



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**MAESTRIA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

INFORME FINAL

SUBMODALIDAD PROPUESTA DE MEJORA DE PROCESO

TEMA:

**DETERMINACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA C200 DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO A TRAVÉS DE UNA
ENCUESTA VALIDADA Y PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA, EN
PORTOVIEJO MANABÍ ECUADOR, DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2025.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN
GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

AUTORA:

PATRICIA ALEXANDRA BAZURTO PEREZ

Director de trabajo de titulación:

Mtr. Carlos Eduardo Oliva Torres Asesora

2025

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estos de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas. Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Patricia Alexandra Bazurto Pérez

Cédula: 1307495315

Lugar y fecha: Portoviejo, 30 de noviembre del 2025

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL
PACIENTE

Portoviejo, 28 de noviembre del 2025

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Por la presente dejo constancia que he leído el proyecto de desarrollo sub modalidad investigación-acción presentado por la licenciada Pérez Bazurto Patricia Alexandra, para optar al título es: “DETERMINACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA C200 DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA VALIDADA Y PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA, EN PORTOVIEJO MANABÍ ECUADOR, DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2025.”, y en tal virtud acepto asesorar al estudiante, en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo de grado hasta su presentación y evaluación.

En la ciudad de Portoviejo, a los 28 días del mes de noviembre del 2025.

Firma

Mtr. Carlos Oliva Torres

CI: 1714776042

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por guiarme con sabiduría, fortaleza y discernimiento a lo largo de este proceso académico y personal.

A mi familia, por su amor incondicional, constante apoyo y motivación, pilares fundamentales que me impulsaron a continuar con determinación.

A mis padres, por inculcarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y la superación, principios que han sido esenciales en mi formación profesional y humana.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional y por ser fuente de fortaleza, inspiración y cariño en cada paso de este camino.

A mis amados hijos, por ser la inspiración que me impulsa cada día a superarme y alcanzar mis metas, por enseñarme el verdadero significado del amor, la paciencia y la fortaleza. Este logro es tan suyo como mío.

A mis amigos, por su compañía, comprensión y respaldo durante este camino de aprendizaje y crecimiento.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a todo el cuerpo docente de la carrera, por su dedicación, compromiso y entrega constante en la formación de profesionales íntegros y competentes, tanto en el ámbito académico como en el humano.

Su guía y ejemplo fueron fundamentales en este proceso de aprendizaje y crecimiento personal que me permitirán adaptarlos en mi ámbito laboral.

Extiendo también mi gratitud a mi tutor, por su orientación oportuna, acompañamiento y valiosas recomendaciones, las cuales fueron esenciales para el desarrollo y culminación de este proyecto de investigación.

ÍNDICE

DERECHOS DE AUTOR	2
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE TABLAS	8
ÍNDICE DE ECUACIONES	8
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I	11
1. JUSTIFICACIÓN	11
2. PREGUNTA DEL PROBLEMA	12
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
3.1. Objetivo general	12
3.2. Objetivos específicos	13
4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	13
4.1. Antecedentes	13
4.2. Marco teórico	15
Percepción del Personal de Enfermería sobre la Seguridad del Paciente	18
La Seguridad del Paciente en los Servicios de Urgencias	19
CAPITULO II	20
5. MARCO METODOLÓGICO	20
5.1. Tipo de estudio	20
5.2. Diseño de investigación	20
5.3. Población y muestra	20
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	20
5.4.1. Criterios de inclusión	20
5.4.2. Criterios de exclusión	21
5.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información	21
5.5.1. Técnicas de investigación documentales	21

5.5.2.	Análisis documental	22
5.5.3.	Análisis de los 5 porqué	22
5.5.4.	Plan mejora.....	22
5.6.	Metodología de análisis	23
5.6.1.	Procesamiento de datos	23
Instrumento		24
5.6.2.	Items formulados negativamente.....	26
5.6.3.	Calificación del clima de seguridad.....	28
5.6.4.	Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario	28
5.7.	Metodología de análisis	29
5.7.1.	Algoritmo de trabajo	29
5.7.2.	Técnicas del procesamiento de información.....	30
5.7.3.	Análisis estadístico	30
5.8.	Consideraciones éticas y de género	30
5.9.	Fases de ejecución	31
CAPITULO III.....		32
6.	RESULTADOS DEL CUESTIONARIO	32
6.1.	Generalidades	32
6.1.1.	Análisis de las dimensiones	32
CAPITULO IV		37
6.2.	Análisis De Los Resultados.....	37
6.2.1.	Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.....	37
6.2.2.	Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras.....	39
6.2.3.	Diagrama De Pareto Para Las Oportunidades De Mejora	40
6.2.4.	Análisis de los 5 porqués.....	43
7.	DISCUSIÓN	47
8.	CONCLUSIONES	51
9.	RECOMENDACIONES	52
Plan de mejora.....		54
9.1.....		54
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	55
11.	ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones y aspectos del cuestionario.....	25
Tabla 2. Items formulados negativamente	26
Tabla 3. Categorías de respuestas.....	26
Tabla 4. Consistencia interna por dimensión estimada mediante alfa de Cronbach (α) y omega (ω)	28
Tabla 5. Cronograma de tiempo de ejecución de actividades	31
Tabla 6. Clima de seguridad del paciente, Fortalezas y Debilidades	38
Tabla 7. Resumen por dimensión	39
Tabla 8. Categorización de las dimensiones con oportunidades de mejora.....	41
Tabla 9. Análisis de 5 porqué.....	43
Tabla 10. Propuesta de plan mejora.....	54

ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 1. Fórmula de calificación de dimensión	27
--	----

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Algoritmo de trabajo.....	29
Ilustración 2. Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados	32
Ilustración 3. Dimensión 2. Percepción de la seguridad.....	33
Ilustración 4. Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección.....	33
Ilustración 5. Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores.....	35
Ilustración 6. P43. Clima de seguridad	36
Ilustración 7. Diagrama de Pareto para oportunidades de mejora.....	41

RESUMEN

La presente investigación tiene como **Objetivos:** 1) Medir la percepción de seguridad del paciente que tienen los/las profesionales de enfermería del área C200 del hospital de Especialidades Portoviejo. 2) Analizar el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades. 3) Caracterizar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras. 4) Plantear un plan de mejora en base a los resultados encontrados. **Método:** Estudio transversal y descriptivo realizado al personal de enfermería del área C200 del hospital de Especialidades Portoviejo en el que se acopian los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento de medición la encuesta Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality. **Resultados:** La tasa de respuesta fue del 100%. El grupo con mayor participación fue enfermero de contacto directo con (53%) El 90% tuvo contacto directo con el paciente. El 41% (21) del personal de enfermería de la unidad C200 otorgó una puntuación de 6 al clima de seguridad y un 33% (17) dió 8 de puntuación. El 41% (21) del personal de enfermería de la unidad C200 en el último año a reportado entre 1 a 2 EA, el 24% (12) entre 3 a 5, el 20% (12) ninguna. Globalmente se identificaron las siguientes Fortalezas, Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados, Dimensión 2. Percepción de la seguridad, Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección y Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores. No hubo dimensiones globales que se comportaran como debilidades, más si como preguntas individuales P23 (D. 10), P26 y P28 (D. 11), P27 (D. 12). Sin embargo, las demás dimensiones se comportaron como Oportunidades de mejora, Dimensión 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 y 12. **Conclusiones:** La percepción sobre seguridad del paciente es buena, pero puede mejorar. Las oportunidades de mejora son Aprendizaje Organizacional, Trabajo en equipo de la unidad, Franqueza en la comunicación, Dotación de personal, Apoyo de la gerencia, Trabajo en equipo entre unidades, Problemas en cambios de turno.

Palabras clave: Cultura de seguridad; Seguridad del paciente; Percepción de seguridad; Eventos adversos.

ABSTRACT

The present research has as its **Objectives:** 1) To determine the patient safety perception among nursing professionals in area C200 of the Portoviejo Specialty Hospital. 2) To describe the safety climate, including its strengths and weaknesses. 3) To evaluate the dimensions rated negatively and establish areas for improvement. 4) Propose an improvement plan based on the results found. **Method:** A cross-sectional, descriptive study conducted with the nursing staff of area C200 at the Portoviejo Specialty Hospital. The study collected results assessing the level of safety culture using the Spanish version of the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) as the measurement instrument. **Results:** The response rate was 100%. The group with the highest participation was direct-contact nurses (53%). Ninety percent had direct patient contact. Forty-one percent (21) of the nursing staff in unit C200 gave a *Patient Safety* climate score of 6, and 33% (17) gave a score of 8. In the last year, 41% (21) of the nursing staff in unit C200 reported 1 to 2 adverse events (AEs), 24% (12) reported 3 to 5, and 20% (12) reported none. Overall, the following strengths were identified: Dimension 1: Frequency of reported events, Dimension 2: Perception of safety, Dimension 3: Expectations and actions by management, Dimension 8: Non-punitive response to errors. There were no global dimensions that behaved as weaknesses, but rather as individual questions P23 (D. 10), P26 y P28 (D. 11), P27 (D. 12). However, the other dimensions (4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, and 12) were considered opportunities for improvement. **Conclusions:** The perception of patient safety is good but can be improved. Opportunities for improvement include organizational learning, unit teamwork, openness in communication, staffing levels, management support, teamwork between units, and issues during shift changes.

Keywords: Safety culture; Patient safety; Safety perception; Adverse events.

CAPITULO I

1. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el enfoque tradicional respecto al error humano se basa en un modelo de "perfectibilidad", el cual sostiene que los errores pueden evitarse si los profesionales de la salud están suficientemente comprometidos, capacitados y dedicados. Sin embargo, especialistas a nivel internacional consideran que esta perspectiva es ineficaz e incluso contraproducente para avanzar en la mejora de la seguridad. (Bañeres Amella, 2023). En el entorno sanitario, el trabajo se realiza constantemente en colaboración con otros profesionales, lo que implica interacciones que pueden convertirse en fuentes de riesgo para la seguridad del paciente. Esto puede deberse a fallos en la comunicación ya sea verbal, no verbal o escrita, a la pérdida de conciencia situacional, o a factores como el estrés y la fatiga, todos los cuales incrementan la probabilidad de errores y posibles daños. (Bañeres Amella, 2023).

Es preciso adecuar cambios en la cultura de seguridad y calidad que se alineen a los estándares internacionales en cuanto a seguridad de paciente que permitan incorporar las preparaciones, destrezas y pericias de los profesionales de la salud, encaminados a generar y optimizar sus técnicas de atención. (Triviño Ibarra, y otros, 2020).

Es necesario proveer y crear un clima de seguridad y mejora continua en la calidad de salud que permita advertir potenciales eventos adversos en el cuidado, proceder a tiempo, amonestar los errores e instruirse de ellos, definiendo las características y condiciones óptimas de las prestaciones de salud. (ACESS, 2024).

De acuerdo con la European Society for Quality in Healthcare la cultura de seguridad consiste en un conjunto de valores, creencias y comportamientos compartidos que buscan de forma continua prevenir y minimizar los daños derivados de la atención sanitaria. (Hernández Vanegas, 2020).

El progreso de la seguridad del paciente demanda por parte de todo el régimen un esfuerzo complicado que engloba una escala de acciones encaminadas hacia el progreso del desempeño; la comisión de la seguridad y las inseguridades ambientales, abarcando el control de las infecciones; el uso inequívoco de los medicamentos, y la seguridad de los aparatos, de la experiencia clínica y del ambiente en el que se presta el cuidado sanitaria. (ACESS, 2024).

Los Eventos adversos se pueden prevenir de varias maneras, entre ellas: conocer los protocolos

y guías de la institución, identificar al paciente y el procedimiento que se requiere, verificar las listas quirúrgicas, implementar un sistema de gestión, capacitar al personal de salud, evaluar los riesgos de forma temprana, notificar los eventos adversos, desarrollar una cultura de seguridad, sensibilizar a los pacientes para que participen en su atención de salud. (Abril, Seguridad del paciente, 2020).

2. PREGUNTA DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación o hipótesis del estudio

¿Cómo percibe el personal de enfermería la cultura de seguridad del paciente en el área C200 del Hospital de Especialidades de Portoviejo?

Hipótesis nula: La puntuación en la medición de la percepción del paciente supera el límite establecido en el personal de enfermería del área C200 del Hospital de Especialidades de Portoviejo.

Hipótesis alterna: La puntuación en la medición de la percepción del paciente no supera el límite establecido en el personal de enfermería del área C200 del Hospital de Especialidades de Portoviejo.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Determinar de la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en el área C200 del hospital de especialidades de Portoviejo a través de una encuesta validada y propuesta de un plan de mejora, en Portoviejo Manabí Ecuador, durante el mes de abril del 2025.

3.2.Objetivos específicos

- Medir la percepción de seguridad del paciente que tienen los/las profesionales de enfermería del área C200 del hospital de Especialidades Portoviejo.
- Analizar los datos obtenidos en la encuesta para determinar la causa raíz de insatisfacción.
- Caracterizar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras.
- Plantear un plan de mejora en base a los resultados encontrados.

4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

4.1.Antecedentes

Según García R. et al (2023) tanto la seguridad percibida como la satisfacción laboral presentaron valores adecuados, superando ligeramente los resultados hallados en investigaciones nacionales similares, sin embargo, los facultativos manifestaron una percepción de seguridad menor que la del resto de grupos, en concordancia con los hallazgos del estudio sobre cultura de seguridad del Ministerio de Sanidad 2008. (Robles García , y otros, 2023). Las deducciones muestran que existe una relación entre la complacencia laboral y la cultura de seguridad, y permiten medir el grado de vínculo entre las variables. La Odds Ratio (OR) ajustada ayuda a identificar las variables más relacionadas con el efecto y a definir las áreas donde se pueden implementar mejoras.

Mella M. et al, (2021), Los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality, adaptada al español, mostraron una tasa de respuesta del 35,36%. El grupo con mayor participación fue el personal médico (32,3%), destacando el servicio de urgencias como el más involucrado (9%). El 86,4% de los encuestados indicó mantener contacto con pacientes. La mitad de los trabajadores calificó el clima de seguridad con puntuaciones entre 6 y 8. Además, el 82,8% no reportó eventos adversos en el último año. Los farmacéuticos evidenciaron la mayor cultura de seguridad, mientras que los celadores obtuvieron las puntuaciones más bajas. No se identificaron fortalezas globales, y se señalaron como debilidades las dimensiones 9 (dotación de personal) y 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente). (Mella Laborde M. , Gea Velázquez, Aranaz Andrés,

Ramos Forner, & Compañ Rosique, 2021).

Los profesionales de los servicios médicos mostraron una participación significativamente mayor en comparación con los de los servicios quirúrgico. Sin embargo, destaca el hecho de que la unidad de Cuidados Intensivo, pese a ser referente en la aplicación de programas de seguridad del paciente destinados a reducir la incidencia de Eventos Adversos (EA) graves, no haya sobresalido entre los servicios médicos con mayor participación. (Cabrejo, 2023). Las investigaciones efectuadas en Estados Unidos muestran resultados que presentan una leve ventaja a favor de los servicios quirúrgicos. (Mella Laborde M. , Gea Velázquez, Aranaz Andrés, Ramos Forner, & Compañ Rosique, 2021).

Según equipos de expertos en ciencias de la salud, el estudio “La seguridad del paciente en Urgencias y emergencias” ha favorecido la difusión de cultura de seguridad entre los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias (SUE). Además, ha permitido conocer de manera más detallada la situación de la seguridad del paciente (SP), lo que ha facilitado el planteamiento de estrategias específicas de mejora. Estas estrategias pueden desarrollarse de diferente manera, pero su evaluación continua resulta esencial para medir su eficacia, verificar el cumplimiento de los objetivos y promover la mejora constante de la calidad y la seguridad asistencial. (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud, 2023).

James Valencia. M. (2021) En los resultados generales, el 73,4% de los encuestados correspondió al personal asistencial. La unidad de Cuidados Intensivos fue el principal servicio representado (18,2%), y el grupo con mayor participación fue el de enfermeras y auxiliares de enfermería (45,7%). De las doce dimensiones analizadas, dos se identificaron como fortalezas: Aprendizaje Organizacional (81,5%) y trabajo en equipo (85,5%). El grado de seguridad percibido mostró correlaciones significativas en seis dimensiones, destacando Notificación de eventos y Aprendizaje Organizacional. (Jaimes Valencia, y otros, 2021).

4.2.Marco teórico

La cultura de seguridad del paciente hace referencia al conjunto de valores, actitudes, competencias, comportamientos y normas compartidas entre los profesionales de la salud que afectan la seguridad del paciente. Esta cultura es fundamental para promover la prevención de errores médicos, la gestión de riesgos y la mejora continua de los procesos asistenciales (Meléndez Mogollón, Macías Maroto, & Álvarez González, 2020).

Cuyas características clave se detallan a continuación.

- Compromiso organizacional: Un enfoque organizacional proactivo para asegurar la seguridad del paciente.
- Transparencia y reporte de errores: Fomentar un ambiente en el que los profesionales se sientan seguros para reportar errores sin temor a represalias.
- Educación continua: Programas de capacitación para mejorar las habilidades y conocimientos sobre la seguridad del paciente.
- Colaboración y comunicación efectiva: Interacción abierta y efectiva entre los miembros del equipo de salud para asegurar la atención del paciente. (Hernández Bermúdez, 2025).

La seguridad del paciente representa una labor compleja, en la que confluyen elementos del sistema sanitario y del comportamiento humano. Como disciplina del sector salud, aplica métodos científicos enfocados en garantizar la confiabilidad del sistema y en disminuir la probabilidad de eventos adversos asociados al proceso de atención. (Abril, Seguridad del paciente, 2020).

La teoría del sistema de seguridad Reason indica que la seguridad del paciente se ve afectada por una serie de fallos en el sistema, desde el nivel organizacional hasta el individual. La cultura de seguridad aborda las fallas sistémicas que pueden generar errores médicos. (Reason, 1990).

La OMS promueve un enfoque basado en líderes comprometidos, una organización que aprende, y la participación activa del personal en la mejora de la seguridad. Siendo una cultura de seguridad sólida ayuda a prevenir eventos adversos, para mejorar la confianza del paciente, y facilita un entorno en el que los profesionales de salud pueden trabajar con mayor eficacia y seguridad. (Bettina Perez, 2020).

La cultura organizacional representa los aspectos más estables y perdurables de una institución define su identidad y explica las razones por las cuales ocurren determinados fenómenos. Por su parte, el clima de seguridad refleja lo que acontece en un período específico y constituye el elemento conmensurable de dicha cultura de seguridad. (Mella Laborde M. , Gea Velázquez, Aranaz Andrés, Ramos Forner, & Compañ Rosique, 2021).

Evaluar el clima de seguridad del paciente es de gran importancia, pues ofrece una visión cuantitativa de la cultura de seguridad existente. Los resultados obtenidos sirven como base para la formulación de políticas que promuevan la seguridad del paciente y contribuyan a disminuir la ocurrencia de eventos adversos. (Fonseca Mesa, Serpa Pérez, & Arias Botero, 2021).

Dado que un evento adverso puede provocar daños significativos n la salud del paciente, es esencial que la institución brinde una respuesta inmediata y adecuada para facilitar su recuperación. (Universidad Internacional de Valencia, 2023).

La Organización mundial de la Salud (OMS) establece que existen dos tipos principales de Eventos Adversos claramente definidos. (OMS, 2016):

Los eventos adversos prevenibles son aquellos que ocurren como consecuencia de errores en la atención médica y que podrían haberse evitado mediante la aplicación de prácticas y procedimientos asistenciales eficaces. Entre los ejemplos más comunes se encuentran los errores de diagnóstico y medicación, las lesiones o complicaciones quirúrgicas y las infecciones nosocomiales. De acuerdo con estimaciones, 4 de cada 10 pacientes soportan algún tipo de daño durante la atención primaria o ambulatoria, de los cuales aproximadamente el 80% (entre el 23,6% y 85%) podrían prevenirse. (OECD, 2018) (OMS, 2016).

Los eventos adversos no prevenibles pueden ocurrir de manera imprevista y se consideran difícilmente evitables, incluso cuando se han cumplido adecuadamente los protocolos de seguridad del paciente. En estos casos, es fundamental implementar estrategias orientadas a minimizar su impacto en la atención médica. Como los eventos que incluyen las reacciones alérgicas a medicamentos y las lesiones ocasionadas por dispositivos médicos, ambas bajo circunstancias específicas. (Monteverde, Klappenbach, & Baliña, 2022).

La agudeza del error humano en el argumento profesional ha avanzado en las actuales

décadas desde incomparables acercamientos. Coexisten variados métodos y conocimientos que han sido perfeccionados en contextos donde la equívoca del error se ha indagado a fondo. Las primordiales inmediaciones a la disertación del error humano, se reúnen esencialmente en 4 orientaciones: externamente de la persona, simétrico en la persona, desde la interacción persona-máquina, y desde la relación persona-contexto. (Hernández Chang & Medina Macías, 2023).

En los sistemas de salud es necesario aplicar todas las medidas posibles para prevenir y reducir los daños, por medio de actividades organizadas como las siguientes: (Cabrejo, 2023):

- Garantizar el compromiso del personal directivo con el fortalecimiento de la seguridad, promoviendo una psicología de responsabilidad que prevalezca.
- Fomentar la seguridad en el entorno laboral y asegurar la inocuidad de los procesos hospitalarios y quirúrgicos.
- Desarrollar las competencias del personal sanitario y asistencial, impulsando la notificación efectiva y la labor en conjunto.
- Considerar las resoluciones de los usuarios y sus parientes en la formulación de políticas, la realización de saberes y la toma de disposiciones compartidas.
- Implementar medios de notificación de sucesos congruentes con la seguridad del paciente, con el propósito de aprender de ellos e incorporar mejoras continuas. (OMS, 2016).

Estos acontecimientos pueden generar consecuencias significativas y desfavorables para la salud de las personas que reciben atención en los centros médicos como ejemplo: (Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud, 2023):

- Reacciones alérgicas a medicamentos y aparición de efectos secundarios no previstos.
- Lesiones de tipo físico o psicológico derivadas del proceso asistencial.
- Deterioro del estado de salud y aumento de la carga de morbilidad.
- Infecciones nosocomiales adquiridas en hospitales u otros establecimientos de atención sanitaria.

- Discapacidad de larga duración o permanente.
- Muerte prematura. (Universidad Internacional de Valencia, 2023).

El rol que profesa la conducta humana tanto en la procreación como en la solución de eventualidades, la cultura y el ambiente laboral influyen directamente en el comportamiento, por lo que es importante considerarlos al planificar estrategias de enseñanza o medidas de mejora. (Rocco & Garrido, 2019).

Ciertas causas que se acentúan para esta mengua de la mortalidad y morbilidad:

- Exclusión de los factores de riesgo.
- Implementación de tecnologías avanzadas en materia de seguridad.
- Establecimiento de sistemas de vigilancia y alarmas.
- Desarrollo de programas de capacitación o entrenamiento especializado.
- Aplicación de sistemas de protección personal dirigidos directamente al paciente.

Percepción del Personal de Enfermería sobre la Seguridad del Paciente

Esta percepción influye en su comportamiento, compromiso y participación en actividades relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente. (Tello García, y otros, 2023). *Factores que influyen en la percepción:*

- Experiencia y formación: El nivel de formación y experiencia de los profesionales puede modificar su capacidad para identificar riesgos y tomar decisiones sobre seguridad.
- Condiciones laborales: Las cargas laborales y el estrés pueden alterar la percepción de seguridad, ya que los profesionales pueden no tener suficiente tiempo o recursos para seguir los protocolos de seguridad.
- Apoyo organizacional: La percepción de que la organización proporciona herramientas adecuadas y fomenta una cultura de seguridad influye en el comportamiento del personal. (Tello García, y otros, 2023).

La percepción de los enfermeros es crucial porque influye en su actitud hacia la gestión de riesgos y en la forma en que responden a incidentes relacionados con la seguridad. Una

percepción positiva fomenta la colaboración, el reportaje de errores y la aplicación de buenas prácticas (Rocco & Garrido, 2019).

La Seguridad del Paciente en los Servicios de Urgencias

La falta de recursos y la alta rotación de pacientes. En estos entornos, la seguridad del paciente es especialmente crítica. Desafíos en los SUE (Alcázar Marcillo, 2023):

- Alta carga de trabajo: El personal está sometido a estrés, lo que puede afectar su capacidad de tomar decisiones seguras.
- Variabilidad en la experiencia del personal: Las habilidades y conocimientos del personal pueden variar, lo que influye en la gestión de situaciones de urgencia.
- Condiciones cambiantes: La naturaleza impredecible de las emergencias crea dificultades en la implementación de protocolos estandarizados de seguridad.

Mejorar las condiciones laborales mediante rotación adecuada y descansos regulares puede reducir los errores derivados del agotamiento. También la formación en seguridad debe ser constante, enfocándose en técnicas de manejo de urgencias y protocolos específicos de seguridad en situaciones críticas. (Flores Villavicencio, Quiroz Benhumea, Méndez Salazar, & Dimas Altamirano, 2024).

El marco teórico de esta investigación destaca la importancia de comprender el discernimiento del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en los servicios de Urgencias (SUE), ya que estas percepciones influirán directamente en el comportamiento del personal y en la seguridad general del paciente. Además, el análisis de la situación en el Hospital de Especialidades de Portoviejo permitirá identificar áreas críticas y estrategias de mejora en la implementación de una cultura sólida de seguridad del paciente. (Rene Alvarez & Gonzalez Argote, 2022).

CAPITULO II

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación se llevará a cabo utilizando un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, ya que permitirá explorar y comprender las experiencias y percepciones de seguridad que tienen los/las profesionales de enfermería del área C200 en el hospital de Especialidades Portoviejo.

5.2. Diseño de investigación

Se utilizará un diseño trasversal descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta validada que se aplica una sola vez a la población del área C200, y es descriptiva ya que no se inferirá sobre los datos obtenidos.

5.3. Población y muestra

La población de esta investigación corresponderá a los/las profesionales de enfermería del área C200 que deseen participar en el estudio, y que hayan firmado consentimiento informado.

La encuesta se aplicó a toda la población del área C200, ya que, el universo cumple con los criterios de inclusión. La cantidad de personal de enfermería del área C200 se distribuye de la siguiente manera:

- 28 enfermeras
- 13 auxiliares de enfermería
- 10 internos de enfermería

TOTAL: 51

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

5.4.1. Criterios de inclusión

- Se incluirá a profesionales sanitarios de enfermería área C200 del Hospital de Especialidades Portoviejo.

- Profesionales sanitarios de enfermería área C200 que hayan firmado consentimiento informado, que no presenten impedimentos a la comunicación y accedan al cuestionario.
- Personal que pueda responder la encuesta en el idioma español.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Personal que no haya completado totalmente el cuestionario.
- Personal temporal o pasantes de la salud.
- Personal con menos de 3 meses de experiencia en el área C200.

5.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

5.5.1. Técnicas de investigación documentales

Las técnicas de investigación documental son herramientas fundamentales dentro del enfoque cualitativo y cuantitativo, ya que permiten recopilar, seleccionar, analizar e interpretar información proveniente de diversas fuentes escritas y digitales. Estas técnicas son clave para construir el marco teórico, los antecedentes y el sustento conceptual de la investigación.

En esta investigación, las técnicas documentales se utilizaron con el propósito de:

- Revisar literatura científica actualizada relacionada con la cultura de seguridad del paciente.
- Analizar estudios previos nacionales e internacionales sobre la percepción del personal de enfermería respecto a la seguridad del paciente.
- Consultar normativas y guías institucionales de seguridad en salud emitidas por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), y otras instituciones académicas y hospitalarias.
- Sustentar conceptualmente los ejes de análisis que estructuran esta investigación, especialmente en lo relacionado con la cultura organizacional, la gestión del riesgo y la calidad del cuidado.

Las fuentes utilizadas incluyeron:

- Artículos científicos indexados en bases de datos como Scielo, PubMed, Scopus y

Google Scholar.

- Tesis y trabajos académicos relacionados con la temática, obtenidos de repositorios universitarios ecuatorianos y latinoamericanos.
- Normativas institucionales y protocolos hospitalarios sobre seguridad del paciente.
- Documentos técnicos y guías elaboradas por entidades internacionales como la OMS, OPS y Joint Commission International.

5.5.2. Análisis documental

Se examinará, interpretará y sistematizará la información contenida en documentos escritos o digitales para obtener datos relevantes que permitan responder a las preguntas de investigación y sustentar el marco teórico y metodológico. Considerando los siguientes pasos:

- Selección de documentos relevantes
- Clasificación y organización
- Lectura crítica y extracción de información
- Comparación y contraste

5.5.3. Análisis de los 5 porqué

Se identificará la causa raíz de los problemas formulando la pregunta "¿por qué?" de manera repetida, generalmente cinco veces, hasta llegar a la raíz del problema observado. Como una herramienta de reflexión y diagnóstico para:

- **Comprender las causas profundas** de una percepción deficiente o limitada de la cultura de seguridad del paciente por parte del personal de enfermería.
- **Descomponer problemas complejos** en niveles más manejables para su análisis y abordaje.
- **Proponer soluciones efectivas**, que ataquen la causa raíz y no solo los problemas

5.5.4. Plan mejora

Se utilizará el cuestionario **HSOPS** de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al español*²⁰, el cuál analiza 12 dimensiones sobre la seguridad del paciente, este instrumento se aplicará a todo el personal de enfermería el área C200 del Hospital de especialidades de Portoviejo con la finalidad de establecer mediante estadística descriptiva

el nivel de percepción de la seguridad del paciente. Con los resultados obtenidos se clasificarán fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, mediante un análisis de cinco porqué se buscará posibles causas de los problemas encontrados y por último se planteará una propuesta de plan de mejora en buscará fortalecer los aspectos débiles detectados en torno a la seguridad del paciente y fomentar una cultura organizacional segura, proactiva y centrada en la calidad del cuidado.

5.6. Metodología de análisis

5.6.1. Procesamiento de datos

- Los cuestionarios se aplicarán teniendo un tiempo estimado de llenado de 1 hora.
- El análisis de los datos se realizará con Excel y el programa estadístico InfoStat.
- Toda la información proporcionada será confidencial.
- Se precautelará la confidencialidad de los datos proporcionados, siendo un proceso anónimo.
- Se detalla que la encuesta se realizó mediante encuesta en línea, sin opción a llenar dos veces, y sin opción a dejar datos en blanco para asegurar una base de datos completa.

El cuestionario o encuesta es una técnica de recolección de datos que consiste en la aplicación de un instrumento estructurado con preguntas cerradas y abiertas, diseñado para obtener información directa de los participantes sobre sus percepciones, conocimientos, actitudes y experiencias relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

En esta investigación, el cuestionario será utilizado para:

- **Evaluar la percepción del personal de enfermería** en el área C200 del Hospital de Especialidades de Portoviejo respecto a la cultura de seguridad del paciente.
- **Recolectar datos cuantitativos y cualitativos** que permitan analizar los factores que influyen en dicha percepción.
- **Identificar áreas de fortaleza y debilidad** en la implementación de prácticas de seguridad.

El instrumento aplicado fue adaptado y validado previamente, basándose en escalas reconocidas internacionalmente, como la *HSOPSC* desarrollada por el *AHRQ*, la cual evalúa diferentes dimensiones de la cultura de seguridad (AHRQ, 2005), tales como:

- Comunicación abierta.
- Reporte de errores.
- Apoyo de la dirección.
- Trabajo en equipo.
- Percepción del personal sobre la seguridad.

La encuesta se aplicó de manera anónima para garantizar la confidencialidad y la libertad de respuesta de los participantes, aumentando la veracidad y calidad de la información recolectada.

Instrumento

Como instrumento de medición se empleará la *HSOPS* de la *AHRQ adaptada al español*²⁰. (AHRQ, 2005). Se trata de un cuestionario autoadministrado con **52 ítems** relacionados con el clima de seguridad, agrupados en **12 dimensiones (Tabla 2.)**.

Los ítems **1 a 33** se valoran mediante una escala tipo Likert de cinco puntos: 1 (muy en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo), 5 (muy de acuerdo).

Los ítems **34 a 51** utilizan una escala de frecuencia con las siguientes categorías: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (A veces), 4 (Casi siempre), 5 (Siempre).

De acuerdo con el instrumento cada dimensión cada dimensión se clasifica en tres niveles según el porcentaje de respuestas positivas:

- **Fortaleza** $\geq 75\%$
- **Oportunidad de mejora** entre 50% hasta 74.9%
- **Debilidad** $< 50\%$

Además el cuestionario incluye una pregunta sobre la calificación global del clima de seguridad percibido (escala de 1 a 5), otra sobre la notificación de *Eventos Adversos (EA)* ocurridos durante el último año, y un bloque de preguntas sociodemográficas dirigidas a los profesionales participantes. (Jaimes Valencia, y otros, 2021).

Para el cuestionario HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture), no hay un umbral único universal, pero puntuaciones por encima de 80% sugieren un fuerte consenso y clima de seguridad positivo, mientras que por debajo de 60% es una alerta roja que requiere intervención urgente para cultura de seguridad; se analizan las puntuaciones por dimensión, buscando altos porcentajes en áreas como trabajo en equipo y condiciones laborales, y mejorando las más bajas, como "Clima de seguridad" si es necesario. (Amorim Ribeiro & da Silva Cunha, 2018), (León Avilés, Orellana Tolozano, & Verdezoto Zamora, 2024).

Tabla 1. Dimensiones y aspectos del cuestionario

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados	3 preguntas. Reporte de errores con o sin personal para dañar al paciente
Dimensión 2. Percepción de seguridad	4 preguntas. Prioridad para la seguridad y efectividad en los procedimientos
Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	4 preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente
Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3 preguntas. Aprendizaje a partir de errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y su evaluación
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	4 preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación	3 preguntas. Informes de la dirección sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos
Dimensión 7. Feed back y comunicación sobre errores	3 preguntas. Libertad para hablar de riesgos para los pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien
Dimensión 8. Respuestas no punitiva a los errores	3 preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias laborales
Dimensión 9. Dotación de personal	4 preguntas. Disponibilidad de personal y forma en que se organiza para cuidar a los pacientes
Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	3 preguntas. Interés de la dirección para crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre servicios/unidades	4 preguntas. Cooperación y agrado para trabajar, y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado de los pacientes
Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transacciones entre servicios/unidades	4 preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o la transferencia e pacientes entre servicios o unidades

Elaborado por: Patricia Bazurto

Fuente: *Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality*
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

5.6.2. Items formulados negativamente

En la **Tabla 2**. Se muestran las preguntas formuladas negativamente.

Tabla 2. Items formulados negativamente

Dimensión	Items
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción global de seguridad	10, 17
Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	21, 22
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Ninguno
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed-back y comunicación sobre errores	Ninguno
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16
Dotación de personal	5, 7, 14
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24, 28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25, 27, 29, 33

Fuente: *Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality.*

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

De forma general las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

En la **Tabla 3**. Se muestra la categorización de respuestas como negativas, neutral o positivas.

Tabla 3. Categorías de respuestas

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: *Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality.*

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

A partir de esta ecuación se determinan las frecuencias relativas correspondientes a cada clase, asimismo de manera individual como para el indicador global de cada dimensión. Los indicadores grupales de cada dimensión de la escala se obtienen mediante la aplicación de la siguiente ecuación. **(Ecuación 1):**

Ecuación 1. Fórmula de calificación de dimensión

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

Fuente: *Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality*

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

Para la clasificación de un ítem o dimensión como «**fortaleza**» se aplicaron los siguientes criterios alternativos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.

Para la clasificación de un ítem o una dimensión como «**oportunidad de mejora**» se aplicaron los siguientes criterios alternativos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005):

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

Para la clasificación de un ítem o dimensión como «**debilidad**» se aplicaron los siguientes criterios alternativos.

- $< 50\%$ de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
- $< 50\%$ de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de fortalezas y debilidades se llevó a cabo tanto para cada ítem individual como para el conjunto de las dimensiones evaluadas.

5.6.3. Calificación del clima de seguridad

La pregunta 43 valúa a través una escala de 0 a 10, la apreciación general del clima de seguridad. Aparte de este ítem, la cantidad de eventos notificados (pregunta 48) y las dimensiones “Percepción de seguridad” y “Frecuencia de eventos notificados”, se consideran medidas de deducción del clima de seguridad (AHRQ, 2005).

Para la investigación se considerará como satisfactorio una escala mayor o igual a 6. (Amorim Ribeiro & da Silva Cunha, 2018).

5.6.4. Consistencia interna de las dimensiones del cuestionario

Se estimó la consistencia interna mediante alfa de Cronbach (α) y coeficiente omega (ω) por dimensión. Los ítems formulados en sentido negativo fueron recodificados de manera inversa antes del análisis. Las dimensiones compuestas por un solo ítem no permiten la estimación de índices de consistencia interna. El coeficiente omega se prioriza para la interpretación debido a que no asume tau-equivalencia entre los ítems.

Tabla 4. Consistencia interna por dimensión estimada mediante alfa de Cronbach (α) y omega (ω)

Dimensión	Ítems	α	ω	Interpretación
Percepción global de seguridad	10, 17	Bajo	0.25	Consistencia interna no aceptable
Expectativas y acciones de la dirección / supervisión	21, 22	Bajo	0.40	Consistencia interna no aceptable
Franqueza en la comunicación	39	—	—	No estimable (1 ítem)
Respuesta no punitiva a los errores	8, 12, 16	Bajo	0.31	Consistencia interna no aceptable
Dotación de personal	5, 7, 14	Bajo	0.01	Consistencia interna no aceptable
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31	—	—	No estimable (1 ítem)
Trabajo en equipo entre unidades	24, 28	Bajo	0.00	Consistencia interna no aceptable
Problemas en cambios de turno y transiciones	25, 27, 29, 33	Bajo	0.41	Consistencia interna no aceptable

*) : > 0.6 : aceptable; >0,7:buena ;> 0.8: excelente

Fuente: *Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality*
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

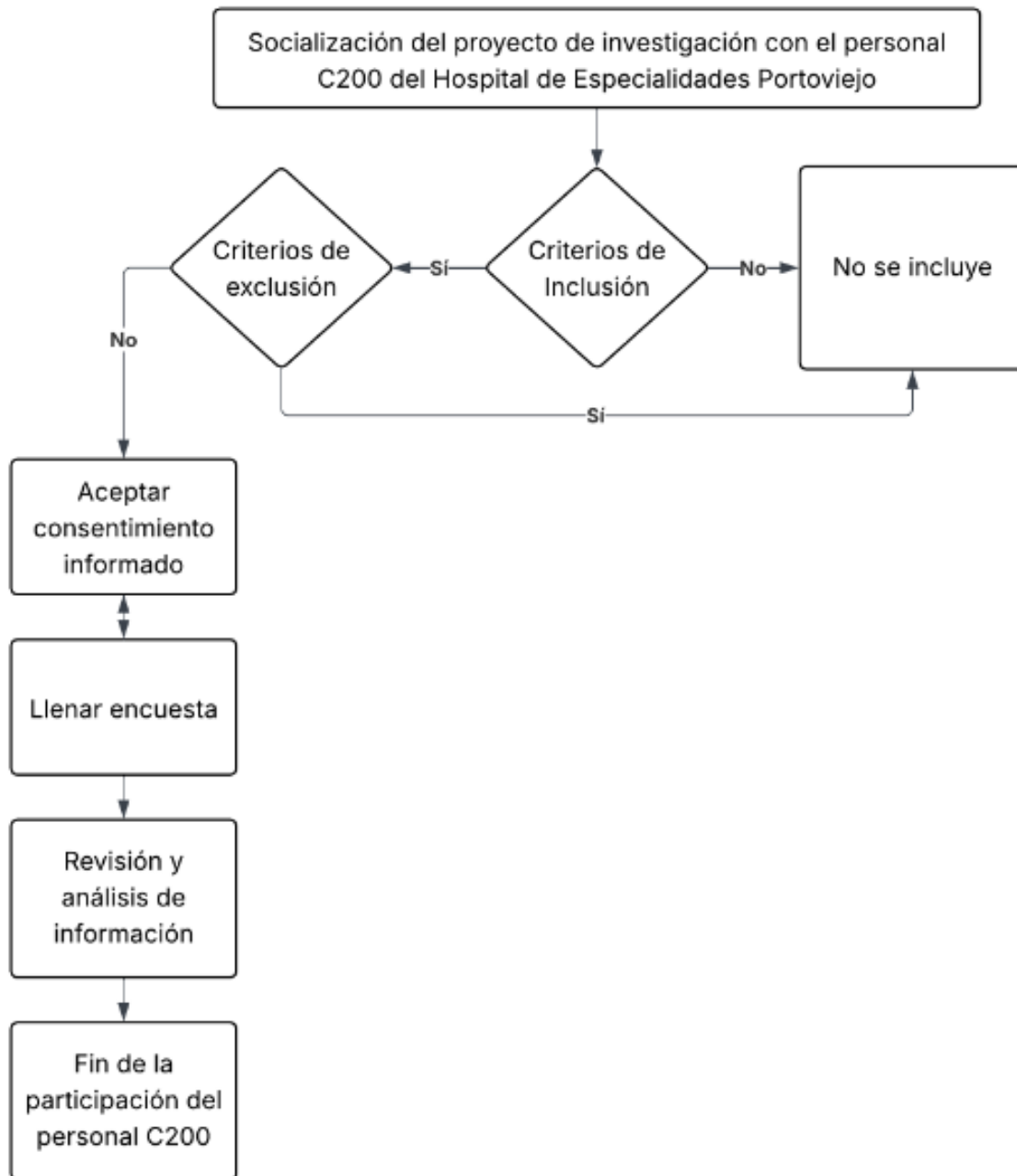
Fuente: [Excel](#), [InfoStat](#)

5.7. Metodología de análisis

5.7.1. Algoritmo de trabajo

El algoritmo de trabajo se muestra en la **Ilustración 1**.

Ilustración 1. Algoritmo de trabajo



Elaborado por: Patricia Bazurto

Fuente: https://lucid.app/lucidchart/3b91e880-3a0e-4f22-9bf3-f58ae78161e1/edit?invitationId=inv_9d27e88e-0a5f-4554-88bc-950221153a42&page=0_0#

5.7.2. Técnicas del procesamiento de información

Se utilizó el programa Microsoft Excel para la elaboración y gestión de la base de datos correspondientes a los resultados de la encuesta, así como de la encuesta *Versión en español de la AHRQ* aplicada de manera simultánea y en formato en línea a los participantes del estudio. La percepción de la calidad y las demás dimensiones evaluadas, se describieron mediante el uso de frecuencias y porcentajes.

5.7.3. Análisis estadístico

Para la presente investigación se emplearon herramientas de estadística descriptiva, que permitieron realizar el análisis de frecuencias, así como calcular medidas de dispersión y aplicar el análisis de Pareto para la evaluación dimensional.

5.8. Consideraciones éticas y de género

Se siguieron las pautas éticas para la investigación en seres humanos, asegurando la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes antes aplicar el cuestionario, explicándoles el propósito del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento.

Respeto. -Se garantizó que los profesionales sanitarios que participen sean tratados con respeto y dignidad en todo momento, siendo plenamente informados sobre el propósito de la investigación, sus derechos como participantes, y el uso de la información proporcionada.

Justicia. - En este estudio, se garantizó que todos los profesionales sanitarios del Hospital de Especialidades de Portoviejo que cumplieron con los criterios de inclusión tengan la oportunidad de participar.

Autonomía. - La autonomía de los participantes fue respetada en todo momento. Antes de su participación, se proporcionó a cada participante toda la información necesaria de manera clara y comprensible, para que puedan tomar una decisión informada sobre su participación. Esto incluyó detalles sobre los objetivos del estudio, las instrucciones de recolección de datos, los potenciales peligros y beneficios, así como su derecho a desistir del estudio en cualquier instante.

Esta investigación fue de riesgo mínimo, ya que no se vulnerarán los derechos de los participantes. Todos los datos recolectados fueron tratados de manera confidencial y no serán revelados. Los datos fueron tomados de manera general por área para garantizar la privacidad. La información obtenida será resguardada por un período de dos años, conforme a lo estipulado en el Art. 10, literal a, de la normativa vigente en Ecuador sobre el manejo y archivo de documentos confidenciales.

Los datos obtenidos mediante el cuestionario fueron custodiados conforme a la normativa nacional vigente. La información se recolectó de forma anónima, se almacenó en archivos físicos y digitales con acceso restringido y fue utilizada exclusivamente con fines académicos y de mejora institucional, garantizando la confidencialidad de los participantes.

Las consideraciones de género durante la investigación fueron:

- Definir los objetivos y preguntas de la investigación considerando la perspectiva de género.
- Considerar quiénes serán los beneficiarios de los resultados.
- Garantizar que los resultados sean relevantes para la sociedad.
- Promover la igualdad de género en el equipo de investigación.
- Informar los resultados de manera sensible al género.
- Utilizar un lenguaje imparcial.

5.9. Fases de ejecución

Tabla 5. Cronograma de tiempo de ejecución de actividades

FASE	NOMBRE	ACTIVIDADES	FECHA
1	Planificación y Preparación	Revisión de la literatura	Febrero y Marzo
		Definición de objetivos	Marzo
		Elección del cuestionario	Marzo
		Selección de los Participantes.	Abril
2	Recolección de Datos	Aplicación de cuestionarios	Abril
3	Análisis de Datos	Organización de la información	Mayo y Junio
4	Interpretación y Conclusiones	Interpretación de los Datos	Julio
		Validación de Resultados	Julio y Agosto
		Propuestas de mejora,.	Septiembre
		Elaboración del Informe Final	Octubre

Elaborado por: *Patricia Bazurto*

Fuente: *Investigación*

CAPITULO III

6. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

6.1.Generalidades

6.1.1. Análisis de las dimensiones

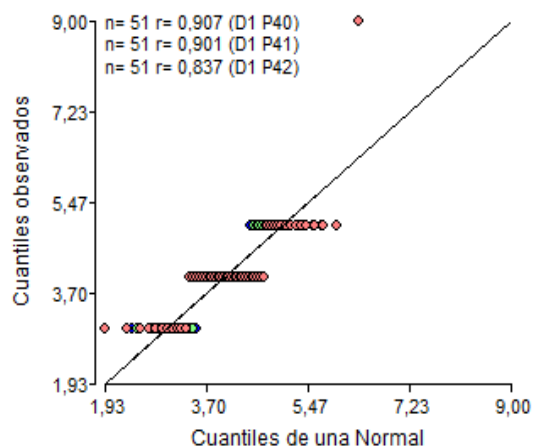
Se realizaron tablas de contingencia y gráficas de dispersión para el análisis descriptivo por pregunta y por dimensión, a continuación, se mostrarán aquellos resultados más relevantes a la investigación;

Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados

- P40, P41, P42. Según **Anexo 1**.

En la primera dimensión **Ilustración 2**, se puede observar que existe alta relación y consistencia entre las 3 preguntas del grupo, estableciéndose como una dimensión fortalecida.

Ilustración 2. Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados



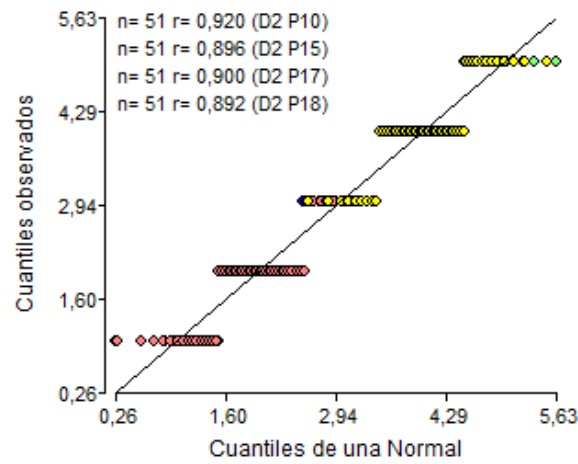
Elaborado por: Patricia Bazarro
Fuente: Investigación (Excel, InfoStat)

Dimensión 2. Percepción de la seguridad

- P10, P15, P17, P18. Según **Anexo 1**.

En la segunda dimensión **Ilustración 3**, se observa alta relación en las 4 preguntas por lo que existe alta percepción de seguridad. Estableciéndose como una dimensión fortalecida.

Ilustración 3. Dimensión 2. Percepción de la seguridad



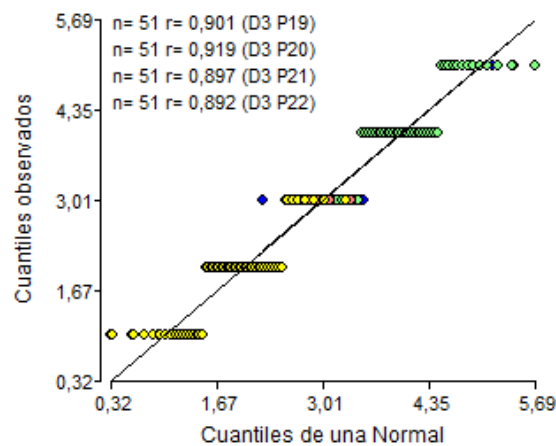
Elaborado por: Patricia Bazurto
Fuente: Investigación (Excel, InfoStat)

Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección

- P19, P20, P21, P22. Según Anexo 1.

En la tercera dimensión **Ilustración 4**, se establece alta relación con tendencia a respuestas neurales, por lo que las expectativas y acciones de las direcciones se presentan claramente definidas. Estableciéndose como una dimensión fortalecida.

Ilustración 4. Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección



Elaborado por: Patricia Bazurto
Fuente: Investigación (Excel, InfoStat)

Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

- P6, P9, P13. Según **Anexo 1**.

La cuarta dimensión muestra una relación entre las respuestas es altamente consistente por lo que el aprendizaje organizacional y la mejora continua están definidas, siendo la P6 la que posee menor desviación, se establece como una dimensión que puede mejorar en las acciones de prevención de fallos.

Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad

- P1, P3, P4, P11. Según **Anexo 1**.

La dimensión 5 se establece altamente alineada por lo que se define el trabajo en equipo, siendo la P3 la que tiene menor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar en el respeto, apoyo a los compañeros.

Dimensión 6. Franqueza en la comunicación

- P35, P37, P39. Según **Anexo 1**.

La dimensión 6 se establece altamente alineada en cuanto a sus respuestas de franqueza en la comunicación, siendo la P37 la que tiene menor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar en los cuestionamientos a los superiores.

Dimensión 7. Feed back y comunicación sobre errores

- P34, P36, P38. Según **Anexo 1**.

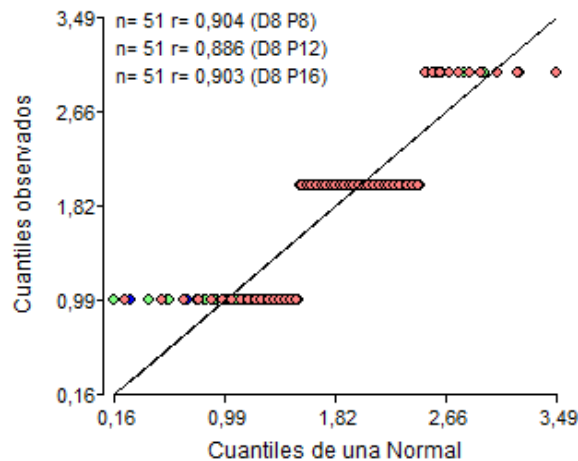
La dimensión 7 se establece altamente alineada en Feedback, siendo la P34 la que tiene mayor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar en los cuestionamientos sobre el Feedback en la comunicación de errores.

Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores

- P8, P12, P16. Según **Anexo 1**.

En la octava dimensión **Ilustración 5**, se establece alta relación a sus respuestas, por lo que no se presentan respuestas no punitivas a los errores. Estableciéndose como una dimensión fortalecida.

Ilustración 5. Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores



Elaborado por: Patricia Bazurto
Fuente: Investigación (Excel, InfoStat)

Dimensión 9. Dotación de personal

- P2, P5, P7, P14. Según **Anexo 1**.

La dimensión 9 se establece altamente alineada en sus respuestas, siendo la P5 la que tiene menor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar en los cuestionamientos sobre la dotación del personal y trabajo bajo presión.

Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

- P23, P30, P31. Según **Anexo 1**.

La dimensión 10 se establece altamente alineada en sus respuestas, siendo la P23 la que tiene menor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar el trabajo a presión.

Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades

- P24, P26, P28, P32. Según **Anexo 1**.

La dimensión 11 se establece altamente alineada en sus respuestas, siendo la P24 la que tiene mayor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar la coordinación de las unidades.

Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios

- P25, P27, P29, P33. Según **Anexo 1**.

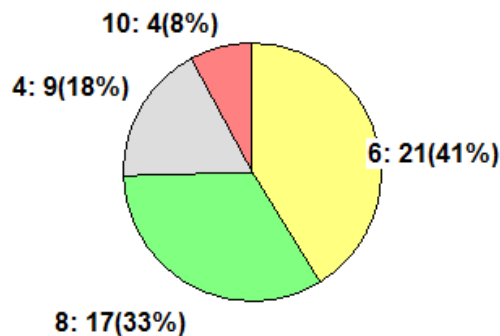
La dimensión 12 se establece altamente alineada en sus respuestas, siendo la P27 la que tiene mayor desviación se establece como una dimensión que se puede mejorar los problemas con los cambios de turno por pérdida de información y atención al paciente.

P43. Clima de seguridad

Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

El clima de seguridad mostró una media de 6,63 en sus respuestas por lo que se puede decir que es aceptable aunque puede ser mejor. En la **Ilustración 6**, se puede observar la distribución de la calificación.

Ilustración 6. P43. Clima de seguridad



Elaborado por: Patricia Bazarro
Fuente: Investigación (Excel, InfoStat)

La calificación global de la seguridad del paciente (ítem P43) presentó una media de 6,63 (DE = 1,72). La mediana fue de 6, con un rango intercuartílico de 2 (Q1 = 6; Q3 = 8), lo que evidencia una dispersión moderada de las percepciones del personal, concentradas principalmente entre valores medios y altos de la escala.

CAPITULO IV

6.2.Análisis De Los Resultados

En la presente investigación se recopiló la información de 51 personas que cumplieron los criterios de selección y que aceptaron participar en el estudio dentro del mes de abril del 2025.

6.2.1. Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades.

De las 12 dimensiones empleadas en el cuestionario, y según la caracterización de preguntas positivas, neutras o negativas indicadas en la **Tabla 2**. Se calculó según la **Ecuación 1**, las dimensiones que representan una fortaleza, oportunidad de mejora o debilidad según el porcentaje de respuestas positivas o negativas contestadas individualmente y por dimensión.

Así también según el análisis descriptivo. Se obtuvo una observación previa mediante frecuencias, desviación estándar de la relación de las preguntas y su dimensión.

Las primeras 42 preguntas se evaluación según la **Ecuación 1**. La pregunta 43 categoriza directamente la percepción de la calidad de la seguridad del paciente por parte del personal de enfermería de la unidad C200 en el hospital de especialidades Portoviejo.

- De la pregunta 44 a 51 son preguntas generales para complementar la información de los encuestados.
- La pregunta 52 son comentarios voluntarios de los encuestados.

Obteniendo un análisis preliminar descriptivo por pregunta y dimensión.

A continuación, se observa en la **Tabla 6**. Los resultados utilizando la **Ecuación 1**. Para obtener las dimensiones que representan una fortaleza o una debilidad.

Los coeficientes alfa y omega obtenidos evidencian niveles bajos de consistencia interna en todas las dimensiones evaluadas. La concordancia entre ambos índices refuerza la interpretación de una limitada homogeneidad interna de los ítems en la muestra analizada.

Tabla 6. Clima de seguridad del paciente, Fortalezas y Debilidades

DIMENSIÓN	PREGUNTA	TIPO	CONTEO P.	%	ANÁLISIS POR PREGUNTA	CONTEO D.	%	ANÁLISIS POR DIMENSIÓN
1	40	P	39	76%	FORTALEZA	118	77%	FORTALEZA
	41	P	40	78%	FORTALEZA			
	42	P	39	76%	FORTALEZA			
2	10	N	38	75%	FORTALEZA	166	81%	FORTALEZA
	15	P	43	84%	FORTALEZA			
	17	N	43	84%	FORTALEZA			
3	18	P	42	82%	FORTALEZA	159	78%	FORTALEZA
	19	P	34	67%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	20	P	38	75%	FORTALEZA			
4	21	N	43	84%	FORTALEZA	82	54%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	22	N	44	86%	FORTALEZA			
	6	P	26	51%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
5	9	P	27	53%	OPORTUNIDAD DE MEJORA	128	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	13	P	29	57%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	1	P	32	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
6	3	P	31	61%	OPORTUNIDAD DE MEJORA	90	59%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	4	P	32	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	11	P	33	65%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
7	35	P	27	53%	OPORTUNIDAD DE MEJORA	86	56%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	37	P	23	45%	DEBILIDAD			
	39	N	40	78%	FORTALEZA			
8	34	P	33	65%	OPORTUNIDAD DE MEJORA	127	83%	FORTALEZA
	36	P	22	43%	DEBILIDAD			
	38	P	31	61%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
9	8	N	41	80%	FORTALEZA	149	73%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	12	N	45	88%	FORTALEZA			
	16	N	41	80%	FORTALEZA			
10	2	P	28	55%	OPORTUNIDAD DE MEJORA	99	65%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	5	N	43	84%	FORTALEZA			
	7	N	37	73%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
11	14	N	41	80%	FORTALEZA	111	54%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	23	P	22	43%	DEBILIDAD			
	30	P	39	76%	FORTALEZA			
12	31	N	38	75%	FORTALEZA	128	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	24	N	27	53%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	26	P	23	45%	DEBILIDAD			
12	28	N	24	47%	DEBILIDAD	128	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	32	P	37	73%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	25	N	33	65%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
12	27	N	23	45%	DEBILIDAD	128	63%	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	29	N	36	71%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			
	33	N	36	71%	OPORTUNIDAD DE MEJORA			

Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación (Excel)

En la **tabla 6.** se observa que, en la tercera dimensión, la pregunta 19 (*Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente*) representando el 67% de respuestas positivas se establece como oportunidad de mejora, sin embargo, como dimensión sigue siendo una Fortaleza.

La cuarta y quinta dimensión marcadamente tanto en preguntas como en dimensiones se muestran como oportunidades de mejora.

La sexta dimensión muestra una debilidad en la pregunta 37 (*El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores*) representando el 45% de respuestas positivas se establece como debilidad, sin embargo, como dimensión sigue siendo oportunidad de mejora. Al igual sucede con la séptima dimensión pregunta 36 (*Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.*), dimensionalmente sigue siendo oportunidad de mejora.

La novena dimensión muestra dos preguntas como fortaleza y dos preguntas como oportunidad

de mejora, marcándose la dimensión como oportunidad de mejora.

La dimensión 10 muestra la pregunta 23 como debilidad (*Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa*), además de dos fortalezas, marcando la dimensión como oportunidad de mejora.

La dimensión 11 tiene como debilidad la pregunta 26 y 28, además de una oportunidad de mejora, marcando la dimensión como oportunidad de mejora.

La dimensión 12 tiene como debilidad la pregunta 27 (*En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente*) y las demás preguntas como oportunidad de mejora, marcando la dimensión como oportunidad de mejora.

En la **Tabla 7**, se observa el resumen del análisis de las dimensiones. Siendo fortalezas la dimensión 1, 2, 3 y 8. Y oportunidades de mejora la 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 y 12. Total de fortalezas 33% (4 dimensiones). Total de oportunidades de mejora 67% (8 dimensiones).

Tabla 7. Resumen por dimensión

DIMENSIÓN	CONTEO	ANÁLISIS DIMENSIONAL
Dimensión 1. Frecuencia de eventos notificados	118	77%
Dimensión 2. Percepción de la seguridad	166	81%
Dimensión 3. Expectativas y acciones de la dirección	159	78%
Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	82	54%
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad	128	63%
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación	90	59%
Dimensión 7. Feed back y comunicación sobre errores	86	56%
Dimensión 8. Respuesta no punitiva a los errores	127	83%
Dimensión 9. Dotación de personal	149	73%
Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	99	65%
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades	111	54%
Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios	128	63%

Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación (Excel)

6.2.2. Evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras.

Para la evaluación de las preguntas valoradas negativamente se y establecidas como oportunidades de mejora se realizó un análisis de Pareto para relacionar un 80/20 de oportunidades de mejora en las dimensiones identificadas.

6.2.3. Diagrama De Pareto Para Las Oportunidades De Mejora

En la **Ilustración 7**. Se observa en orden la cantidad de respuestas positivas obtenidas por cada dimensión, las mismas que no alcanzaron al menos el 75% del total de respuestas se establecieron como oportunidades de mejora aquellas que alcanzaron entre 50 y 74,99%.

Con el fin de facilitar la aplicación del principio de Pareto (80/20) y priorizar las áreas de intervención, las dimensiones del cuestionario identificadas como oportunidades de mejora fueron reagrupadas en categorías estratégicas, considerando su afinidad conceptual y su impacto organizacional.

Las dimensiones se organizaron en cuatro categorías principales, las cuales permiten una interpretación integrada de los resultados y orientan la toma de decisiones para el plan de mejora:

1. **Gestión directiva:** Incluye las dimensiones relacionadas con el liderazgo institucional, el apoyo de la gerencia y las acciones de supervisión orientadas a la seguridad del paciente. Esta categoría agrupa los factores que dependen directamente de la toma de decisiones a nivel directivo y de la asignación de recursos.
2. **Unidad del equipo:** Comprende las dimensiones asociadas al trabajo colaborativo dentro y entre las unidades, así como a la dotación de personal. Esta categoría refleja la capacidad del equipo para coordinarse eficazmente en el desarrollo de las actividades asistenciales.
3. **Comunicación:** Agrupa las dimensiones vinculadas con la franqueza en la comunicación, la respuesta no punitiva ante los errores y los procesos de entrega-recepción de turnos y transiciones entre servicios. Esta categoría representa los factores comunicacionales críticos para la prevención de eventos adversos.
4. **Mejora continua:** Incluye las dimensiones relacionadas con el aprendizaje organizacional, la notificación de eventos y la implementación de acciones correctivas. Esta categoría permite identificar oportunidades orientadas al fortalecimiento de una cultura de seguridad basada en la mejora permanente.

Tabla 8. Categorización de las dimensiones con oportunidades de mejora

DIMENSIÓN
Dimensión 9. Dotación de personal
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad
Dimensión 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades
Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación
Dimensión 7. Feed back y comunicación sobre errores
Dimensión 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

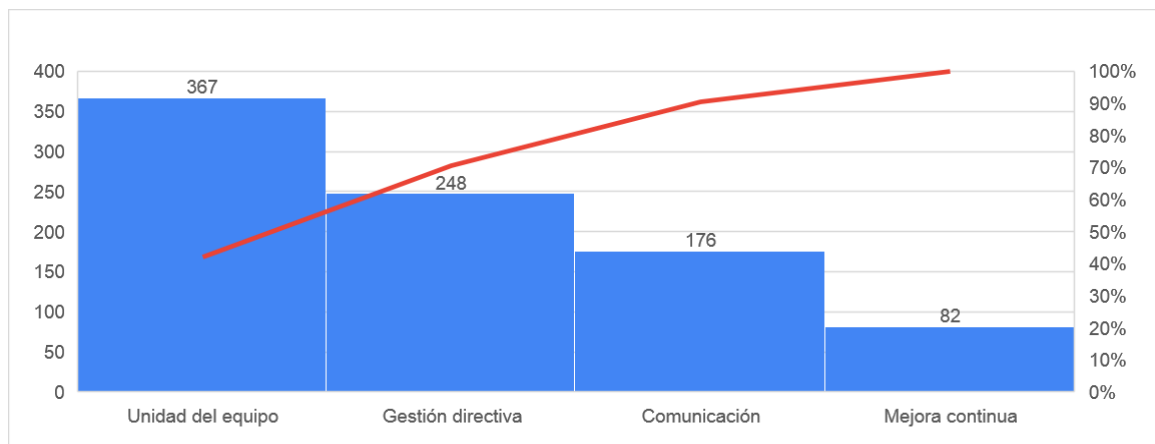
Gestión directiva
Unidad del equipo
Comunicación
Mejora continua

Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación (Excel)

Se puede observar que el 91% de las oportunidades de mejora se encuentran en la comunicación, como se muestra en el diagrama de Pareto.

Ilustración 7. Diagrama de Pareto para oportunidades de mejora



Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación (Excel)

En la **tabla 8**, se detallan en base a los resultados obtenidos se analizarán mediante los 5 porqué, las oportunidades de mejora identificadas.

Lo cual permitiría lograr los siguientes objetivos:

- Identificar debilidades y fortalezas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente, mediante el análisis de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada al personal de enfermería.
- Diseñar estrategias específicas dirigidas a mejorar los aspectos críticos relacionados con la seguridad del paciente, como la comunicación, reporte de eventos adversos, trabajo en equipo y aprendizaje organizacional
- Fomentar una cultura de mejora continua, promoviendo la participación activa del personal de enfermería en acciones que refuercen las buenas prácticas de seguridad del paciente.
- Capacitar al personal de enfermería en aspectos clave de la cultura de seguridad del paciente, fortaleciendo sus conocimientos, actitudes y habilidades para prevenir errores y eventos adversos.
- Establecer mecanismos de seguimiento y evaluación del plan de mejora, para medir el impacto de las intervenciones implementadas y garantizar la sostenibilidad de los cambios propuestos.

6.2.4. Análisis de los 5 porqués

Tabla 9. Análisis de 5 porqué

Dimensión	Porque 1	Porque 2	Porque 3	Porque 4	Porque 5	Resultado
Dimensión 9. Dotación de personal	<p>¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?</p> <p>Esta dimensión se establece con un 73% de respuestas positivas como oportunidad de mejora, muy cerca de ser fortaleza, sin embargo, la pregunta 2 (demasiada carga de trabajo) y 7 (demasiados sustitutos) se obtuvo 55% y 73% respectivamente.</p>	<p>¿Por qué existe demasiada carga de trabajo?</p> <p>No se cuenta con la cantidad adecuada de personal de enfermería para cubrir todas las necesidades.</p>	<p>¿Por qué no se cuenta con la cantidad adecuada de personal para cubrir todas las necesidades?</p> <p>Se priorizan otras áreas o se subestima la importancia de la enfermería dentro del sistema</p>	<p>¿Por qué se priorizan otras áreas del sistema?</p> <p>Muchos tomadores de decisiones no comprenden completamente el alcance, la formación y la importancia del trabajo de enfermería.</p>	<p>¿Por qué los tomadores de decisiones comprenden el alcance de la importancia del trabajo de enfermería?</p> <p>En algunos casos, la profesión de enfermería no ha desarrollado suficientes mecanismos de comunicación, incidencia política o visibilidad pública para posicionar su valor ante la sociedad y las autoridades.</p>	<p>La falta de personal y sobrecarga de trabajo se debe a la priorización de otras áreas por parte de los tomadores de decisiones, ya que el alcance, formación y mecanismos de comunicación en la profesión de enfermería se debe posicionar.</p>
Dimensión 5. Trabajo en equipo en la unidad	<p>¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?</p> <p>Esta dimensión se establece con un 63% de respuestas positivas como oportunidad de</p>	<p>¿Por qué existe la falta de apoyo entre compañeros?</p> <p>Cuando el personal está estresado, agotado o saturado, su capacidad para</p>	<p>¿Por qué existe la sobrecarga laboral disminuye la capacidad de ayudar a otros?</p> <p>El estrés constante produce un estado de</p>	<p>¿Por qué el estrés hace que se centren únicamente en sus propias responsabilidades de turno?</p> <p>El estrés activa el</p>	<p>¿Por qué el estrés activa el sistema nervioso ante la sobrecarga laboral?</p> <p>El cerebro no distingue entre un</p>	<p>La falta de colaboración en la unidad se debe al estrés de sobrecarga del personal que activa</p>

	mejora, la 4 pregunta de la dimensión tiene una tendencia marcada en sus respuestas sobre falta de apoyo entre compañeros de la unidad.	ayudar a otros disminuye.	hipervigilancia y autoprotección: las personas se centran en sus propias responsabilidades y en "sobrevivir el turno".	sistema nervioso simpático, el mismo que responde al peligro. Ante la sobrecarga, el cuerpo y la mente se enfocan en "hacer lo necesario para resistir", lo que limita la atención hacia lo externo.	peligro físico real (como un incendio) y un peligro psicológico o emocional (como la presión excesiva en el trabajo).	el sistema nervioso para resistir a la presión durante su turno.
Dimensión 12. Problemas en cambio de turno	<p>¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?</p> <p>Esta dimensión se establece con un 63% de respuestas positivas como oportunidad de mejora, también muestra una debilidad en la P27 respectivamente <i>(se puede mejorar los problemas con los cambios de turno por perdida de información y atención al paciente).</i></p>	<p>¿Por qué existen problemas de pérdida de información con los cambios de turno?</p> <p>Cada profesional suele dar prioridad a diferentes detalles, lo que crea inconsistencias en la comunicación.</p>	<p>¿Por qué existen inconsistencias en la comunicación con los cambios de turno?</p> <p>La sobrecarga de trabajo, los retrasos en la llegada del nuevo turno o la urgencia por salir del trabajo provocan que el pase se haga de forma apurada y parcial.</p>	<p>¿Por qué la sobrecarga de trabajo influye en la información parcial del cambio de turno?</p> <p>Cuando hay sobrecarga, el personal saliente está hasta el último minuto resolviendo tareas pendientes (medicación, documentación, procedimientos). Esto reduce o elimina el tiempo necesario para preparar y realizar una entrega de turno completa y</p>	<p>¿Por qué la entrega de información apresurada de último momento lleva a la omisión de información clave?</p> <p>Bajo presión de tiempo, el cerebro se enfoca en "lo más visible o urgente", dejando fuera detalles menos evidentes, pero igual de importantes (por ejemplo: cambios sutiles en el estado del paciente, antecedentes relevantes, dificultades en el</p>	<p>La falta de tiempo para entregar oportuna, clara y completamente la información durante el cambio de turno se debe a la sobrecarga de trabajo, interrupciones por emergencias que ocasionan que bajo presión se comunique lo más urgente y no una información completa.</p>

				ordenada, lo que lleva a omitir información clave.	cuidado). Esto lleva a una comunicación reactiva y parcial, en lugar de una transferencia planificada y estructurada.	
Dimensión 11. Trabajo en equipo entre unidades	<p>¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?</p> <p>Esta dimensión se establece con un 54% de respuestas positivas como oportunidad de mejora, sin embargo, la pregunta 26 (Cooperación entre unidades) y 28 (incomodidad al trabajar con otras unidades) se obtuvo 45% y 47% respectivamente como debilidades.</p>	<p>¿Por qué existe falta de coordinación e incomodidad al trabajar con las otras unidades?</p> <p>Cuando una unidad está más sobrecargada que otra, se generan tensiones e incomodidades al pedir apoyo o colaboración.</p>	<p>¿Por qué unas unidades están más sobrecargadas que otras?</p> <p>Algunas unidades tienen menos enfermeras o personal de apoyo en proporción a la cantidad o complejidad de pacientes.</p>	<p>¿Por qué unas unidades tienen menos enfermeros que otras?</p> <p>A veces se siguen usando modelos antiguos para distribuir el trabajo sin considerar que ciertas unidades han crecido en volumen, tecnología o complejidad.</p>	<p>¿Por qué se siguen usando modelos antiguos para distribuir trabajo a las unidades?</p> <p>No realizan estudios periódicos de carga laboral o demanda asistencial por unidad.</p>	<p>La incomodidad a colaborar con otras áreas se debe a que no existe equidad en la distribución del personal entre áreas, lo que es ocasionado por la falta de estudios de demanda por unidad.</p>
	<p>¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?</p> <p>Esta dimensión se establece con un 65% de respuestas positivas como oportunidad de mejora, sin embargo, la pregunta 23</p>	<p>¿Por qué existe el trabajo a presión y de prisa?</p> <p>La acumulación de tareas, trámites, documentación y cuidados aumenta la presión para completar todo en el</p>	<p>¿Por qué existe acumulación de tareas y sobre carga de trabajo?</p> <p>Cuando no hay el número adecuado de profesionales para cubrir todas las actividades, las</p>	<p>¿Por qué no se cuenta con un número adecuado de profesionales por turno?</p> <p>Se priorizan gastos en otros rubros o áreas, dejando menos presupuesto</p>	<p>¿Por qué se priorizan los rubros para otras unidades médicas?</p> <p>Muchas veces no se valora adecuadamente la importancia del trabajo de</p>	<p>El trabajo bajo presión causa la acumulación de tareas por falta de personal en la unidad y los turnos debido a la priorización de</p>

Dimensión 10. Apoyo de la gerencia del hospital	<i>(Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.)</i> con el 43% respectivamente como debilidad.	tiempo disponible.	tareas se acumulan porque los pocos que están deben atender más responsabilidades de las que pueden manejar en su turno.	para enfermería u otras unidades.	enfermería para la atención integral del paciente.	otras áreas.
Dimensión 6. Franqueza en la comunicación	¿Por qué se percibe esta dimensión con baja puntuación?	¿Por qué existe el temor a cuestionar con libertad las decisiones de sus superiores?	¿Por qué temen a equivocarse y no poder defender su punto?	¿Por qué temen ser juzgados si se comente un error o su argumento no es sólido?	¿Por qué cometer errores hace parecer inseguro y amenaza la aceptación?	La franqueza en la comunicación se ve afectada en el cuestionamiento de los superiores, debido al temor a equivocarse, parecer inseguro, no capaz, ser rechazado o menos confiable en cuanto a su reputación profesional.
	Esta dimensión se establece con un 59% de respuestas positivas como oportunidad de mejora, sin embargo, la pregunta 37 <i>(El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.)</i> con el 45% respectivamente como debilidad.	Temen equivocarse o no tener argumentos suficientes para defender su punto.	Temen ser juzgados negativamente por colegas o superiores si cometen un error o si su argumento no es sólido.	Cometer errores o parecer inseguros puede hacer que otros nos vean de forma negativa, lo que amenaza la aceptación.	Esto puede hacer que otros perciban a la persona como menos capaz o confiable, afectando su reputación profesional y social.	

Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación

7. DISCUSIÓN

La HSOPSC, desarrollada por la AHRQ, es un instrumento reconocido para evaluar la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Su versión en español ha sido adaptada y utilizada en diversos contextos de América Latina, ofreciendo información clave para impulsar mejoras en la seguridad de la atención sanitaria. (Ho Imran Ho, Hasni Jaafar, & Mohammed Nawi , 2024).

La baja consistencia interna observada mediante alfa y omega puede atribuirse al reducido número de ítems por dimensión, así como a la heterogeneidad conceptual de algunos constructos. Adicionalmente, el tamaño muestral ($n = 51$) puede haber limitado la estabilidad de las estimaciones. Estos resultados deben interpretarse con cautela y no invalidan el análisis descriptivo por ítem ni la identificación de áreas de fortaleza y oportunidad de mejora.

Según el estudio de Imran Ho, D.S.H., Jaafar, M.H. & Mohammed Nawi Los instrumentos más utilizados para comprender la cultura de seguridad de una organización y los determinantes de la seguridad del paciente son la Encuesta HSOPSC de la AHRQ y el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) desarrollado por la Universidad de Texas. La primera versión de la HSOPSC fue publicada por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica de los Estados Unidos (AHRQ) en 2004 para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención médica. (Ho Imran Ho, Hasni Jaafar, & Mohammed Nawi , 2024).

Se identificaron ítems de debilidades en la pregunta 37 (D6: 45%), pregunta 36 (D7: 43%), pregunta 23 (D10: 43%), pregunta 26 (D11: 45%), pregunta 28 (D11: 47%), pregunta 27 (D12: 45%). Sin embargo, al promediarlas como dimensiones globales resultan oportunidades de mejora, sin embargo no se debe descartar que en estos ítems se encuentran las mayores problemáticas.

En marzo de 2015 se llevó a cabo un estudio transversal en un hospital público de 185 camas, con el objetivo de evaluar de manera conjunta la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción laboral del personal sanitario. Para ello, se utilizó la versión en español del cuestionario HSOPSC. Los resultados permitieron identificar tanto fortalezas como áreas de mejora en la cultura de seguridad, estableciendo una base sólida para impulsar cambios organizacionales. La puntuación media de satisfacción laboral fue de 7,21 (desviación estándar [DE]: 2,01), mientras que la percepción de seguridad alcanzó una media de 7,48 (DE: 1,98);

en ambos casos, el percentil 75 se situó en 9. La observación de datos reveló variadas correlaciones significativas y relaciones cruzadas entre las dimensiones que componen ambos constructos, así como entre el grado de satisfacción en dichas dimensiones y los resultados obtenidos. (Merino-Plaza, y otros, 2018).

Dado que el ítem P43 corresponde a una escala ordinal, el uso del rango intercuartílico complementa adecuadamente a la desviación estándar y permite una interpretación más robusta de la variabilidad observada. En ausencia de pruebas inferenciales formales, los resultados se reportan con un enfoque descriptivo, sin realizar comparaciones entre grupos.

La calificación global de la seguridad del paciente (ítem P43) presentó una media de 6,63 (DE = 1,72). La mediana fue de 6, con un rango intercuartílico de 2 (Q1 = 6; Q3 = 8), lo que indica una dispersión moderada de las percepciones del personal, concentradas principalmente en valores medios y altos de la escala.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades de Portoviejo muestra una percepción de seguridad del paciente de promedio 6,63/10, lo cual se representa como buena, se obtuvieron oportunidades de mejora a través de un diagrama de Pareto que representó el 91% de los problemas de la unidad C200.

En España, el estudio ENEAS (*Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*), realizado en 2006, analizó 5.624 historias clínicas de diversos hospitales del país. Los resultados revelaron una tasa de eventos adversos del 8,4%, de los cuales el 42,8% se meditaron evitables. Además, se registró una tasa de mortalidad del 4,4%. Al extrapolar estos datos a las 4,6 millones de hospitalizaciones anuales en España, se estimaron aproximadamente 7.388 muertes evitables por año. Posteriormente, en 2011, se llevó a cabo el estudio IBEAS (*Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*), replicando la metodología en cinco países iberoamericanos. Este estudio incluyó a 11.379 pacientes en 58 hospitales y evidenció una tasa de eventos adversos del 10,5%, de los cuales el 60% fueron considerados evitables. Asimismo, se identificó una tasa de mortalidad evitable del 6%. (Rocco & Garrido, 2019).

Se llevó a cabo un estudio observacional transversal durante dos años consecutivos, utilizando la versión en español de la encuesta HSOPSC, desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality*. El cuestionario, compuesto por 42 ítems distribuidos en 12 dimensiones,

fue aplicado a todo el personal de la unidad. Se compararon los porcentajes de respuestas positivas por dimensión entre los años 2014 y 2015, y también con los datos de referencia a nivel local y de Estados Unidos, alcanzando las recomendaciones metodológicas establecidas. La apreciación completa de la cultura de seguridad, en una escala de 1 a 5, fue de 4,5 en 2014 y aumentó a 4,7 en 2015. Se identificaron siete dimensiones como fortalezas, mientras que las áreas peor valoradas fueron: «dotación de personal», «apoyo de la gerencia» y «trabajo en equipo entre unidades». En la paralelo externa, los resultados fueron superiores en todas las dimensiones respecto al promedio nacional y en ocho de ellas en relación con los datos del registro estadounidense. Estos hallazgos indican que la cultura de seguridad en esta unidad de cardiología, que opera con un régimen integrado de gestión de calidad, riesgos y seguridad del paciente, se sitúa en niveles elevados, superando tanto los estándares nacionales como, en la mayoría de los casos, los internacionales. (Raso-Raso, y otros, 2018).

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) adaptó la versión en español del cuestionario HSOPSC con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en hospitales del sector público. La evaluación incluyó a 8,722 médicos y enfermeras de 128 hospitales distribuidos en 23 entidades federativas. Los resultados permitieron identificar fortalezas y áreas de oportunidad en la cultura de seguridad, sirviendo como base para diseñar estrategias de mejora a nivel nacional. Se estima que, en el país, el 8% de los usuarios internados sufre algún tipo de daño asociado a la atención médica, y el 2% fallece como consecuencia. La mayoría de los afectados pertenece a la población económicamente activa, lo que revela no solo un problema sanitario, sino también un impacto económico y social considerable, muchas veces subestimado. Una ventana crítica de proporción se encuentra en el 62% de los eventos adversos que son considerados evitables. Es precisamente en estos casos donde deben concentrarse los esfuerzos para fortalecer la seguridad del paciente y avanzar hacia una atención médica más segura y de mayor calidad. (Meljem Moctezuma & Ancer Rodríguez, 2019).

La *Encuesta HSOPSC* se utiliza ampliamente a nivel mundial en múltiples idiomas. Aunque existe una versión en español validada para España y Estados Unidos, en Latinoamérica esta versión ha sido empleada en diversos estudios sin detallar adecuadamente los procesos de traducción, adaptación cultural o evaluación de equivalencia. Como resultado, las propiedades psicométricas de la HSOPSC en contextos latinoamericanos incluido Perú no están suficientemente demostradas para su uso en investigación transcultural. El objetivo de este

estudio fue desarrollar una versión de la HSOPSC adaptada lingüística y culturalmente para el contexto peruano, asegurando que las preguntas mantuvieran el mismo contenido, formulación y significado que el instrumento original. Para ello, se empleó un enfoque de métodos mixtos, basado en la guía de traducción recomendada por la AHRQ. El proceso de adaptación incluyó tres fases y siete pasos, incorporando técnicas de traducción, pruebas piloto, entrevistas cognitivas, revisión clínica por profesionales del sector y evaluación por expertos en la materia. El instrumento se tradujo y evaluó en tres rondas de entrevistas cognitivas. En la primera ronda se identificaron 37 ítems problemáticos (14 por falta de claridad, 12 por cuestionedDZDs culturales y 11 con problemas mixtos), reduciéndose a solo 4 ítems al finalizar la tercera ronda. La confiabilidad interevaluador de la claridad del lenguaje en las pruebas piloto fue alta (S-CVI/Avg = 0.97; S-CVI/UA = 0.86), al igual que la relevancia cultural (S-CVI/Avg = 0.96; S-CVI/UA = 0.83). La concordancia entre expertos en la asignación de ítems a sus respectivas dimensiones fue sustancial (Kappa = 0.72). Solo una de las doce dimensiones presentó un valor bajo de Kappa (0.39), clasificado como entre justo y moderado, mientras que las restantes dimensiones mostraron un desempeño satisfactorio: siete con concordancia casi perfecta, dos sustancial y dos moderada. (Palmieri, y otros, 2020).

Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el Hospital Universitario San Juan de Alicante con el objetivo de evaluar el nivel de cultura de seguridad del paciente. Para ello, se empleó la encuesta HSOPSC, desarrollada por la AHRQ y adecuada al español. La tasa de contestación fue del 35,36%. El grupo con más intervención fue el personal médico (32,3%) y el servicio más representado, el de urgencias (9%). El 86,4% de los encuestados indicó tener contacto directo con pacientes. En cuanto a la percepción del clima de seguridad, el 50% de los profesionales lo valoró con una puntuación entre 6 y 8 en una escala de 0 a 10. Un dato relevante es que el 82,8% de los participantes no notificó ningún evento adverso en el último año. Por perfiles profesionales, los farmacéuticos presentaron los niveles más altos de cultura de seguridad, mientras que los celadores mostraron los niveles más bajos. No se identificaron fortalezas globales en ninguna de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, dos dimensiones se destacaron como debilidades consistentes: la dimensión 9 (dotación de personal) y la dimensión 10 (apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente). (Mella Laborde M. , Gea Velázquez, Aranaz Andrés, Ramos Forner, & Compañ Rosique, 2020).

(Santiago-González, Morales-García, Ibarra-Cerón, & López-Jacinto, 2019) Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con muestreo aleatorio simple. Se aplicó la

Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente de la AHRQ, siguiendo las directrices SQUIRE para la mejora de la atención sanitaria. La calificación general de la cultura de seguridad del paciente fue del 45,1%, mientras que la percepción del personal sobre la seguridad global alcanzó una puntuación media de 8,1 sobre 10. La principal fortaleza identificada fue el trabajo en equipo, con un 75,3% de respuestas positivas. Entre las variables críticas se destacaron la dotación y suficiencia de personal y la gestión (28,8%), los problemas durante los cambios de turno (34,8%) y la respuesta no punitiva frente a los errores (21,5%). (Santiago-González, Morales-García, Ibarra-Cerón, & López-Jacinto, 2019).

8. CONCLUSIONES

Mediante la encuesta Versión en español de la Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality se pudo puntualizar que la percepción de la seguridad del paciente con un promedio de 6,63/10 lo que indica una percepción satisfactoria y puede ser mejorada. El 41% (21) del personal de enfermería de la unidad C200 otorgó una puntuación de 6 al clima de seguridad y un 33% (17) dio 8 de puntuación. Además, la relación de consistencia en las respuestas es relativamente alta.

Se identificaron como fortalezas la frecuencia de eventos notificados, la percepción de la seguridad, expectativas y acciones de la dirección y las respuestas no punitivas a los errores. Y como oportunidades de mejora el instrucción de la organización y mejora continua, trabajo en equipo en la unidad, sinceridad en el aviso, feedback y notificación sobre errores, dotación del personal, soporte de la gerencia del hospital en la seguridad del usuario, labor en conjunto entre unidades y problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios. Total de fortalezas 33% (4 dimensiones).

Se establecieron en orden la cantidad de respuestas positivas obtenidas por cada dimensión, las mismas que no alcanzaron al menos el 75% del total de respuestas se establecieron como oportunidades de mejora aquellas que alcanzaron entre 50 y 74,99%. El 91% de las oportunidades de mejora se encuentran en la categoría comunicación.

Se identificaron como ítems de debilidad la pregunta 37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. Pregunta 36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad. Pregunta 23. La gerencia o la dirección del hospital facilita

un clima laboral que favorece. Pregunta 26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen. Pregunta 28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otras unidades. Pregunta 27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante.

Se acepta la hipótesis nula, la puntuación en la medición de la percepción del paciente supera el límite establecido estadísticamente en el personal de enfermería del área C200 del Hospital de Especialidades de Portoviejo. El 41% (21) del personal de enfermería de la unidad C200 otorgó una puntuación de 6 al clima de seguridad y un 33% (17) dio 8 de puntuación.

Según los resultados de esta investigación se propone una implementación de un plan de mejora que se estructura en base a mejorar la comunicación, el trabajo en equipo ya sea de la misma unidad o entre unidades, apoyo de Gerencia, Dotación de personal, considerándose la causa de la mayoría de problemas, el estrés y sobrecargo de trabajo por falta de personal entre cambios de turnos, para lo cual se establecieron además de capacitaciones de manejo de estrés y tiempos de trabajo, impulsar mediante campañas de concientización el reconocimiento de la importancia de dotación de personal a las áreas de enfermería.

9. RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones a indicar están las indicadas por el personal de enfermería de la unidad C200 en la pregunta 52 del cuestionario, donde mencionaron lo siguiente:

- Por la seguridad del paciente es necesario implementar más personal de salud en el área que cubra las necesidades de los pacientes y logremos un óptimo cuidado y responsabilidad con cada uno de ellos.
- concientizar más sobre la cultura de seguridad del paciente
- Deberían contratar más personal comprometidos en el cuidado del paciente y evitar la sobre carga laboral.
- Abastecer con los insumos necesarios para mejorar la estadía del paciente ya que carece de insumos tan necesarios como jabón, papel, toallas y lencería en general.
- El prestador de servicio que lava la lencería debería ser de la misma ciudad y comprometida ya que está llega tarde y no se puede realizar los baños a pacientes en horarios determinados.
- El ratio adecuado de pacientes para cada enfermera, basado en la realidad de las

hospitalizaciones, a la carga laboral, y las actividades administrativas a las que también la enfermera de cuidado directa es asignada.

La propuesta del plan de mejora descrito en la **Tabla 10**. busca solventar aquellas oportunidades de mejora determinadas en la **Tabla 9**. Mediante los 5 porqué. Lo cuales son dotación de personal, trabajo en equipo, tanto en la misma unidad como entre unidades, el cambio de turno también es una dimensión con oportunidad de mejorar.

A su vez, se sugiere realizar una reevaluación anual, utilizando el mismo instrumento aplicado en la evaluación inicial para mantener actualizadas las necesidades y garantizar la comparabilidad de los resultados y dar el seguimiento adecuado según la realidad de cada año.

Se considerará que el plan de mejora ha sido efectivo cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Incremento mínimo del 10 % en los puntajes globales y por dimensión respecto a la evaluación previa.
- Alcanzar valores de desempeño ubicados en niveles satisfactorio o alto, según la escala establecida.
- Reducción significativa de las brechas identificadas como críticas en la evaluación inicial.
- Cumplimiento de al menos el 80 % de las acciones del plan de mejora programadas.

Los responsables del proceso de reevaluación serán:

- **Responsable institucional o directivo:** supervisión general del proceso.
- **Equipo de calidad / comité de mejora:** aplicación del instrumento, análisis de resultados y elaboración del informe.
- **Talento humano involucrado:** participación activa en la aplicación del instrumento y retroalimentación del proceso.

Periodicidad

- **Periodicidad:** Anual
- **Momento de aplicación:** Durante el mismo periodo del año en que se realizó la evaluación inicial, para evitar sesgos temporales.

9.1. Plan de mejora

Tabla 10. Propuesta de plan mejora

Problema Identificado	Objetivo SMART	Actividades	Indicador	Meta	Responsable	Normativa MSP	Plazo
Cultura punitiva frente al error	Implementar un sistema de notificación no punitivo en 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar protocolo de notificación • Socializar al personal • Capacitación en cultura justa 	% de eventos notificados	+20 %	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente	Manual de Seguridad del Paciente – MSP	6 meses
Débil trabajo en equipo entre unidades	Fortalecer la coordinación interunidades en 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones mensuales interdisciplinarias • Protocolizar acuerdos 	% de unidades participantes	≥ 80 %	Dirección Médica / Jefaturas	MAIS-FCI / SNGCS	6 meses
Fallas en cambios de turno y transiciones	Estandarizar entrega-recepción de turnos en 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar checklist • Capacitar al personal • Monitorear cumplimiento 	% uso del checklist	≥ 90 %	Jefes de Servicio / Enfermería	Manual MSP de Seguridad del Paciente	4 meses
Insuficiente dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamiento de carga laboral • Analizar carga laboral y proponer mejoras en 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe técnico • Redistribución del personal 	Informe técnico elaborado	1 informe aprobado	Talento Humano / Dirección	Ley Orgánica de Salud / MAIS-FCI	6 meses
Comunicación limitada sobre seguridad	Promover franqueza comunicacional en 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de comunicación efectiva • Espacios de retroalimentación 	% personal capacitado	≥ 85 %	Talento Humano / Calidad	Manual MSP de Seguridad del Paciente	6 meses

Elaboración: Patricia Bazurto

Fuente: Investigación

10. BIBLIOGRAFÍA

- Abril, F. (2020). Seguridad del paciente. *Hospital General José María Velasco Ibarra*, 21(1), 1-27. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001
- ACCESS. (2024). Obtenido de <http://www.aces.gov.ec/seguridad-del-paciente/>
- AHRQ. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Obtenido de <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- Alcázar Marcillo, A. A. (diciembre de 2023). Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias. *Ciencia Latina*. Obtenido de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9058/13510#:~:text=Estos%20servicios%20de%20emergencia%20son,definitiva%20en%20los%20centros%20hospitalarios>.
- Astier Peña, M. P., Martínez Bianchi, V., Torijano Casalengua, M. L., Ares Blanco, S., Bueno Ortiz, J., & Fernández García, M. (Diciembre de 2021). The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. *Atención Primaria*, 53(1), 1-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Bañeres Amella, J. (2023). El factor humano y la seguridad del paciente. *BMJ (Clinical research ed.)*, 768–770.
- Bettina Perez, G. (2020). Cultura de seguridad de pacientes en profesionales de la salud en instituciones hospitalarias de Río Gallegos: Cultura de seguridad del adulto mayor. *Escuela de Salud Pública- UNC*, 12(2), 20–28. doi:<https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v12.n2.729>
- Cabrejo, J. (septiembre de 2023). Seguridad del paciente: un enfoque de los sistemas de salud. *Consultor salud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/seguridad-del-paciente-un-enfoque-de-los-sistemas-de-salud/#:~:text=Un%20enfoque%20sist%C3%A9mico%20de%20la,ellos%20e%20introducir%20continuamente%20mejoras>.

Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. (junio de 2023). Concepto de evento adverso en salud, suceso traumático. *VIU*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/impacto-del-evento-adverso-en-el-paciente-y-en-los-centros-de-salud#:~:text=Consecuencias%20negativas%20de%20los%20percances,Muerte%20prematura>.

Fonseca Mesa, D. A., Serpa Pérez, P. C., & Arias Botero, J. H. (2021). Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Revista Salud Uis*, 53(1), 41-74. doi:<https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21006>

Hernández Bermúdez, B. (2025). Comunicación efectiva en instituciones sanitarias: claves para el éxito organizacional. *Universidad Cesuma*, 17. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300013

Meljem Moctezuma, J., & Ancer Rodríguez, J. (2019). ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. *Consejo de Salubridad General*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5496728&utm_source=chatgpt.com

Merino-Plaza, M., Carrera-Hueso, F., Roca-Castelló, M., Morro-Martín, M., Martínez-Asensi, A., & Fikri-Benbrahim, N. (agosto de 2018). Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit*, 32(4). doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>

Monteverde, E., Klappenbach, R., & Baliña, J. (2022). Manual de seguridad del paciente. *Gobierno de Argentina*, 141. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_seguridad_del_paciente.pdf

Raso-Raso, R., Uris-Selles, J., Nolasco-Bonmatí, A., Grau-Jornet, G., Revert-Gandia, R., Jiménez-Carreño, R., . . . Albero-Martínez, J. (septiembre de 2018). Análisis de la cultura de seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos. *INVESTIGACIÓN CLÍNICA*, 28(33), 190-196. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-analisis-cultura-seguridad-una->

unidad-S1405994017300198?utm_source=chatgpt.com

- Rocco, C., & Garrido, A. (septiembre de 2019). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
- Singer, T., & Lamm, C. (marzo de 2009). The Social Neuroscience of Empathy. *nyaspubs*. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- OMS. (2016). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=Algunos%20eventos%20adversos%20habituales%20que,de%20dec%C3%BAbito%20y%20tromboembolismos%20venosos.>
- Abril, F. (2020). EVENTOS RELACIONADOS A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. *HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA*, 27. Obtenido de <https://hjmvi.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Eventos-adversos.pdf>
- Abril, F. (2020). Seguridad del paciente. *Hospital General José María Velasco Ibarra*, 21(1), 1-27. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001
- ACESS. (2024). Obtenido de <http://www.acesse.gob.ec/seguridad-del-paciente/>
- AHRQ. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Obtenido de <https://seguridadelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- Alcázar Marcillo, A. A. (diciembre de 2023). Rol de Enfermería en los Servicios de Emergencias. *Ciencia Latina*. Obtenido de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9058/13510#:~:text=Estos%20servicios%20de%20emergencia%20son,definitiva%20en%20los%20centros%20hospitalarios.>
- Amorim Ribeiro, I. C., & da Silva Cunha, K. C. (2018). Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico. *Enfermería Global*, 17(52). doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.310741>
- Astier Peña, M. P., Martínez Bianchi, V., Torijano Casalengua, M. L., Ares Blanco, S., Bueno

- Ortiz, J., & Fernández García, M. (Diciembre de 2021). The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. *Atención Primaria*, 53(1), 1-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Bañeres Amella, J. (2023). El factor humano y la seguridad del paciente. *Clinical research*, 768–770. Obtenido de <https://www.medintensiva.org/es-el-factor-humano-ergonomia-seguridad-articulo-S0210569124001177#:~:text=En%20resumen%2C%20la%20ciencia%20de,dominio%20de%20las%20destrezas%20t%C3%A9cnicas.&text=No%20se%20recibi%C3%B3%20financiaci%C3%B3n%20para%20este%20tra>
- Bettina Perez, G. (2020). Cultura de seguridad de pacientes en profesionales de la salud en instituciones hospitalarias de Río Gallegos: Cultura de seguridad del adulto mayor. *Escuela de Salud Pública- UNC*, 12(2), 20–28. doi:<https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v12.n2.729>
- Cabrejo, J. (septiembre de 2023). Seguridad del paciente: un enfoque de los sistemas de salud. *Consultor salud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/seguridad-del-paciente-un-enfoque-de-los-sistemas-de-salud/#:~:text=Un%20enfoque%20sist%C3%A9mico%20de%20la,ellos%20e%20intrducir%20continuamente%20mejoras>.
- Chalapú Pozo, , A., & Cuascota Quilumba, A. (2014). Percepción del personal de enfermería del hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar, en el cantón Muisne, provincia de Esmeraldas, sobre cultura de Seguridad del paciente. *UTN*. Obtenido de https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/3828?utm_source=chatgpt.com
- Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. (junio de 2023). Concepto de evento adverso en salud, suceso traumático. *VIU*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/impacto-del-evento-adverso-en-el-paciente-y-en-los-centros-de-salud#:~:text=Consecuencias%20negativas%20de%20los%20percances,Muerte%20p rematura>.
- Flores Villavicencio, C. A., Quiroz Benhumea, L., Méndez Salazar, V., & Dimas Altamirano, B. (2024). Manejo del estrés del personal de enfermería de urgencias; un estudio mixto. *Universidad Autónoma del Estado de México*, 3(1), 16-32. Obtenido de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9750878>

Hernández Chang, A., & Medina Macías, A. (2023). El estudio del error humano en el contexto laboral. Un estado del arte. *Salud y trabajo*, 24(3). Obtenido de <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/393>

Hernández Vanegas, O. F. (2020). PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA. *UNIVERSIDAD EL BOSQUE*, 69. Obtenido de <https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/5189cd3d-0e97-491d-9e0c-471503e7916c/content>

Ho Imran Ho, D. S., Hasni Jaafar, M., & Mohammed Nawi, A. (2024). Revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0): cultural adaptation, validity and reliability of the Malay version. *BMC Health Services Research*, 1287 (2024). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11802-6>

Jaimes Valencia, M. L., Alvarado Alvarado, A. L., Mejía Arciniegas, C. N., López Galán, A. V., Mancilla Jiménez, V. A., & Padilla García, C. I. (12 de febrero de 2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista cuidarte*, 21(1). Obtenido de <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1092>

Jesús Saturno, P. (2009). Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. *MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL*, 131. Obtenido de https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2009/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

León Avilés, H. M., Orellana Tolozano, E., & Verdezoto Zamora, Y. (2024). Diseño de un instrumento para el estudio de prácticas de seguridad en pacientes. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-16. doi:<https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1783>

MARTÍ-GIL C, MEJÍA-RECUERO M, LLOPIS-SALVIA P, GASCÓN-MORENO M, HERVÁS-LAGUNA MJ, & BARREDA-HERNÁNDEZ D. (2014). Cultura sobre Seguridad del Paciente percibida por el personal sanitario: estudio piloto. 24(4), 243-250. Obtenido de https://gruposdetrabajo.sefh.es/gps/images/stories/publicaciones/Cultura_sobre_Segur

idade_del_Paciente_percibida_por_el_personal_sanitario_estudio_piloto.pdf

Meléndez Mogollón, I. C., Macías Maroto, M., & Álvarez González, A. R. (diciembre de 2020). Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *revenfermeria*. Obtenido de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239/585>

Mella Laborde, M., Gea Velázquez, M., Aranaz Andrés, J., Ramos Forner, G., & Compañ Rosique, A. (octubre de 2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario Analysis of the patient safety culture in a university hospital. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 500-513. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>

Mella Laborde, M., Gea Velázquez, T., Aranaz Andrés, J., Ramos Forner, G., & Compañ Rosique, A. (2021). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. *Agency for Health Care Research and Quality*, 17. Obtenido de <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

Muñoz, F., & Marin, V. (Diciembre de 2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>

Narváez Trejo, O.M. (2007). La encuesta y el cuestionario Inicio. *Universidad Veracruzana*, 32(4), 57-64. Obtenido de <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad3/encuesta.html>

OECD. (29 de Noviembre de 2018). The economics of patient safety in primary and ambulatory care. *Health Working Papers*. Obtenido de https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en.html

Organización Mundial de la Salud. (2023). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se,causarles%20innecesariamente%20da%20al%20atenderlos>

- Palmieri, P., Leyva-Moral, J., Camacho-Rodriguez, D., Granel-Gimenez, N., Ford, E., Mathieson, K., & Leafman, J. (13 de abril de 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*(23). Obtenido de <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00419-9>
- Reason. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press. doi:<https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367>
- Reason, J. (2024). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, *320*(7237), 768–770. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rene Alvarez, D., & Gonzalez Argote, J. (2022). Seguridad del paciente, su percepción por el personal de enfermería en un hospital materno-infantil. *Revista Información Científica*, *101*(4). Obtenido de [https://www.redalyc.org/journal/5517/551773310006/html/#:~:text=Conclusiones-,El%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20encontr%C3%B3,de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.&text=Gas%20c%C3%B3n%20DC%C3%A1novas%20JJ%2C%20Saturno%](https://www.redalyc.org/journal/5517/551773310006/html/#:~:text=Conclusiones-,El%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20encontr%C3%B3,de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20salud.&text=Gas%20c%C3%B3n%20DC%C3%A1novas%20JJ%2C%20Saturno%20)
- Robles García, M., Dierssen Sotos, T., Martínez Ochoa, E., Herrera Carral, P., Díaz Mendi, A., & Llorca Díaz, J. (2023). Variables related to job satisfaction. Cross-sectional study using the European Foundation for Quality Management [EFQM] model. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 127-134. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105713406?via%3Dihub>
- ROMERO HERRERA P, & SABOGAL GAITAN. (2023). LA SEGURIDAD Y EL RIESGO DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN. *UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS*, *27*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- Salas Arias, K. M., Madriz Quirós, C. E., Sánchez Brenes, O., Sánchez Brenes, M., & Hernández Granados, J. B. (2017). Factores que influyen en errores humanos en procesos de manufactura moderna. *Tecnología en Marcha*, *22*(34), 22-34. doi:DOI: 10.18845/tm.v31i1.3494

- Santiago-González, N., Morales-García, D., Ibarra-Cerón, M., & López-Jacinto, E. (2019). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Enfermería Neurológica*, 18(3), 117-125. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117853/cultura-seguridad3-19pdf.pdf>
- Sorra J, Famolaro T, & Yount ND. (abril de 2014). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report. *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- Tello García, M., Pérez Briones, N. G., Torres Fuentes, B., Nuncio Domínguez, J. L., Pérez Aguirre, D. M., & Covarrubias Solís, I. F. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(70). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000200005
- TOMÁS, S., CHÁNOVAS, M., ROQUETA, F., & TORANZO, T. (17 de abril de 2012). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 24, 225-233.
- Triviño Ibarra, C. P., Macías Intriago, M. A., Tumbaco García, R. V., Veintimilla Cedeño, J. B., Ushiña Peralta, V. A., García Navarrete, M. H., . . . Vásquez Herrera, T. J. (2020). Principios Básicos en la seguridad del paciente. *MAWIL*, 1(1), 185. doi:<https://doi.org/10.26820/978-9942-826-48-0>
- Universidad Internacional de Valencia. (8 de junio de 2023). Impacto del evento adverso en el paciente y en los centros de salud. *Ciencias de la Salud*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/impacto-del-evento-adverso-en-el-paciente-y-en-los-centros-de-salud>
- Yanli Nie, Xuanyue Mao, Hao Cui, Shenghong He, Jing Li, & Mingming Zhang. (24 de junio de 2013). Hospital survey on patient safety culture in China. 24(1), 228-242.

11. ANEXOS

Anexo 1. Herramienta de recolección de datos

Sección A: Su Servicio/Unidad

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

1. El personal se apoya mutuamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

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

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
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="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> 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?

Elaborado por: Patricia Bazurto <https://forms.gle/RQ7KwfcN6CrW5aXQ>

Fuente:

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-spanishform.pdf>

