias Sociales.

Segura-García, M. T., Castro Vida, M. Á., García-Martin, M., Álvarez-Ossorio-García de Soria, R., Cortés-Rodríguez, A. E., & López-Rodríguez, M. M. (2023). Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2329.

Solano Zunini, V. M., & Jara Páucar, D. (2019). *Calidad del cuidado de enfermería al usuario post operado inmediato. Hospital de la Amistad Perú-Corea II. 2. Santa Rosa Piura 2017.*
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5358>

Sosa-Palanca, E. M., Saus-Ortega, C., Gea-Caballero, V., Andani-Cervera, J., García-Martínez, P., & Ortí-Lucas, R. M. (2022). Nurses' Perception of Patient Safety Culture in a Referral Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10131.

Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro ML, et al. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and

long-term care facilities: results from two *European point prevalence surveys*, 2016 to 2017. *Euro Surveill.*;23(46):1800516.

Tejada, H. S. R., Ayala, B. P., & Minchola, S. E. S. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(2), 85-92.

Tintin Orejuela, R. A. (2017). *Morbi-mortalidad por infecciones nosocomiales en la unidad de terapia intensiva del hospital IESS Ambato enero 2015-febrero 2016* (Bachelor's thesis).

Torres, Y., Rodríguez, Y., & Pérez, E. (2022). ¿ Cómo mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente adoptando estrategias del sector de la aviación?. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(3), 182-190.

Ulibarrena, M. Á., Sainz de Vicuña, L., García-Alonso, I., Lledo, P., Gutiérrez, M., Ulibarrena-García, A., ... & Herrero de la Parte, B. (2021). Evolution of culture on patient safety in the clinical setting of a spanish mutual insurance company: Observational study between 2009 and 2017 based on AHRQ survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9437.

Ureta Ortiz, M. V. (2023). *Eventos adversos frecuentes en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital privado de Santo Domingo de los Tsáchilas, durante el primer semestre del 2021: línea base para un plan de estrategias que fortalezcan la seguridad del paciente* (Master's thesis, PUCE-Quito).

Vega-Monsalve, N. D. C. (2017). Nivel de implementación del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo en empresas de Colombia del territorio Antioqueño. *Cuadernos de Salud Pública*, 33, e00062516.

Viana, K. E., Matsuda, L. M., Pereira, A. C. S., de Oliveira, J. L. C., Inoue, K. C., & de Almeida Cruz, E. D. (2020). Patient safety culture in public teaching hospitals: a comparative study/cultura de segurança do paciente em hospitais públicos de ensino: estudo comparativo/cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de enseñanza: un estudio comparativo. *Enfermagem Uerj*, 28, NA-NA.