

Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú

Patient safety culture from the nursing perspective in two public hospitals in Peru

Cultura de segurança do paciente sob a perspectiva da enfermagem em dois hospitais públicos do Peru

Rewards Palomino Taquire¹

<https://orcid.org/0000-0002-4694-8417>

Resumen

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. **Material y métodos:** Investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, explicativo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 231 profesionales de enfermería entre varones y mujeres que laboran en dos hospitales públicos de nivel III-III, a quienes se aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety, traducido y validado en el contexto español; el instrumento utilizado presentó un nivel de confiabilidad de ,926 de alfa de Cronbach. Para el análisis y discusión de resultados, se utilizaron tablas de contingencia y el estadístico rangos con signos de Wilcoxon. **Resultados:** Las variables desarrollo de la cultura de seguridad, trabajo en equipo, dirección y gestión y supervisión presentan diferencias significativas ($p < 0,5$) entre ambas organizaciones hospitalarias; mientras que la apertura a la comunicación no presenta diferencias significativas. **Conclusión:** La gestión hospitalaria en cuanto a cultura de seguridad del paciente en el hospital 1 es deficiente y en el hospital 2 se deben redoblar esfuerzos para garantizar una cultura de seguridad del paciente de calidad, aunque los puntajes obtenidos, están muy por debajo de lo obtenido en hospitales de América Latina.

Palabras clave: cultura organizacional, seguridad del paciente, enfermería (DeSC)

Abstract

Objective: To evaluate the culture of patient safety from the perspective of nursing in two public hospitals in Peru. **Material and methods:** Quantitative, descriptive, explanatory, and cross-sectional research. The sample consisted of 231 male and female nursing professionals working in two-level III-III public hospitals, to whom the Hospital Survey on Patient Safety questionnaire was applied, translated, and validated in the Spanish context; the instrument used presented a reliability level of .926 of Cronbach's alpha. Contain tables and the Wilcoxon signed rank statistic were used to analyze and discuss results. **Results:** The variables development of the safety culture, teamwork, direction and management, and supervision present significant differences ($p < 0.5$) between both hospital organizations, while openness to communication does not present significant differences. **Conclusion:** Hospital management in terms of patient safety culture in Hospital 1 is deficient and in Hospital 2 efforts must be redoubled to guarantee a quality patient safety culture, although the scores obtained are far below those obtained in hospitals in Latin America..

Keywords: organizational culture, patient safety, nursing (MeSH)

¹ Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú



Resumo

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente na perspectiva da enfermagem em dois hospitais públicos do Peru. **Material e métodos:** Pesquisa quantitativa, descritiva, explicativa e transversal. A amostra foi composta por 231 profissionais de enfermagem de ambos os sexos que trabalham em dois hospitais públicos de nível III-III, aos quais foi aplicado o questionário Hospital Survey on Patient Safety, traduzido e validado no contexto espanhol; o instrumento utilizado apresentou nível de confiabilidade de ,926 do alfa de Cronbach. Para a análise e discussão dos resultados, foram utilizadas tabelas de contingência e a estatística de posto sinalizado de Wilcoxon. **Resultados:** As variáveis desenvolvimento da cultura de segurança, trabalho em equipe, liderança e gestão e supervisão apresentam diferenças significativas ($p < 0,5$) entre as duas organizações hospitalares, enquanto a abertura à comunicação não apresenta diferenças significativas. **Conclusão:** A gestão hospitalar em relação à cultura de segurança do paciente no hospital 1 é deficiente e no hospital 2 os esforços devem ser redobrados para garantir uma cultura de segurança do paciente de qualidade, embora os escores obtidos estejam muito abaixo dos obtidos nos hospitais da América Latina.

Keywords: cultura organizacional, segurança do paciente, enfermagem (DeSC)

Introducción

La seguridad del paciente (SP) es un problema de salud pública en diferentes partes del mundo; además, es una prioridad de salud pública tanto en países desarrollados y en desarrollo, que ha puesto a prueba a los diferentes sistemas de salud y gerentes de organizaciones hospitalarias, grupos de interés, partes interesadas de todo el mundo en plantear estrategias que permitan disminuir las prácticas inseguras, eventos adversos (EA), defunciones y gastos en salud. En las últimas décadas, la SP se ha convertido en uno de los ejes integrales de la política de salud y de la calidad de los servicios hospitalarios.¹ Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la seguridad del paciente es una condición importante para fortalecer los sistemas de salud y una de las iniciativas de calidad más importantes en las organizaciones hospitalarias.²

En este contexto, debido a la complejidad de la enfermedad en los usuarios, el impacto del calentamiento global, la migración poblacional, el avance técnico científico y la búsqueda de respuestas a la cura de enfermedades han hecho que los EA sean más comunes en entornos hospitalarios en todo el mundo, aunque, según la OMS, ocurren de manera no intencional, ya que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño como resultado de la atención que reciben.³

En contraste, «los EA en los sistemas de salud son causados por la mala conducta de los profesionales de la salud hacia los pacientes, fenómeno que aumenta la carga de enfermedad, la mortalidad y los costos hospitalarios».⁴

Sin embargo, han pasado 23 años desde la publicación del informe «Error es humano» del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en 1999, sobre los numerosos casos de eventos adversos (EA), en pacientes hospitalizados en los diferentes niveles de atención de salud. El informe reveló la impactante cifra de que 100 mil usuarios pierden la vida cada año, no por las enfermedades que contrajeron, sino por las prácticas inseguras de los trabajadores de la salud. Desde entonces, la seguridad del paciente es una prioridad en todo el mundo.⁵

Por otra parte, de no prevenir los (EA), puede extrapolarse los 1 062 672 774 € anuales de episodios atendidos en el sistema de salud español. Esto representaría el 1,5% del presupuesto asignado al sistema sanitario y un 3% en el gasto público. Por ello, a pesar de infravalorar su frecuencia, los resultados deben incentivar la implementación de estrategias de seguridad y la calidad del sistema de salud.⁶ En investigaciones realizadas en 26 países de ingresos bajos y medianos, el 8% informó prácticas inseguras, pero el 83% de los EA pudieron haberse evitado y el 30% de pacientes fallecieron.⁷ En este contexto, la SP juega un papel crucial en el desarrollo social, económico y político del país. En todo el mundo ocurren a diario 421 millones de hospitalizaciones, de las cuales 42,7 millones están relacionadas con complicaciones provocadas en las organizaciones hospitalarias que afectan la gestión organizacional hospitalaria.⁸ Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que las infecciones asociadas con la atención de la salud (IAAS) están vinculadas con las

prácticas inseguras, afectando a 1 de cada 20 pacientes. Hay 4,1 millones de casos y 37 mil muertes en la Unión Europea (UE) cada año. América Latina (AL) tiene 220 mil contagios y 80 mil defunciones. En los Estados Unidos, el costo del tratamiento de IAAS está aumentando de 28,4 millones a 33,8 mil millones de dólares al año.⁹ En el Perú, el Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (Minsa) reportó 6167 casos de IAAS, cuatro veces más que el año 2021, de los cuales el 55 % estaba relacionado con infección por ventilación mecánica; el 20 %, con infección del torrente sanguíneo (ITS); el 30 %, con infección del tracto urinario (ITU); el 30 %, con infección de herida postoperatoria, y un 20 %, con endometritis. Los casos más representativos están en las regiones de Lima, Cusco y Callao.¹⁰ La ausencia de prácticas seguras en pacientes hospitalizados reportó que el 52,2 % presentaron lesiones por presión (LPP), esto debido a la falta de cambio de posición de los pacientes postrados en cama asociado con la hidratación, el índice de masa corporal (IMC) por debajo de lo establecido y la piel húmeda después del baño; el 43,5 %, con flebitis, atribuidos a la administración de medicamentos, y el 4,3 %, con caídas. Este último estuvo asociado con los dispositivos de vía periférica.¹¹

Sin embargo, los EA, así como las prácticas inseguras, no siempre se informan por temor a represalias, lo que refleja la falta de una cultura de seguridad positiva.¹² Además, la seguridad del paciente en hospitales públicos y privados de Perú es baja con brechas significativas, debido a que es una variable poco descrita y de reciente incorporación en los grupos de interés y las partes interesadas. De todo lo descrito, el presente artículo busca determinar la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de Lima.¹³

Material y métodos

El presente artículo se circunscribe bajo el paradigma cuantitativo, descriptivo, explicativo, de corte transversal y de diseño no experimental, ya que tiene por finalidad determinar el grado de asociación de la variable del estudio y caracterizar los resultados.¹⁴ El universo de estudios estuvo conformado por 420 licenciados de enfermería, que asumen el cargo de jefes de práctica clínica, del tercero al décimo ciclo, y laboran en los diferentes hospitales públicos de Lima - Perú, considerados de niveles de complejidad III-III por su capacidad instalada y resolutive. La muestra utilizada estuvo constituida de 231 enfermeras entre varones y mujeres, la que se puede considerar probabilística, porque se envió el enlace del cuestionario de Google Forms a los correos personales y estuvo disponible durante veinte días para que de manera voluntaria los jefes de práctica y tutores clínicos puedan responder el cuestionario. Completaron la encuesta 231 licenciados de enfermería, 129 laboran en el hospital 1 y 102 en el hospital 2, respetando los criterios de inclusión y exclusión y aspectos éticos.

Para la presente investigación se tomó en cuenta el cuestionario elaborado Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad 2005 de España; adaptado, validado y estandarizado en diferentes investigaciones en nuestro medio y en América Latina. Cuenta con confiabilidad adecuada y con cinco dimensiones: desarrollo de la cultura de seguridad, trabajo en equipo, apertura a la comunicación, dirección y gestión y supervisión, y consta de 42 ítems.

El cuestionario elaborado por el Hospital Survey on Patient Safety fue sometido a validación de constructo mediante expertos que laboran en las unidades hospitalarias y a una prueba piloto con veinte licenciados de enfermería. La prueba estadística mediante el alfa de Cronbach es de ,926; el resultado encontrado presenta una aproximación a 1 lo que significa que el instrumento es altamente confiable, además, se encontró: IC (95 % 1,29-1,56). Los indicadores de las variables de estudio estuvieron en función de una escala tipo Likert con opciones de respuesta: cultura de seguridad adecuada (1), cultura de seguridad poco adecuada (2) y cultura de seguridad nada adecuada (3).

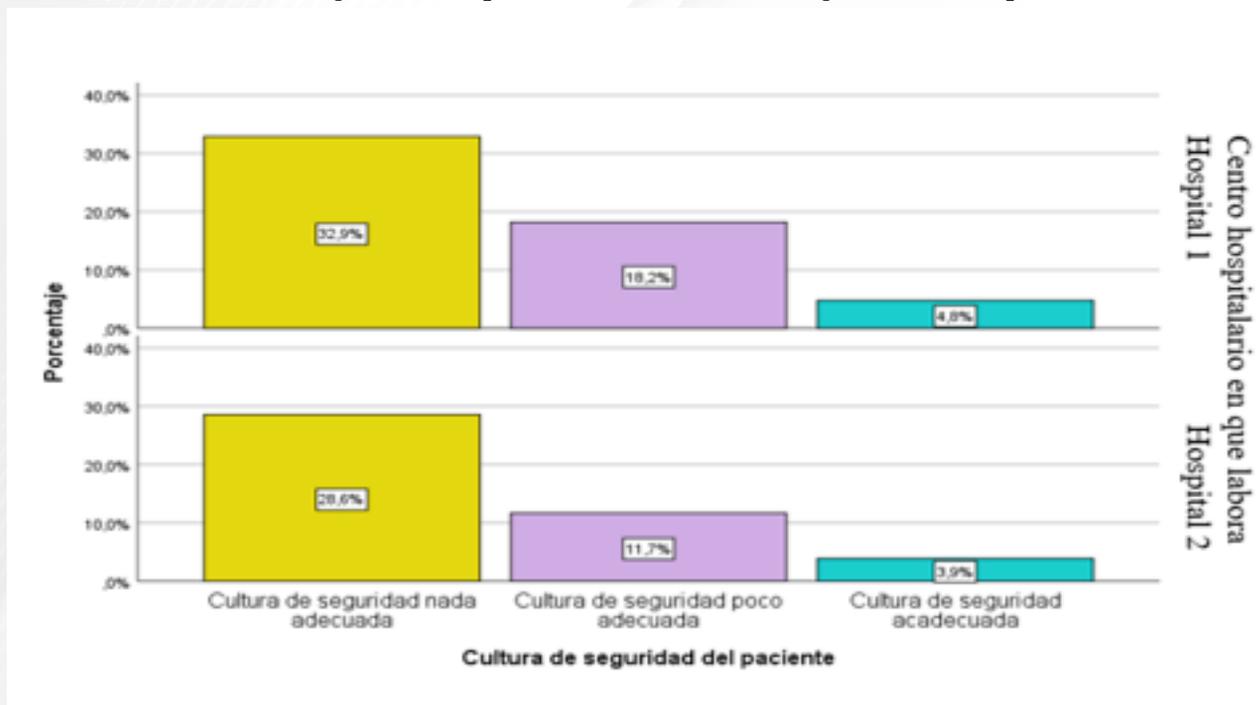
La encuesta definitiva se envió a los correos personales con el enlace de la aplicación Google Forms, del 5 al 25 octubre de 2022; los datos fueron analizados en el software estadístico SPSS V27,0. Para contextualizar los resultados, se utilizaron tablas de contingencia del centro hospitalario con las cinco dimensiones. Se planteó como hipótesis del investigador H_1 que «Existe diferencias entre hospitales públicos de Lima sobre la cultura de seguridad del paciente»; la hipótesis nula es «No existe diferencias entre hospitales públicos de Lima sobre la cultura de seguridad del paciente». Para comprobar las hipótesis, se utilizó el estadístico prueba de rangos con signos de Wilcoxon. La prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para muestras mayores a 50 observaciones

reportó ($p = 0,000$) ($p < 0,05$), en cada una de las dimensiones y variables, lo que significa que las dimensiones no asumen una distribución normal.

Resultados

En la figura 1 se observa que, el 32,9 % de las enfermeras que laboran en el hospital 1 y el 28,6 % de las enfermeras que laboran en el hospital 2 presentaron desarrollo de la cultura de seguridad nada adecuado.

Figura 1
Cultura de seguridad del paciente de acuerdo a la organización hospitalaria



En la tabla 1 se observa que, en cuanto a la dimensión desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, en el Hospital 1 predominó el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente poco adecuada (62%), mientras que, en el Hospital 2, el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente adecuada (52 %).

Tabla 1
Tabla cruzada entre el centro hospitalario en que labora y el desarrollo de la cultura de seguridad

			Desarrollo de la cultura de seguridad nada adecuada	Desarrollo de la cultura de seguridad poco adecuada	Desarrollo de la cultura de seguridad adecuada	Total
Centro hospitalario en que labora	Hospital 1	% dentro de Cultura de seguridad	56,5%	62%	47,8%	55,8%
	Hospital 2	% dentro de Cultura de seguridad	43,5%	38%	52,2%	44,2%
Total			100 %	100 %	100 %	100 %

En cuanto a la tabla 2, la dimensión trabajo en equipo en los centros hospitalarios, en el Hospital 1 predominó el trabajo en equipo nada adecuado (64,5%); mientras que, en el Hospital 2 se obtuvo un trabajo en equipo adecuado (50%).

Tabla 2
Tabla cruzada entre el centro hospitalario en que labora y el trabajo en equipo

			Trabajo en equipo nada adecuado	Trabajo en equipo poco adecuado	Trabajo en equipo adecuado	Total
Centro hospitalario en que labora	Hospital 1	% dentro de Trabajo en equipo	64,5%	52,7%	50%	55,8%
	Hospital 2	% dentro de Trabajo en equipo	35,5%	47,3%	50%	44,2%
Total			100%	100%	100%	100%

En la tabla 3 se observa que, en las enfermeras que laboran en el Hospital 1, predominó la apertura a la comunicación nada adecuada (59,5%); sin embargo, en las enfermeras del Hospital 2, la apertura a la comunicación adecuada (54,2%).

Tabla 3
Tabla cruzada entre el centro hospitalario y la apertura a la comunicación

			Apertura a la comunicación nada adecuada	Apertura a la comunicación poco adecuada	Apertura a la comunicación adecuada	Total
Centro hospitalario en que labora	Hospital 1	% dentro de Apertura a la comunicación	59,5%	59%	45,8%	55,8%
	Hospital 2	% dentro de Apertura a la comunicación	40,5%	41%	54,2%	44,2%
Total			100%	100%	100%	100%

En la tabla 4 se aprecia que, el 64,9% de enfermeras que laboran en el Hospital 1 aseguran una gestión y dirección nada adecuada; mientras que, el 47,8% de enfermeras que laboran en el Hospital 2 presentan una gestión y dirección adecuada en la seguridad del paciente.

Tabla 4
Tabla cruzada entre el centro hospitalario en que labora y la gestión y dirección

			Gestión y dirección nada adecuada	Gestión y dirección poco adecuada	Gestión y dirección adecuada	Total
Centro hospitalario en que labora	Hospital 1	% dentro de Gestión y dirección	64,9%	53,3%	52,2%	55,8%
	Hospital 2	% dentro de Gestión y dirección	35,1%	46,7%	47,8%	44,2%
Total			100%	100%	100%	100%

En la tabla 5 se aprecia que, el 61,7% de las enfermeras que laboran en el Hospital 1 aseguran una supervisión nada adecuada, en comparación de las enfermeras que laboran en el Hospital 2, donde el 56,7% obtuvieron una supervisión adecuada.

Tabla 5
Tabla cruzada entre el centro hospitalario y la supervisión de la cultura de seguridad

			Supervisión nada adecuada	Supervisión poco adecuada	Supervisión adecuada	Total
Centro hospitalario en que labora	Hospital 1	% dentro de Supervisión	61,7%	58,9%	43,3%	55,8%
	Hospital 2	% dentro de Supervisión	38,3%	41,1%	56,7%	44,2%
Total			100%	100%	100%	100%

Discusión

En la figura 1, los resultados guardan relación con los hallazgos de la encuesta *Healthcare Management Americas* (HMA) realizado en el 2018, aplicado a 1600 profesionales de la salud. Los resultados mostraron que el 21% de los profesionales de la salud calificaron la seguridad del paciente en su institución como excelente o muy buena, similar a la encuesta del 2016. El puntaje fue mucho más bajo en los trabajadores de la salud en comparación con otros países de la región como; Colombia (65%), Chile (66%), España (72%) y Estados Unidos (78%).¹³ Por otra parte, la cultura de seguridad del paciente es una variable muy poco medida en la mayoría de los países de América Latina. Los programas para profesionales de la salud deben incorporar contenido de seguridad del paciente en los planes de estudios con énfasis en el desarrollo de habilidades de comunicación, liderazgo y trabajo en equipo. La cultura de seguridad del paciente debe ser una prioridad para los hospitales latinoamericanos con políticas de salud que requieren revisiones anuales para identificar debilidades.¹⁴

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 0,000 y es estadísticamente significativa ($p < 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, es decir, existen diferencias entre ambas organizaciones hospitalarias sobre la gestión e implementación de la cultura de seguridad del paciente.

En la tabla 1, de acuerdo al contexto, institucionalizar una cultura de seguridad es responsabilidad compartida de todos los gestores de atención de salud; los profesionales de enfermería tienen un papel central para abordar los desafíos en la seguridad del paciente. Es importante que los enfermeros se encuentren preparados para brindar cuidados de manera segura. Los profesionales de enfermería son una parte esencial del equipo de salud; su trabajo se centra en la atención directa, continua y a largo plazo. Las prácticas seguras deben reflejarse en la filosofía de cultura de seguridad en las organizaciones hospitalarias.¹⁵ En contraste, la Alianza Global para la Seguridad del Paciente cree que una cultura de seguridad del paciente es el resultado de valores, actitudes, percepciones, habilidades y comportamientos, individuales y grupales, que fomentan el compromiso y la competencia en la gestión de salud y la seguridad. Un entorno de seguridad define lo que sucede en un momento dado y es una parte medible de la cultura de seguridad.¹⁶

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 0,003 y es estadísticamente significativa ($p < 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, es decir, existen diferencia en el desarrollo de la cultura de seguridad en los hospitales públicos 1 y 2.

De acuerdo a la tabla 2, las intervenciones de capacitación en trabajo en equipo y comunicación mejoran la cultura de seguridad en situaciones de emergencia y pueden tener un impacto positivo en los resultados de los pacientes. Se pueden considerar los programas de cultura de seguridad para reducir las tasas de errores médicos y los eventos adversos.¹⁷ El trabajo en equipo tiene un impacto significativo en una cultura de seguridad del paciente. Esto significa que cuanto mejor desempeñen sus funciones las enfermeras y menor sea el conflicto entre ellas, mejor será la cultura de seguridad del paciente. El conocimiento de las enfermeras sobre los objetivos de seguridad del paciente tiene un impacto significativo en la cultura de seguridad del paciente. Esto significa que cuanto más conocimiento tenga una enfermera, más hábil será para realizar los cuidados, dominar cada descripción de trabajo y evitar errores para lograr la seguridad del paciente. El estilo de liderazgo tiene un impacto significativo en la cultura de seguridad del paciente. Esto significa que cuanto más los gerentes motivan a los profesionales de la salud, más probable es que alcancen los indicadores de calidad de seguridad del paciente. Por lo tanto, el problema puede evaluarse objetivamente a través del enfoque persuasivo de la administración del hospital al tratar los conflictos.¹⁸

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 0,01 y es estadísticamente significativa ($p < 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, es decir, existen diferencias sobre el trabajo en equipo según las organizaciones hospitalarias donde laboran las enfermeras.

En cuanto a la tabla 3, los resultados encontrados guardan relación con el reporte de *The Joint Commission*, donde la mala comunicación es responsable del 60 % de los eventos adversos y prácticas inseguras.¹⁹ En contraste, los resultados muestran que una apertura a la comunicación, la confianza en uno mismo, en temas de seguridad y la cooperación multidisciplinaria son fundamentales para garantizar una comunicación eficaz. Por lo tanto, se necesita una cultura de respeto y una atmósfera de comunicación abierta basada en el entendimiento interprofesional para mejorar la comunicación, además, se debe implementar un programa de capacitación para mejorar las habilidades de comunicación.²⁰ La comunicación adecuada ha demostrado que mitiga los riesgos para la seguridad del paciente cuando los profesionales de la salud se sienten capaces y libres de hablar. Sin embargo,

diversas investigaciones han demostrado que los profesionales de la salud, en particular el personal de menor rango, permanecen en silencio y dudan en hablar, incluso si un paciente está en riesgo, debido a un error médico. Poner en práctica el trabajo en equipo, sobre la seguridad del paciente es importante para evitar errores médicos y prevenir posibles daños a los pacientes.²¹

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 5,31 y es estadísticamente significativa ($p > 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis del investigador y se acepta la hipótesis nula: No existe diferencias entre la apertura de la comunicación entre enfermeras que laboran en las organizaciones hospitalarias.

En cuanto a la tabla 4, en contraste, respecto a las deficiencias en el apego profesional a las políticas de seguridad del paciente, es bien sabido que el apego profesional a la seguridad del paciente es generalmente débil en organizaciones cuyos valores no se basan en una cultura de seguridad. La literatura muestra que el incumplimiento puede afectar negativamente el éxito de las medidas de seguridad desarrolladas. La falta de conciencia en la implementación de prácticas seguras y la resistencia al cambio por parte de los profesionales de la salud puede percibirse como todo un desafío en la implementación de programas de seguridad; para que el cambio organizacional sea efectivo es necesario sensibilizar e involucrar a los diferentes profesionales de la salud.²² Además, los gerentes de salud deben proporcionar las condiciones para mejorar la cultura de seguridad del paciente y reducir los eventos adversos, a través de diversas estrategias como promover la identificación y notificación de eventos adversos y la valoración de enfermería. Sin embargo, se requiere mayor investigación para evaluar cómo las intervenciones dirigidas a la cultura de seguridad del paciente pueden reducir los eventos adversos y prácticas inseguras.²³

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 0,00 y es estadísticamente significativa ($p < 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, es decir, existen diferencias entre la gestión y la dirección sobre la seguridad del paciente en ambas organizaciones hospitalarias.

En la tabla 5, según el contexto, los profesionales de enfermería actúan como facilitadores en la identificación del riesgo en el paciente; además, son un elemento clave en este proceso, dado que pasan las 24 horas junto al paciente. Por otra parte, las enfermeras supervisoras, jefas de servicio, son técnicamente responsables del personal de enfermería bajo cargo y responderán a todas las quejas relacionadas con la ocurrencia de prácticas inseguras.²⁴ Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de mejorar la seguridad del paciente a través de planes de atención diseñados para mejorar la comunicación y la capacidad de respuesta ante cualquier EV. Sin embargo, la integración de nuevas prácticas en el flujo de trabajo lleva tiempo, ya que las enfermeras se enfrentan a situaciones complejas al interior de las organizaciones, como la evolución tecnológica y globalización de los cuidados, pero, comprenden cómo las prácticas seguras pueden mejorar significativamente los resultados de los pacientes.²⁵

El p-valor encontrado con la prueba de signos de Wilcoxon es de 0,04 y es estadísticamente significativa ($p < 0,5$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, es decir, existen diferencias entre supervisión en la seguridad del paciente en ambas organizaciones hospitalaria.

Conclusiones

El desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones hospitalarias de nivel III-III, no se gestionan de manera similar, esto debido a que los gestores, directores de los hospitales, jefa de departamento de enfermería y profesionales que tienen a su cargo la parte asistencial en el Hospital 1 no son conscientes de la importancia de las prácticas seguras y la prevención de eventos adversos, así como implementar procesos de mejora continua, en este contexto, se estaría poniendo en riesgo la integridad de los usuarios. La investigación revela que la gestión organizacional presenta deficiencias en las dimensiones: desarrollo de la cultura de seguridad, trabajo en equipo, dirección y gestión y supervisión.

Conflicto de intereses

El presente artículo no presenta conflicto de intereses.

Referencias

1. Bezerril S, Da Costa G, Freire L, Andrade B, Chiavone T, Santos P. Assessment of patient safety culture in primary health care. [Avaliação da cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud] *Enfermería Global*, 2022; (3):398-408. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.503031>
2. Rivera G, Gutiérrez H, Reyes P, Pavón C, Gogeoascoechea J, Muños H. Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 2022; 37(4):239-246, ISSN 2603-6479
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of HealthCare in America, Kohn L T, Corrigan M, Donaldson S. (Eds.). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US); 2000.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) Seguridad del Paciente del 13 de septiembre 2019 (sitio web) [consultado el 18 de noviembre de 2022] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Makary A, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ Clinical research ed.*, 2016; 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
6. Allué P, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 2016; 28(1):48-54. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004>
7. Mira J, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*, 2016; 15:151 <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
8. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, Canales M. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2018; 29(3):278-287.
9. Navas F, et al. Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 2015; 30(1). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/171/80>
10. Sorra S, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*, 2010; 10:199. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
11. Pumar M, Méndez A, Ann Wakefield. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature, *Nurse Education Today*, 2014; 34(2):162-170. ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008>.
12. Granel N, Manresa M, Watson E. Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*, 2020; 584. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>.

13. Arrieta, Suárez, Hakim. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Perú. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018; 30(3):186-191. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>
14. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México D. F.: Mc Graw Hill Education, 2018
15. Camacho E, Carrasquilla A, Domínguez A, Palmieri A. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2022; 19:14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
16. Meléndez C, Macías M, Álvarez R. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* [Internet], [citado el 16 de diciembre 2022]; junio de 2020; 36(2): e3239. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200009&lng=es. E pub 01-Jun-2020.
17. Mella M, Gea M. Teresa, Aranaz M, Ramos G, Rosique F. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit* [Internet], octubre de 2020 [citado el 17 de diciembre de 2022]; 34(5):500-513. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>.
18. Alsbri D, Boudi M, Lauque, Dominique M, Días R, Whelan S, Östlundh L, Alinier, Onyeji, C. Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 2022(1): e351-e361. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000782
19. Febriansyah F, Kusumapradja R, Ahmad H. The Role of Teamwork in Improving Patient Safety Culture. (*Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*). 2020; 9(1):41-52.
20. Wing Y, Pun H, So K, Chiu H, Leung H, Stone H, Lam L, Lai W, Leung W, Luk W, Leung H, Au W, Lai Y, Slade D, Chan A. Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses. *BMJ open*, 2017; 7(8), e015721. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015721>
21. The Joint Commission. Sentinel event data: root causes by event type 2004-2014. 2014 http://www.tsigconsulting.com/tolcam/wp-content/uploads/2015/04/TJC-Sentinel-Event-Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf
22. Ahn S, Lee N J. Experience of communication for patient safety by perioperative nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 2019; 25(4): 329-339.
23. Kakemam E, Gharaee H, Rajabi M R, Nadernejad M, Khakdel Z, Raeissi P, Kalhor R. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC nursing*, 2021; (1):60. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>.
24. Reis G, Aparecida X, et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2019; 40. Available from: Epub 10 Jan 2019. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.
25. Françolin L. Gestión de la seguridad del paciente bajo el punto de vista de los enfermeros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online], [fecha de consulta: 7 de diciembre de 2022], 2018; 49(2):0277-0283. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>. ISSN 1980-220X.

Correspondencia

rewards_15@hotmail.com

Fecha de recepción: 7/1/2023

Fecha de aceptación: 4/3/2023