PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

TESIS DE TITULACIÓN

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE EL HOSPITAL JULIO ENDARA Y EL CENTRO ESPECIALIZADO EN SALUD RENAL

MAESTRANTES:

GRANJA MACÍAS PAMELA ALEXANDRA

MASTARRENO LOOR MARÍA FERNANDA

TUTOR:

Mgs. FERNANDO RAFAEL CAMPOS PROAÑO

2024

Derechos de autor

Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a distribuir este manuscrito de investigación en medios físicos y electrónicos con el fin de promover la divulgación de mis resultados a la comunidad científica y a la sociedad en general. Adicionalmente, autorizo en uso de los contenidos de esta investigación como bibliografía para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, citando como fuente al autor de este trabajo.

Quito, XX de noviembre de 2024

Pamela Alexandra Granja Macías

María Fernanda Mastarreno Loor

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Mgs. Fernando Rafael Campos Proaño, docente de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CERTIFICO:

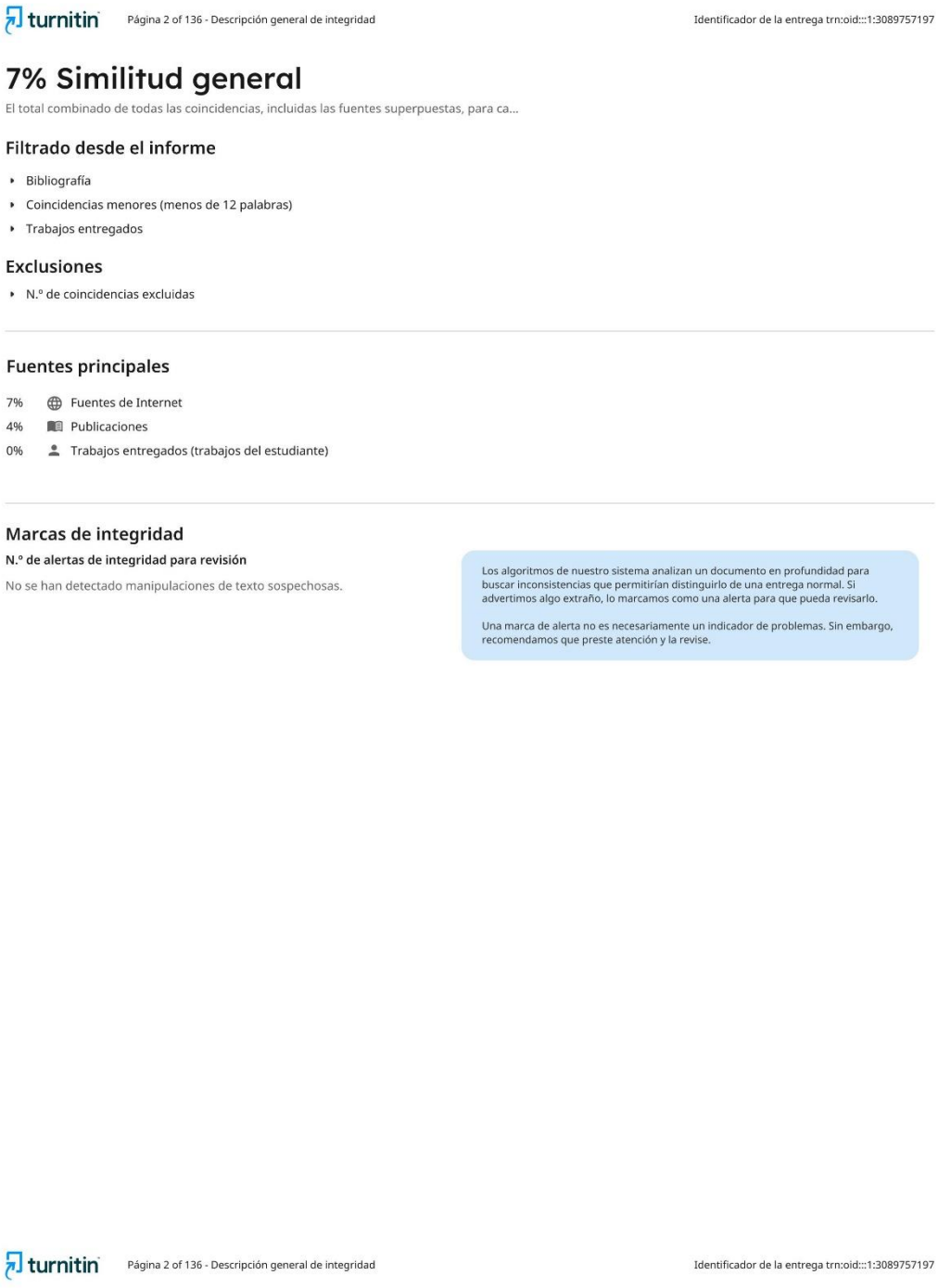
En mi calidad de tutor del trabajo de titulación, certifico haber revisado el presente manuscrito de investigación, el cual que se ajusta a las normas vigentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí, cumpliendo la Normativa del Trabajo de Titulación de posgrados; en consecuencia, es apto para su publicación y su difusión.

Quito, XX de noviembre de 2024

Atentamente,

Mgs. Fernando Rafael Campos Proaño

Hoja de evidencia antiplagio (Informe Turnitín)



turnitin Página 2 of 136 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid:::1:3089757197

7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)
- Trabajos entregados

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

7% Fuentes de Internet
4% Publicaciones
0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

turnitin Página 2 of 136 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid:::1:3089757197

Dedicatoria

Pamela Alexandra Granja Macías

Este gran logro lo dedico con todo mi amor y cariño primero a Dios que me ha brindado la oportunidad de cumplir uno de mis grandes sueños, porque el camino no fue fácil pero siempre me dio fortaleza.

A mis padres que han estado conmigo en todo momento apoyándome y motivándome a sacar la mejor versión de mí.

A mis amados hijos Leonardo y Lorena quienes son mi luz, motor e inspiración para cumplir todo lo que me he propuesto.

DEDICATORIA

María Fernanda Mastarreno Loor

Dedico este nuevo logro profesional, primeramente, a Dios, por darme la sabiduría y la fortaleza para culminar esta etapa en mi vida.
A mis padres, por hacerme saber que están orgullos de mí, y por todo su apoyo incondicional.
A mi hermana, por motivarme, apoyarme y ser esa persona que siempre me alienta para cumplir mis metas.
Y, finalmente, a mi querido esposo, que ha sido mi mayor compañía y apoyo en estos años de estudio. Sus palabras siempre tan sinceras me fortalecieron para seguir adelante.

Agradecimientos

Pamela Alexandra Granja Macías *María Fernanda Mastarreno Loor*

Quisiéramos expresar nuestro más profundo agradecimiento al director de tesis, el Dr. Fernando Rafael Campos, por su experiencia y profesionalismo. Su dedicación, comprensión y paciencia permitieron que culminemos con éxito este trabajo de investigación.

A quienes integran la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente en su institución.

A nuestros amigos y compañeros de la maestría, por su compañía y apoyo en estos años de estudio. Ustedes se convirtieron en un gran motor para mantener el ánimo y culminar este proceso con éxito.

Finalmente, nuestro agradecimiento a los colegas y quienes colaboraron con datos, información, revisión y aportes en la investigación de este trabajo.

Índice de contenido

Derechos de autor ii
Aprobación del Director del Trabajo de Titulación iii
Hoja de evidencia antiplagio (Informe Turnitín) iv
Dedicatoria v
Dedicatoria vi
Agradecimientos vii
Índice de contenido viii
Índice de tablas x
Índice de anexos xi
Resumen xii
Abstract xiii
1. Justificación 1
2. Planteamiento del problema 3
3. Pregunta del problema 6
4. Objetivos 7
4.1. Objetivo general 7
4.2. Objetivos específicos 7
5. Marco teórico y conceptual 8
5.1. Antecedentes 8
5.2. Marco teórico 13
5.2.1. Concepto y evolución de la cultura de seguridad del paciente 13
5.2.2. Factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente 15
5.2.3. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente 17
5.2.4. Modelos teóricos aplicados a la cultura de seguridad del paciente 19
5.2.5. La comunicación como pilar de la cultura de seguridad del paciente 21
5.2.6. Seguridad del paciente en hospitales públicos y privados 23
5.2.7. Diferencias en la cultura de seguridad entre áreas críticas y no críticas ... 25
5.2.8. Comparación de culturas de seguridad en hospitales generales y especializados 26
5.2.9. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSPSC 28
5.2.10. Impacto de la cultura de seguridad en la calidad del servicio de salud . 30
5.2.11. Barreras para la implementación de una cultura de seguridad efectiva 34

5.2.12. Manejo del error médico en la cultura de seguridad 35
5.2.13. Importancia de la formación continua en la cultura de seguridad del paciente 37
5.3. Marco conceptual 39
6. Marco metodológico 42
6.1. Tipo de estudio 42
6.2. Población y muestra 44
6.3. Criterios de inclusión y exclusión 44
6.4. Operacionalización de variables 45
6.5. Consideraciones éticas 52
6.6. Fases de ejecución 54
7. Resultados 56
8. Discusión 78
9. Conclusiones 86
10. Recomendaciones 87
11. Referencias 88
12. Anexos 101

Índice de tablas

Tabla 1. Ítems formulados de forma negativa en el cuestionario 44
Tabla 2. Matriz de operacionalización de variables 45
Tabla 3. Edad 56
Tabla 4. Sexo 57
Tabla 5. Grado académico 57
Tabla 6. Estado civil 58
Tabla 7. Tiempo de servicio 59
Tabla 8. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente por dimensiones 60
Tabla 9. Percepción general del personal sobre la cultura de seguridad del paciente 65
Tabla 10. Horas semanales que el personal labora 66
Tabla 11. Cantidad de incidentes notificados en el último año 67
Tabla 12. Contacto directo del personal con los pacientes 69
Tabla 13. Servicio o unidad en el que labora 69
Tabla 14. Posición laboral que ocupa en el servicio o unidad 70
Tabla 15. Comentarios adicionales 71
Tabla 16. Repite en voz alta las órdenes recibidas para asegurarse que han sido bien comprendidas 72
Tabla 17. Elaboración de informes de historias clínicas sin tener toda la documentación 73
Tabla 18. Revisa la lista de medicamentos administrados antes de realizar una nueva prescripción 74
Tabla 19. Los cambios en la medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente 75
Tabla 20. Cualquier información que afecte el diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del mismo 76
Tabla 21. Indaga acerca de las preferencias de los pacientes terminales sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital 77

Índice de anexos

Anexo 1. Modelo de cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado a la versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) 101
Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador "CEISH - PUCE" 106
Anexo 3. Modelo de consentimiento informado 107
Anexo 4. Carta de interés del Hospital Especializado Julio Endara 114
Anexo 5. Carta de interés del Centro Especializado en Salud Renal 116

Resumen

Este trabajo de titulación tiene por objetivo analizar detallada y comparativamente la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal. Para esto, se ha seleccionado el tipo de investigación descriptiva, observacional, con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) de cohorte transversal, donde se aplicó la técnica de la encuesta con su respectivo instrumento el cuestionario, mismo que consistió en el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno de España. Los principales resultados revelaron que, en términos generales, el Hospital Especializado Julio Endara presenta áreas de oportunidad significativas, con un porcentaje de respuestas positivas inferior al 75% en diversas dimensiones de la seguridad del paciente. En contraste, el Centro Especializado en Salud Renal destaca por contar con fortalezas evidentes, alcanzando un porcentaje superior al 75% en la mayoría de las dimensiones evaluadas. En particular, ambas instituciones mostraron un alto nivel de transparencia en la notificación de eventos, con respuestas positivas superiores al 88% en ambos casos. Sin embargo, en la dimensión de percepción de seguridad, ambas instituciones requieren de mejoras, ya que la mayoría de las respuestas se mantuvieron por debajo de un nivel óptimo. Se concluye que, se debe implementar políticas que favorezcan la retroalimentación continua y respuesta no punitiva ante los errores, con el fin de mejorar la seguridad del paciente en ambos centros de salud.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, establecimientos de salud, notificación de eventos, percepción de seguridad, retroalimentación

Abstract

This thesis aims to analyze in detail and comparatively the patient safety culture at the Julio Endara Specialized Hospital and the Specialized Renal Health Center. For this, a descriptive, observational research design with a mixed approach (quantitative and qualitative) of a cross-sectional cohort was selected. The survey technique was applied using the corresponding instrument, the questionnaire, which was based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adapted to its Spanish version by the Ministry of Health and Consumption of the Spanish government. The main results revealed that, in general, the Julio Endara Specialized Hospital presents significant areas of opportunity, with a percentage of positive responses lower than 75% in several dimensions of patient safety. In contrast, the Specialized Renal Health Center stands out for having evident strengths, with a percentage above 75% in most of the evaluated dimensions. Specifically, both institutions showed a high level of transparency in event reporting, with positive responses exceeding 88% in both cases. However, in the dimension of safety perception, both institutions require improvements, as most responses were below an optimal level. It is concluded that policies promoting continuous feedback and a non-punitive response to errors should be implemented in order to improve patient safety in both healthcare centers.

Keywords: Patient safety culture, healthcare establishments, event reporting, safety perception, feedback

1. Justificación

La cultura de seguridad del paciente es un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud de calidad. Evaluar y comparar la cultura de seguridad en diferentes instituciones, como el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, permite identificar fortalezas y debilidades específicas en cada entorno. Esto es indispensable en un contexto donde los eventos adversos pueden tener consecuencias graves para los pacientes. El entendimiento de las diferencias existentes entre estas dos instituciones, proporciona datos valiosos para guiar intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, lo que a su vez puede reducir errores médicos y aumentar la confianza de los pacientes en el sistema de salud.

La evaluación comparativa de la cultura de seguridad del paciente entre diferentes instituciones de salud aporta conocimiento relevante para el campo de la ciencia, enfocado en la seguridad del paciente. Este estudio contribuye a la literatura científica al proporcionar evidencia empírica sobre cómo varían las percepciones y prácticas de seguridad entre distintos tipos de instituciones. Además, la identificación de fortalezas y debilidades, contribuye a que ambas entidades repliquen en su entorno las mejores prácticas y así minimizar sustancialmente las debilidades, además estos hallazgos se constituyen como una base para futuras investigaciones que busquen explorar la cultura de seguridad del paciente en otras instituciones y promover el desarrollo de modelos más efectivos de gestión de la seguridad en el ámbito hospitalario.

Desde una perspectiva teórica, este estudio profundiza en la comprensión de los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente dentro de distintos contextos hospitalarios. Al comparar dos instituciones con características diferentes, se enriquece la teoría sobre la implementación y efectividad de prácticas de seguridad del paciente. Por lo que, se estima que este análisis, permite refinar modelos teóricos existentes, identificando los elementos de la cultura organizacional más efectivos en la prevención de eventos adversos y en la promoción de una atención sanitaria más segura.

El desarrollo de esta investigación tiene una alta relevancia académica, ya que ofrece a los estudiantes y profesionales del campo de la salud un marco comparativo concreto para el análisis de la cultura de seguridad del paciente. Este estudio no solo enriquece el corpus

de conocimiento disponible en las universidades y centros de formación, sino que también proporciona un ejemplo práctico de cómo se pueden aplicar metodologías de evaluación comparativa en investigaciones futuras. Además, los resultados obtenidos en este trabajo, podrán ser utilizados como material didáctico en cursos relacionados con la gestión sanitaria y la calidad en salud.

La metodología utilizada en este estudio, que incluye la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), ofrece un enfoque robusto para la evaluación de la cultura de seguridad del paciente. Este enfoque metodológico permitió una comparación detallada y fiable entre las dos instituciones de estudio. Además, la investigación demuestra la eficacia de métodos cuantitativos en la evaluación de aspectos subjetivos como la percepción de seguridad, proporcionando una guía valiosa para futuros estudios que busquen replicar o ampliar este tipo de análisis en otras instituciones o contextos.

Los principales beneficiarios de esta investigación serán los pacientes y el personal de salud de las dos instituciones evaluadas. Para los pacientes, un mejor entendimiento y mejora de la cultura de seguridad en sus instituciones de salud reducirá el riesgo de eventos adversos y mejorará la calidad de atención recibida. Para el personal de salud, los hallazgos proporcionarán información valiosa para la mejora de prácticas y protocolos, fomentando un ambiente de trabajo más seguro y colaborativo. Además, los gestores de salud y formuladores de políticas podrán utilizar los resultados para diseñar e implementar estrategias más efectivas de seguridad en hospitales y centros especializados.

2. Planteamiento del problema

La cultura de seguridad del paciente se refiere al conjunto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y la competencia de una organización en cuanto a la seguridad de los pacientes. Esta cultura fomenta un entorno en el que los profesionales de la salud pueden reportar errores y riesgos sin temor a represalias, lo que facilita la mejora continua de la atención médica. La implementación de una cultura de seguridad sólida implica el liderazgo comprometido, la capacitación continua del personal, y la integración de sistemas de gestión de riesgos efectivos. Además, promueve la comunicación abierta y el trabajo en equipo, esenciales para prevenir errores y mejorar los resultados clínicos. La cultura de seguridad del paciente es, por tanto, una piedra angular para garantizar una atención sanitaria de alta calidad y segura (Meléndez *et al.*, 2020).

La importancia de la cultura de seguridad del paciente radica en su capacidad para minimizar errores médicos y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Una cultura fuerte en seguridad permite que los profesionales de salud reporten incidentes sin temor a represalias, facilitando la identificación y corrección de fallos en los procesos de atención. Esta práctica no solo protege a los pacientes, sino que también fomenta un entorno de aprendizaje continuo y mejora constante. La colaboración y la comunicación abierta entre el personal son esenciales para construir esta cultura, lo que resulta en un mayor compromiso con la seguridad y una reducción significativa de eventos adversos. En última instancia, una sólida cultura de seguridad del paciente contribuye a la confianza del público en el sistema de salud y asegura una atención más segura y eficaz (Larico *et al.*, 2021).

Una deficiente cultura de seguridad del paciente puede tener graves consecuencias negativas en el sistema de salud. La falta de una cultura sólida puede llevar a un aumento en los errores médicos y eventos adversos, poniendo en riesgo la vida y bienestar de los pacientes. Además, la reticencia a reportar incidentes por temor a represalias impide la identificación y corrección de fallos, perpetuando prácticas inseguras. Esto también puede erosionar la confianza de los pacientes en el sistema de salud, afectando la reputación de las instituciones sanitarias. La falta de comunicación y colaboración entre el personal agrava estos problemas, resultando en una atención fragmentada y de menor calidad. En

conjunto, estas consecuencias no solo afectan a los pacientes, sino que también incrementan los costos asociados con la gestión de complicaciones evitables y demandas legales (Tello *et al.*, 2023).

Las estadísticas globales subrayan la urgencia de mejorar la cultura de seguridad del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que uno de cada diez pacientes sufre daño mientras recibe atención hospitalaria. Además, los errores médicos se encuentran entre las diez principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. En países desarrollados, hasta el 10% de los pacientes hospitalizados experimentan algún evento adverso, mientras que en países en desarrollo esta cifra puede alcanzar hasta el 20%. Estos incidentes no solo afectan la salud de los pacientes, sino que también generan costos significativos para los sistemas de salud, estimados en miles de millones de dólares anuales. Estas cifras resaltan la necesidad crítica de fortalecer la cultura de seguridad del paciente para reducir errores y mejorar los resultados de salud (Santiago *et al.*, 2019).

En Latinoamérica, las estadísticas reflejan desafíos significativos en la cultura de seguridad del paciente, debido a que se ve evidenciado que hasta el 10% de los pacientes hospitalizados en la región sufren eventos adversos, de los cuales un alto porcentaje es prevenible. En particular, se puede mencionar que en hospitales de América Latina cerca del 20% de los eventos adversos fueron graves, lo que subraya la urgencia de abordar esta problemática. La falta de reportes sistemáticos y de cultura de seguridad en muchos hospitales latinoamericanos contribuye a la persistencia de estos problemas. Además, los costos asociados con los eventos adversos representan una carga económica considerable para los sistemas de salud de la región. Estas estadísticas evidencian la necesidad de evaluar la cultura de seguridad del paciente, con el propósito de formular estrategias efectivas para su mejoramiento en la región latinoamericana, promoviendo la transparencia, el reporte de errores y la formación continua del personal de salud (Aguirre, 2021).

En el contexto del territorio ecuatoriano, las estadísticas sobre la cultura de seguridad del paciente muestran áreas críticas que requieren atención. Toda vez que, se estima que aproximadamente el 12% de los pacientes hospitalizados experimentan eventos adversos,

muchos de los cuales son prevenibles. Además, se ha identificado que la mayoría de estos incidentes están relacionados con errores de medicación, infecciones nosocomiales y procedimientos quirúrgicos. La falta de una cultura de seguridad consolidada y la reticencia a reportar errores son factores que agravan esta situación. Los costos asociados con la atención de estos eventos adversos no solo impactan financieramente al sistema de salud, sino que también disminuyen la confianza de los pacientes en los servicios sanitarios (Gavilanes *et al.*, 2021).

Sobre la base de lo expuesto, se identifica la importancia de desarrollar una adecuada cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud, razón por la cual es relevante evaluar este aspecto en las casas de salud del Ecuador. Por este motivo, el presente trabajo de investigación se centra en realizar un análisis comparativo entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, donde cabe resaltar que, aun cuando ambas entidades ofrecen servicios de salud distintos, esto no interfiere en el nivel de implantación de la cultura de seguridad del paciente en las actividades médicas que se ejecutan. Por lo tanto, la evaluación de la referida cultura es indispensable para identificar prácticas efectivas y áreas de mejora.

3. Pregunta del problema

¿Cuál es la realidad actual de la cultura de seguridad del paciente del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Analizar detallada y comparativamente la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal.

4.2. Objetivos específicos

Describir las diferencias y similitudes de la cultura de seguridad del paciente entre ambas instituciones.

Identificar áreas específicas que requieran mejora en ambas instituciones.

5. Marco teórico y conceptual

En este capítulo, se describen los antecedentes de la investigación, mismos que conciernen a las principales investigaciones previas que han sido elaboradas siguiendo una temática similar a la abordada en este estudio, de igual manera de desarrolla el marco teórico donde se explican las principales teorías acerca de las variables que componen el tema de estudio, esto es la evaluación comparativa del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal; así como también el marco conceptual donde se exponen los términos más relevantes para este trabajo.

5.1. Antecedentes

En esta sección se detallan las principales investigaciones previas que han sido desarrolladas en torno a la temática abordada en este estudio, misma que consisten en la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud, brindando así un adecuado fundamento teórico tanto para los resultados como para los criterios de valor introducidos mediante la construcción de las respectivas conclusiones, al igual que las correspondientes recomendaciones.

Raso (2019) realizó un estudio en España cuyo objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del paciente en la unidad de cardiología de Alcoi. Se aplicó un diseño transversal con una muestra de 25 profesionales de la salud utilizando el cuestionario HSPSC. Los resultados mostraron que el 68% de los participantes consideraron la cultura de seguridad en sus instituciones como “buena” o “muy buena”, pero solo el 45% reportó sentirse cómodo al informar errores. Las áreas de mejora identificadas fueron la comunicación y la respuesta no punitiva ante errores. La conclusión principal fue que, aunque la percepción general es positiva, aún persiste el temor a las represalias al reportar incidentes.

Prieto *et al.* (2019) llevaron a cabo un análisis en hospitales del País Vasco para comparar la cultura de seguridad entre diferentes unidades hospitalarias. La investigación incluyó a 500 trabajadores de salud, utilizando el HSPSC. El estudio encontró que el 72% de los encuestados percibía un ambiente seguro, pero solo el 40% reportaba errores con frecuencia. Las áreas de mejora incluían la necesidad de mayor apoyo gerencial para la

seguridad del paciente. Concluyeron que, a pesar de una percepción general positiva, la falta de liderazgo visible impacta negativamente en la seguridad de los pacientes.

Reyes & Costa (2021) desarrollaron un estudio en el hospital Mollet de Barcelona para analizar la cultura de seguridad del paciente en diferentes servicios clínicos. Se utilizó una muestra de 120 trabajadores de unidades de cirugía y cuidados intensivos, aplicando el cuestionario HSPSC. Los resultados indicaron que el 60% de los participantes evaluaba positivamente la cultura de seguridad en sus unidades, pero solo el 35% señaló una comunicación efectiva durante las transiciones de turno. Las áreas de mejora identificadas fueron las transiciones y la gestión de riesgos. El estudio concluyó que las unidades críticas presentan mayores desafíos en la implementación de una cultura de seguridad sólida.

Martín *et al.* (2020) realizaron una investigación en hospitales de Castilla La Mancha para evaluar la cultura de seguridad del paciente específicamente en áreas de urgencias. La muestra fue de 414 profesionales de la salud, utilizando el cuestionario HSPSC. Los resultados revelaron que el 55% de los encuestados consideraban que el ambiente de seguridad era adecuado, pero solo el 38% sentía que había suficiente personal para garantizar la seguridad del paciente. Las áreas de mejora incluían el aumento de personal y la mejora de la comunicación interna. La principal conclusión fue que las áreas de urgencias requieren atención prioritaria para mejorar su cultura de seguridad.

Mella *et al.* (2021) evaluaron la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario de Alicante. La muestra incluyó a 250 profesionales de la salud, quienes completaron el cuestionario HSPSC. Los hallazgos mostraron que el 70% de los participantes evaluaron positivamente la cultura de seguridad, pero solo el 42% reportaba errores con regularidad. Las áreas de mejora señaladas fueron el reporte de errores y el soporte gerencial. La conclusión principal fue que, aunque los centros especializados muestran un alto nivel de compromiso con la seguridad, la subnotificación de errores es un problema que requiere atención.

Urpi (2020) llevó a cabo un estudio en Perú con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos y privados de Bogotá. Se utilizó el

cuestionario HSPSC en una muestra de 400 profesionales de salud de diferentes áreas clínicas. Los resultados indicaron que el 63% de los encuestados percibían la seguridad del paciente como adecuada, aunque solo el 37% reportaba errores de forma rutinaria. Las áreas de mejora identificadas incluyeron la falta de comunicación efectiva y el temor a represalias. La conclusión principal fue que, aunque existe conciencia sobre la importancia de la seguridad, el reporte de errores es insuficiente.

Ojeda *et al.* (2021) desarrollaron una investigación en Perú para comparar la cultura de seguridad del paciente entre hospitales generales y especializados. Con una muestra de 520 profesionales de la salud, aplicaron el HSPSC para medir la percepción de la seguridad. El 70% de los participantes en hospitales especializados consideró que su cultura de seguridad era buena, mientras que en hospitales generales el porcentaje fue del 55%. Las principales áreas de mejora fueron la gestión de riesgos y la formación continua del personal. Concluyeron que los hospitales especializados tienden a tener una mejor cultura de seguridad, pero aún hay desafíos en ambas instituciones.

García & Larios (2019) realizaron un estudio en México con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en hospitales de alta complejidad en Puebla. Utilizando el HSPSC, encuestaron a 350 trabajadores de salud. Los resultados mostraron que el 65% de los encuestados percibía un ambiente de seguridad favorable, pero solo el 40% sentía que había un apoyo gerencial adecuado para fomentar la seguridad. Las áreas de mejora incluían el liderazgo y la gestión de recursos. La conclusión principal fue que, aunque hay avances en la percepción de seguridad, el apoyo institucional es clave para mejorar la cultura de seguridad.

Flores *et al.* (2021) investigaron la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Chile, específicamente en Santiago. La muestra fue de 480 profesionales de la salud, quienes completaron el cuestionario HSPSC. El estudio reveló que el 58% de los encuestados consideraba que la seguridad del paciente era prioritaria, pero solo el 32% reportaba errores de forma regular. Las áreas de mejora incluyeron la comunicación interna y la capacitación continua en seguridad. La investigación concluyó que, aunque se han implementado medidas de seguridad, existe una subnotificación de errores que afecta la mejora continua.

Valderrama & Rojas (2019) llevaron a cabo un estudio en Colombia para evaluar la cultura de seguridad del paciente en centros de salud de Bogotá. Se utilizó el cuestionario HSPSC con una muestra de 300 profesionales de salud, incluidos médicos y enfermeras. El 67% de los participantes consideró que la cultura de seguridad era adecuada, pero solo el 45% reportaba errores de manera consistente. Las áreas de mejora destacadas fueron la formación en seguridad y la mejora de la comunicación entre equipos. La conclusión fue que, aunque se ha avanzado en la implementación de prácticas de seguridad, persisten barreras que impiden un reporte efectivo de errores.

Castillo & Morales (2019) llevaron a cabo un estudio en el Hospital General de Quito, Pichincha, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente entre el personal médico y de enfermería. Utilizaron el cuestionario HSPSC con una muestra de 250 trabajadores. Los resultados mostraron que el 60% de los encuestados evaluaba positivamente la cultura de seguridad, pero solo el 30% se sentía cómodo reportando errores. Las áreas de mejora señaladas fueron la comunicación y el apoyo gerencial. La conclusión principal fue que la percepción general de seguridad es moderada, pero se debe trabajar en la confianza para reportar incidentes sin temor a represalias.

Mora *et al.* (2020) realizaron un estudio en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en Quito, Pichincha, para analizar la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre el personal de salud. Se encuestaron a 300 profesionales mediante el cuestionario HSPSC. Los resultados indicaron que el 65% de los encuestados consideraba que la cultura de seguridad era adecuada, pero solo el 35% reportaba de forma regular los eventos adversos. Las principales áreas de mejora incluyeron la gestión de riesgos y el entrenamiento continuo. La investigación concluyó que, aunque existe una buena percepción de la seguridad, la subnotificación de errores sigue siendo un desafío.

González & Zambrano (2021) investigaron la cultura de seguridad del paciente en un hospital de segundo nivel en Guayaquil, Guayas. Utilizando una muestra de 200 profesionales de salud y aplicando el HSPSC, el estudio encontró que el 58% de los participantes consideraba que la seguridad del paciente era prioritaria, aunque solo el 42% reportaba incidentes de forma regular. Las áreas de mejora incluyeron la necesidad de

mayor personal y la mejora de la comunicación interna. La conclusión principal fue que, aunque hay avances, la falta de recursos humanos afecta significativamente la cultura de seguridad en el hospital.

Cedeño & Herrera (2022) llevaron a cabo un estudio en el Hospital Rodríguez Zambrano en Manta, Manabí, con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en áreas críticas. Se encuestó a 150 profesionales de salud utilizando el cuestionario HSPSC. Los resultados mostraron que el 62% de los encuestados evaluaba de manera positiva la seguridad del paciente, pero solo el 38% sentía que había un número adecuado de personal para garantizar esa seguridad. Las áreas de mejora incluyeron la dotación de personal y el refuerzo en la capacitación sobre seguridad del paciente. La conclusión fue que las áreas críticas requieren mayor atención para mejorar su cultura de seguridad.

Ramírez & Andrade (2023) realizaron un estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca, Azuay, con el objetivo de analizar la cultura de seguridad del paciente en las áreas de hospitalización y urgencias. Utilizaron el cuestionario HSPSC con una muestra de 180 profesionales. Los resultados indicaron que el 70% de los participantes percibía una cultura de seguridad adecuada, aunque solo el 33% reportaba errores de forma rutinaria. Las principales áreas de mejora fueron la comunicación entre equipos y el liderazgo gerencial. La investigación concluyó que, aunque la percepción es positiva, es necesario fortalecer el liderazgo en seguridad para mejorar la notificación de errores.

Los antecedentes analizados coinciden en destacar la importancia de la cultura de seguridad del paciente como un factor clave en la calidad de la atención y la prevención de eventos adversos, independientemente del tipo de institución o país en que se aplican los estudios. En todos los casos, se identifica una subnotificación de errores y la necesidad de mejorar la comunicación interna y el apoyo gerencial para fomentar una cultura de seguridad efectiva. Los estudios aportan evidencia empírica que permite comparar las fortalezas y debilidades de instituciones especializadas y generales, lo cual fundamenta la relevancia de realizar una evaluación comparativa entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, con el objetivo de identificar áreas de mejora específicas para cada contexto. Estos antecedentes proporcionan una base sólida

para entender las diferencias institucionales y sus implicaciones en la seguridad del paciente.

5.2. Marco teórico

En esta sección se exponen las principales teorías que fundamentan el abordaje de las variables que componen el tema de estudio, esto es la evaluación comparativa del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, lo que otorga sustento a los resultados y la construcción de las conclusiones y recomendaciones que se constituyen en los aportes de valor de las investigadoras, de conformidad con el procedimiento de análisis aplicado.

5.2.1. Concepto y evolución de la cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente se refiere al conjunto de valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento dentro de una organización sanitaria que determinan el compromiso y la capacidad para mejorar la seguridad del paciente. Este concepto comenzó a tomar relevancia a partir de la década de 1990, cuando los estudios demostraron que los errores médicos eran una causa importante de mortalidad. A lo largo de los años, el enfoque ha evolucionado desde un modelo punitivo, en el que los errores eran atribuibles únicamente al personal, hacia un enfoque sistémico que considera los fallos humanos como una oportunidad para mejorar los procesos (Santos *et al.*, 2022).

Originalmente, los errores médicos se consideraban como fallos personales, lo que generaba miedo a reportar incidentes y promovía una cultura de ocultación. Sin embargo, con la publicación de informes como *"To Err is Human"* del Instituto de Medicina en 1999, se evidenció que muchos errores eran resultado de fallos en los sistemas organizacionales. Esto impulsó la idea de que las mejoras en la seguridad no solo debían enfocarse en las acciones individuales, sino en la optimización de procesos, comunicación y estructuras organizativas (Kalckmann *et al.*, 2019).

La cultura de seguridad del paciente no solo ha evolucionado en respuesta a la necesidad de reducir errores médicos, sino que también ha ido adaptándose a los cambios en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud. Con el aumento en la complejidad de los servicios médicos, debido al uso de nuevas tecnologías y al crecimiento de las

demandas de atención, el desafío de mantener la seguridad del paciente se ha intensificado. Esto ha requerido un enfoque colaborativo en el que todo el personal, desde los directivos hasta los profesionales de primera línea, asuma un papel activo en la promoción de un entorno seguro (Mastandrea *et al.*, 2022). En este contexto, se asume que la cultura de seguridad ha dejado de ser una responsabilidad exclusiva de los equipos médicos y ha pasado a involucrar a todas las áreas de una organización sanitaria, desde la administración hasta el soporte técnico.

La evolución de este concepto también ha sido impulsada por la creciente interconexión global en el sector salud. Las mejores prácticas y las lecciones aprendidas en hospitales de todo el mundo han servido para moldear estándares internacionales que orientan a las instituciones hacia un enfoque más proactivo y preventivo. Las organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission International (JCI), han establecido directrices claras que promueven una cultura de seguridad sólida como componente esencial de la calidad de atención (Gil *et al.*, 2022). Entonces, estos estándares no solo buscan reducir los eventos adversos, sino también promover una atención centrada en el paciente, lo que implica escuchar activamente sus preocupaciones y asegurarse de que estén plenamente informados sobre los procedimientos y decisiones médicas.

A medida que la cultura de seguridad del paciente ha evolucionado, también ha surgido la necesidad de contar con herramientas eficaces para su evaluación. La creación de instrumentos como el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) ha permitido medir la percepción de los profesionales de la salud respecto a la seguridad dentro de sus instituciones. Esta medición no solo es clave para identificar áreas de mejora, sino también para hacer un seguimiento de los avances a lo largo del tiempo. Los resultados de estas evaluaciones proporcionan una base sólida para implementar estrategias correctivas que fortalezcan la cultura de seguridad (Massaroli *et al.*, 2021).

El enfoque de la cultura de seguridad del paciente se ha ampliado para abarcar no solo la reducción de errores médicos, sino también la promoción de un entorno de trabajo saludable para los profesionales de la salud. Los estudios han demostrado que un ambiente laboral positivo, donde se fomente la colaboración y el apoyo entre colegas,

está directamente relacionado con la mejora de los resultados en seguridad del paciente. Por esta razón, muchas instituciones han comenzado a integrar estrategias de bienestar del personal como parte de sus esfuerzos para mejorar la cultura de seguridad. Al reducir el estrés laboral, la fatiga y el burnout, los profesionales están más capacitados para ofrecer una atención de calidad y cometer menos errores (Lima *et al.*, 2020).

Por otra parte, la cultura de seguridad del paciente también está relacionada con la transparencia y la rendición de cuentas dentro de las instituciones de salud. Un componente clave de esta cultura es la apertura para admitir y aprender de los errores, algo que ha sido difícil en sistemas tradicionalmente punitivos. Sin embargo, con el tiempo, muchas organizaciones han adoptado el concepto de "cultura justa", en la que los errores no se castigan, sino que se utilizan como una oportunidad para mejorar los sistemas. Esta transformación ha generado un entorno más seguro y confiable para los pacientes y ha aumentado la confianza del personal en que pueden reportar incidentes sin temor a represalias (Bernal, 2020).

Con base a lo anterior, se distingue que, la cultura de seguridad del paciente ha experimentado un desarrollo significativo, evolucionando de un enfoque basado en la culpa individual hacia uno sistémico, donde la prevención y el aprendizaje continuo son centrales. Este cambio ha permitido a las instituciones de salud adoptar estrategias que fomentan la transparencia y la comunicación efectiva entre los equipos, generando un entorno más seguro para los pacientes. Además, la promoción de una cultura justa ha facilitado que los profesionales de la salud reporten errores sin temor a represalias, lo que contribuye a mejorar los procesos internos. En este contexto, el liderazgo organizacional y el bienestar del personal se han convertido en factores clave para consolidar una cultura sólida de seguridad que impacte positivamente en la calidad de la atención.

5.2.2. Factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente está influenciada por múltiples factores que determinan su efectividad dentro de las instituciones de salud. Uno de los más importantes es el liderazgo organizacional, ya que los directivos tienen la capacidad de establecer prioridades y crear un ambiente que fomente la seguridad. Un liderazgo que promueva la comunicación abierta, la responsabilidad compartida y el aprendizaje constante

contribuye significativamente a una cultura de seguridad sólida. Por otro lado, la falta de compromiso por parte de los líderes puede generar entornos de trabajo donde los errores se ocultan, lo que compromete la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Este factor resalta la importancia de la implicación activa de los líderes en las políticas de seguridad (Jaimes *et al.*, 2021).

Otro factor fundamental es la formación y capacitación continua del personal de salud. Un equipo bien entrenado, con conocimiento actualizado sobre protocolos de seguridad y prevención de errores, es clave para reducir incidentes adversos. La educación constante garantiza que los profesionales estén preparados para enfrentar situaciones críticas, utilizando procedimientos seguros y eficaces. Sin embargo, en muchas instituciones la falta de recursos y la sobrecarga laboral limitan el acceso a programas de formación, lo que influye negativamente en la cultura de seguridad. Implementar estrategias educativas eficaces es, por lo tanto, un componente esencial para el fortalecimiento de la seguridad en los entornos sanitarios (Jaime & González, 2021).

La comunicación efectiva entre los equipos de salud es otro pilar en la cultura de seguridad del paciente. Una comunicación clara y fluida permite la transmisión de información crítica y la detección oportuna de errores o riesgos. En entornos donde la comunicación es deficiente, se incrementa el riesgo de errores médicos y malentendidos, lo que afecta directamente la seguridad del paciente. La implementación de herramientas de comunicación, como reuniones interdisciplinares, reportes de incidentes y la adopción de tecnologías para el intercambio de información, contribuye a mejorar este aspecto. Fomentar una comunicación abierta y sin temor a represalias es fundamental para una cultura de seguridad efectiva (Ramírez & Pérez, 2021).

Además, el entorno laboral y las condiciones de trabajo influyen significativamente en la cultura de seguridad del paciente. Factores como la carga de trabajo excesiva, la fatiga y el estrés afectan la capacidad de los profesionales para mantener altos estándares de seguridad. Los entornos laborales que promueven el bienestar del personal, con políticas de equilibrio entre vida laboral y personal, descansos adecuados y apoyo emocional, tienden a tener mejores resultados en la prevención de errores. Instituciones que priorizan

el bienestar de su personal observan un mayor compromiso en la adopción de prácticas seguras y en el reporte de incidentes (Lotici *et al.*, 2022).

Por otra parte, la actitud del personal hacia los errores y la seguridad es otro factor crítico. Una cultura punitiva, donde los errores se castigan, desincentiva el reporte de incidentes y genera miedo entre los profesionales. En cambio, una cultura de aprendizaje, que considera los errores como oportunidades para mejorar los procesos, promueve un ambiente de confianza y mejora continua. Fomentar una mentalidad de mejora, en lugar de buscar culpables, ha demostrado ser una estrategia eficaz para fortalecer la seguridad del paciente. De esta manera, la actitud del personal hacia la seguridad y la forma en que se gestionan los errores dentro de la institución impactan directamente en la efectividad de la cultura de seguridad (Araújo *et al.*, 2023).

Fundamentado en la información precedente, se determina que los factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente son diversos y abarcan desde el liderazgo organizacional hasta la actitud del personal frente a los errores. El compromiso de los líderes, la formación continua, la comunicación efectiva, y un entorno laboral saludable son elementos clave para garantizar una cultura de seguridad sólida y sostenible. Además, la adopción de una cultura de aprendizaje, en lugar de una cultura punitiva, permite que los errores se conviertan en oportunidades para mejorar los procesos y reducir riesgos. La combinación de estos factores es esencial para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad del cuidado en las instituciones de salud.

5.2.3. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente se compone de diversas dimensiones que, en conjunto, permiten evaluar y fortalecer la seguridad dentro de las instituciones de salud. Una de las principales dimensiones es el clima organizacional, que refleja cómo los empleados perciben el compromiso de la institución con la seguridad. Un clima organizacional positivo, donde los directivos priorizan la seguridad y brindan los recursos necesarios, promueve la participación activa del personal en la detección y corrección de errores. Por otro lado, un clima negativo, donde la seguridad no es valorada, desmotiva al personal y aumenta el riesgo de incidentes adversos (López *et al.*, 2019). El clima

organizacional es, por tanto, un indicador clave de la efectividad de la cultura de seguridad en una institución.

Otra dimensión fundamental es el trabajo en equipo, que se refiere a la colaboración y comunicación entre los profesionales de salud. La calidad de la atención depende en gran medida de la capacidad de los equipos para trabajar de manera coordinada, compartir información crítica y apoyar mutuamente sus tareas. Un entorno donde se promueve el trabajo en equipo es más propenso a identificar y corregir riesgos de manera oportuna, lo que impacta directamente en la seguridad del paciente. Sin embargo, la falta de colaboración puede generar malentendidos y errores, afectando la calidad de la atención y exponiendo a los pacientes a mayores riesgos (Camacho, 2020).

El reporte de eventos es otra dimensión crucial, que implica la disposición del personal para comunicar errores o incidentes de manera inmediata y sin temor a represalias. Instituciones que promueven una cultura justa, en la que se analizan los errores con el objetivo de mejorar, generan mayor confianza entre los profesionales para reportar problemas de seguridad. En cambio, en entornos donde el reporte de errores es castigado, los incidentes suelen ocultarse, lo que impide la implementación de medidas correctivas. Fomentar un sistema de reporte de eventos eficiente es vital para identificar áreas críticas y fortalecer la seguridad del paciente (Rivera *et al.*, 2020).

La retroalimentación y la comunicación sobre errores constituye otra dimensión clave, ya que involucra la manera en que se transmite la información acerca de incidentes dentro de la institución. Una comunicación abierta, en la que los errores son discutidos de forma constructiva, permite que el personal aprenda de las experiencias pasadas y adopte mejores prácticas para evitar futuros incidentes. En este sentido, las instituciones deben implementar mecanismos claros para la retroalimentación, que incluyan tanto la notificación de errores como las soluciones propuestas para mejorar la seguridad (Gutiérrez, 2020).

Además, la dotación de personal es una dimensión que impacta directamente en la capacidad de una institución para garantizar la seguridad de los pacientes. La escasez de personal o una carga laboral excesiva incrementan el riesgo de errores, ya que los

profesionales pueden verse abrumados y cometer fallos en el cuidado. Un adecuado número de profesionales de la salud, junto con una distribución equitativa de las tareas, permite un mejor manejo de los pacientes y reduce la probabilidad de incidentes adversos. La gestión eficiente de los recursos humanos es, por lo tanto, esencial para mantener un entorno de trabajo seguro y eficaz (García & Larios, 2019).

Por lo expuesto, se identifica que las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente son esenciales para garantizar un entorno de atención seguro y eficaz. El clima organizacional, el trabajo en equipo, el reporte de eventos, la retroalimentación sobre errores y la dotación de personal son factores interconectados que influyen directamente en la calidad de la atención. Una institución que prioriza estas dimensiones y fomenta un ambiente de confianza y colaboración será capaz de identificar y corregir errores de manera oportuna. Esto no solo protege a los pacientes, sino que también promueve la mejora continua y el aprendizaje organizacional, fortaleciendo la seguridad en los procesos asistenciales.

5.2.4. Modelos teóricos aplicados a la cultura de seguridad del paciente

Los modelos teóricos aplicados a la cultura de seguridad del paciente son fundamentales para comprender cómo se pueden implementar y evaluar estrategias efectivas en las instituciones de salud. Uno de los modelos más destacados es el Modelo de Just Culture o cultura justa, que se centra en la idea de que los errores deben ser vistos como oportunidades de aprendizaje en lugar de ser motivo de castigo. Este modelo promueve un entorno donde los profesionales se sienten seguros para reportar incidentes, lo que permite a las organizaciones identificar fallos en los sistemas y procesos. La implementación de una cultura justa fomenta la transparencia y la comunicación, aspectos clave para la mejora continua en la seguridad del paciente (Chávez, 2019).

Otro modelo relevante es el Modelo de Seguridad de Donabedian, que se basa en tres componentes: estructura, proceso y resultado. Este modelo proporciona un marco para evaluar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, enfatizando que la infraestructura organizacional y los procedimientos de atención deben ser adecuados para lograr buenos resultados. Al analizar cómo cada uno de estos elementos interactúa, las instituciones pueden identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias que fortalezcan

la cultura de seguridad. La estructura organizativa, los recursos disponibles y la formación del personal son aspectos que, si se optimizan, pueden contribuir significativamente a la reducción de eventos adversos (Álvarez, 2019).

El Modelo de Alto Rendimiento también es pertinente, ya que enfatiza la importancia del liderazgo y la cultura organizacional en la seguridad del paciente. Este modelo sugiere que las organizaciones deben fomentar un ambiente de aprendizaje y colaboración, donde todos los miembros del equipo se sientan empoderados para participar en la identificación de riesgos. La formación de equipos de alto rendimiento, con habilidades comunicativas y técnicas bien desarrolladas, es crucial para mejorar la seguridad. En este sentido, el modelo destaca que un liderazgo efectivo que valore la seguridad del paciente es esencial para cultivar una cultura sólida y orientada a la mejora continua (Salazar & Restrepo, 2020).

Por otro lado, el Modelo del Ciclo de Deming (también conocido como PDCA: Plan-Do-Check-Act) es otra herramienta útil para implementar mejoras en la cultura de seguridad. Este enfoque permite a las instituciones planificar acciones, llevarlas a cabo, evaluar su efectividad y ajustar las estrategias según los resultados obtenidos. Al aplicar este ciclo, las organizaciones pueden realizar mejoras continuas en sus procesos y adaptarse a las necesidades cambiantes de seguridad del paciente. Este modelo promueve una cultura proactiva, donde se prioriza la prevención de errores y la adaptación rápida a nuevas realidades (Sulca, 2021).

Además, el Modelo de Efectividad Organizacional de Schein ofrece un marco para entender cómo las dinámicas culturales influyen en la seguridad del paciente. Schein destaca la importancia de los valores compartidos, las creencias y los supuestos que subyacen en la cultura de una organización. Al analizar estos aspectos culturales, las instituciones pueden identificar elementos que potencian o limitan la seguridad del paciente. Comprender cómo estos factores afectan el comportamiento del personal y la toma de decisiones es crucial para desarrollar intervenciones que fortalezcan la cultura de seguridad y logren una atención más segura y de calidad (León & Mejía, 2019).

Sustentado en lo anterior, se establece que, los modelos teóricos aplicados a la cultura de seguridad del paciente proporcionan marcos valiosos para comprender y mejorar la atención en las instituciones de salud. Desde el modelo de cultura justa, que fomenta la transparencia, hasta el enfoque del ciclo de Deming para la mejora continua, cada uno ofrece perspectivas únicas sobre cómo fortalecer la seguridad. Además, el modelo de Donabedian destaca la importancia de la estructura y el proceso en la obtención de buenos resultados, mientras que el modelo de alto rendimiento enfatiza el papel del liderazgo en la creación de un ambiente colaborativo. Al integrar estos enfoques, las organizaciones pueden desarrollar estrategias efectivas que prioricen la seguridad del paciente y promuevan una cultura de aprendizaje y mejora constante.

5.2.5. La comunicación como pilar de la cultura de seguridad del paciente

La comunicación es uno de los pilares fundamentales en la construcción de una cultura de seguridad del paciente, ya que facilita la transmisión de información clave para la prevención de errores y la mejora continua. En las instituciones de salud, una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención es esencial para la coordinación adecuada de los cuidados. Esto implica no solo compartir información clínica de manera clara y oportuna, sino también garantizar que todos los profesionales involucrados comprendan su rol y las acciones necesarias para evitar eventos adversos. Un entorno en el que la comunicación fluye de manera abierta y respetuosa reduce significativamente el riesgo de errores y mejora la seguridad del paciente (Flores *et al.*, 2019).

La comunicación interdisciplinaria juega un papel crucial, ya que la atención al paciente involucra a diversos profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros especialistas. La capacidad de estos equipos para coordinarse y compartir información de manera efectiva impacta directamente en la seguridad del paciente. Estudios han demostrado que los fallos en la comunicación entre estos grupos pueden ser la causa de errores graves, como medicaciones incorrectas o diagnósticos erróneos. Por ello, es fundamental que las instituciones implementen estrategias que promuevan la comunicación fluida y el trabajo en equipo para prevenir eventos adversos y mejorar los resultados en la atención de los pacientes (Blanco *et al.*, 2023).

Otro aspecto importante es la comunicación con el paciente, la cual debe ser clara, comprensible y constante durante todo el proceso de atención. Los pacientes que están bien informados acerca de su tratamiento y los riesgos asociados tienen más probabilidades de colaborar en su propio cuidado, lo que contribuye a la prevención de errores. Además, la comunicación efectiva con el paciente no solo incluye información médica, sino también el establecimiento de una relación de confianza. Esto es crucial para que los pacientes se sientan cómodos al hacer preguntas, expresar preocupaciones o notificar cualquier situación que consideren anormal en su tratamiento, promoviendo una atención más segura (Arboit *et al.*, 2020).

La retroalimentación continua entre el personal de salud es otro elemento esencial dentro de la cultura de seguridad. Crear mecanismos formales para que los profesionales compartan sus experiencias, errores y soluciones contribuyen al aprendizaje organizacional y a la mejora de los procesos. Cuando los profesionales reciben retroalimentación sobre su desempeño y los resultados de su trabajo, pueden ajustar sus prácticas para reducir los riesgos. Este tipo de comunicación debe ser constante y constructiva, permitiendo que todos los miembros del equipo estén al tanto de las áreas que requieren atención y los cambios necesarios para mejorar la seguridad del paciente (Bravo *et al.*, 2020).

Además, las herramientas tecnológicas pueden facilitar la comunicación dentro de los equipos de salud y entre los profesionales y los pacientes. Los sistemas de información de salud electrónicos, plataformas de comunicación instantánea y otras tecnologías permiten la transmisión rápida y precisa de datos relevantes, minimizando el riesgo de errores asociados a la falta de comunicación. Estas herramientas también permiten registrar información crítica que puede ser revisada por varios profesionales, lo que mejora la coordinación y la toma de decisiones informadas. La integración de la tecnología con la comunicación efectiva refuerza aún más la cultura de seguridad en las instituciones de salud (Haas *et al.*, 2022).

Sobre la base de lo expuesto, se determina que, la comunicación efectiva es un componente esencial para consolidar una sólida cultura de seguridad del paciente. La interacción fluida entre los equipos de salud, así como la comunicación clara y

comprensible con los pacientes, contribuye a la prevención de errores y mejora la atención. La retroalimentación constante entre profesionales fomenta el aprendizaje continuo y refuerza la seguridad en los procesos asistenciales. Además, el uso de herramientas tecnológicas complementa y facilita estos intercambios de información, garantizando mayor precisión y rapidez. De esta forma, una comunicación adecuada se convierte en un pilar fundamental para una atención más segura y de calidad.

5.2.6. Seguridad del paciente en hospitales públicos y privados

La seguridad del paciente es una prioridad tanto en hospitales públicos como privados, aunque los desafíos y enfoques pueden variar entre estos dos sectores. En los hospitales públicos, la seguridad del paciente está influenciada por factores como la disponibilidad limitada de recursos, la alta demanda de servicios y la saturación de los sistemas de salud. Estas condiciones aumentan pueden el riesgo de eventos adversos si no se implementan protocolos de seguridad efectivos. Sin embargo, el compromiso de los gobiernos y las políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de la atención de los contribuyentes a que los hospitales públicos trabajen continuamente para reducir estos riesgos y mejorar la seguridad del paciente (Ojeda *et al.*, 2021).

Por otro lado, en los hospitales privados, aunque los recursos económicos y tecnológicos suelen ser mayores, la seguridad del paciente no está garantizada sin una gestión adecuada. Estos hospitales tienen la ventaja de contar con infraestructura moderna y acceso a tecnologías avanzadas, lo que puede facilitar la implementación de medidas de seguridad más eficientes. No obstante, la competencia por atraer pacientes también puede llevar a que se prioricen aspectos comerciales sobre los clínicos. Es fundamental que las instituciones privadas equilibren la calidad del servicio con la seguridad del paciente, promoviendo prácticas basadas en evidencia y una cultura organizacional que fomente la mejora continua (Cruz *et al.*, 2021).

Un aspecto importante que distingue a los hospitales públicos y privados es la capacitación y formación continua del personal. En los hospitales públicos, los programas de formación pueden estar limitados por restricciones presupuestarias, lo que impacta en la actualización constante de los profesionales en cuanto a nuevas prácticas y tecnologías de seguridad. En contraste, los hospitales privados suelen contar con más recursos para

invertir en la formación del personal, lo que les permite mantenerse al día en los avances en seguridad del paciente. Sin embargo, la formación y capacitación no solo depende de la disponibilidad de recursos, sino también del compromiso de la institución por establecer una cultura de seguridad sólida.

La cultura de seguridad varía significativamente entre ambos sectores. En los hospitales públicos, la seguridad del paciente a menudo está sujeta a las condiciones laborales de los profesionales, como la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, lo que puede generar una mayor incidencia de errores. Los hospitales privados, aunque con menor presión asistencial, no están exentos de riesgos, ya que la falta de estandarización de protocolos y la posible subcontratación de servicios pueden afectar la calidad y seguridad de los cuidados. Ambos tipos de instituciones deben trabajar en la creación de entornos de trabajo que promuevan la seguridad del paciente y minimicen el riesgo de eventos adversos (Batista *et al.*, 2021).

Por otra parte, la participación de los pacientes en su propio cuidado es un factor clave tanto en hospitales públicos como privados. La educación del paciente y su implicación en el proceso de atención son fundamentales para prevenir errores y mejorar los resultados clínicos. En los hospitales públicos, es esencial que los pacientes reciban información clara y accesible sobre su estado de salud, mientras que en los hospitales privados, la atención más personalizada y detallada puede facilitar una mejor comprensión y participación del paciente. Sin embargo, en ambos sectores, la comunicación efectiva y la relación de confianza entre el médico personal y el paciente son aspectos críticos para garantizar una atención segura y de calidad (Gavilanes *et al.*, 2021).

En concordancia a lo expuesto, se establece que la seguridad del paciente es un reto fundamental tanto en hospitales públicos como privados, con diferencias en cuanto a recursos, infraestructura y condiciones laborales. Mientras que los hospitales públicos enfrentan limitaciones económicas y alta demanda, los privados deben equilibrar la calidad asistencial con sus objetivos comerciales. Sin embargo, ambos sectores comparten la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad a través de la formación continua del personal, la implementación de protocolos efectivos y la participación activa del paciente en su propio cuidado. Solo con un enfoque integral, atención y colaboración

se puede garantizar una seguridad y de calidad para todos los pacientes, independientemente del tipo de institución.

5.2.7. Diferencias en la cultura de seguridad entre áreas críticas y no críticas

Las áreas críticas, como las unidades de cuidados intensivos (UCI) y quirófanos, presentan mayores riesgos propios para la seguridad del paciente debido a la naturaleza compleja de los procedimientos y la gravedad de las condiciones tratadas. En estos entornos, la cultura de seguridad del paciente tiende a ser más rigurosa, con protocolos estrictos y un enfoque más sistemático en la prevención de errores. La alta dependencia de tecnología avanzada y la necesidad de coordinación interdisciplinaria son factores clave que impulsan la adopción de medidas más robustas. Además, el personal en estas áreas está entrenado específicamente para responder a emergencias, lo que refuerza una mentalidad de vigilancia continua para evitar eventos adversos (Saura *et al.*, 2021).

Por otro lado, en las áreas no críticas, como las unidades de hospitalización general o ambulatoria, la cultura de seguridad puede ser menos formalizada, ya que los procedimientos suelen ser menos invasivos y los pacientes presentan condiciones de menor complejidad. Sin embargo, esto no significa que los riesgos estén ausentes. Aunque los protocolos pueden ser más relajados en comparación con las áreas críticas, la seguridad del paciente sigue siendo fundamental, especialmente en el manejo de medicamentos, la prevención de infecciones y la comunicación efectiva entre el personal y los pacientes. En estos entornos, la cultura de seguridad puede enfocarse más en la mejora de procesos y la minimización de riesgos cotidianos (Hernández *et al.*, 2020).

Las diferencias en la cultura de seguridad entre áreas críticas y no críticas también pueden estar influenciadas por la percepción de riesgo y la presión asistencial. En las áreas críticas, los profesionales de la salud suelen estar más conscientes de los riesgos inmediatos, lo que genera una cultura de seguridad más alerta y reactiva. En cambio, en las áreas no críticas, donde las complicaciones graves son menos frecuentes, puede haber una tendencia a subestimar ciertos riesgos, lo que puede debilitar la aplicación rigurosa de las medidas de seguridad. Esta disparidad resalta la importancia de adaptar las estrategias de seguridad a las características de cada área, garantizando una atención segura en todo el hospital (Ordinola, 2021).

Otra diferencia notable radica en la capacitación del personal. En las áreas críticas, los profesionales suelen recibir formación especializada en técnicas avanzadas de monitoreo, intervención y manejo de crisis, lo que refuerza la cultura de seguridad en estos entornos. En contraste, en las áreas no críticas, el personal puede estar más orientado hacia la atención general, lo que requiere programas de formación específicos que fortalezcan su conciencia sobre la seguridad del paciente. La promoción de una cultura de seguridad sólida en todas las áreas hospitalarias exige que tanto el personal de áreas críticas como no críticas reciban capacitación continua, ajustada a los riesgos específicos de sus entornos (Ayerbe, 2021).

Además, la comunicación y el trabajo en equipo juegan un papel importante en la cultura de seguridad tanto en áreas críticas como no críticas. En las áreas críticas, la necesidad de coordinación rápida y precisa entre profesionales es esencial para evitar errores graves. En las áreas no críticas, aunque la urgencia puede ser menor, una comunicación efectiva sigue siendo crucial para prevenir errores comunes, como la administración incorrecta de medicamentos o la falta de información al paciente. La cultura de seguridad en ambos tipos de áreas depende en gran medida de la capacidad del personal para trabajar de manera colaborativa y comunicar información clara y oportuna (Portela *et al.*, 2019).

Por lo expresado, se estima que las diferencias en la cultura de seguridad entre áreas críticas y no críticas responden principalmente a la complejidad de los procedimientos y el nivel de riesgo involucrado en cada entorno. Mientras que las áreas críticas exigen una mayor vigilancia y protocolos más estrictos, las áreas no críticas también requieren una cultura de seguridad adaptada a sus particularidades, para prevenir riesgos más cotidianos. La capacitación continua del personal, la adecuada percepción del riesgo y la comunicación efectiva son pilares fundamentales en ambos tipos de áreas. Así, garantizar una cultura de seguridad sólida en todo el hospital es esencial para ofrecer atención segura.

5.2.8. Comparación de culturas de seguridad en hospitales generales y especializados

La cultura de seguridad del paciente varía considerablemente entre los hospitales generales y los especializados, debido a las diferencias en la complejidad de los servicios

prestados y el perfil de los pacientes. En los hospitales generales, que atienden una amplia gama de patologías, la cultura de seguridad suele enfocarse en la implementación de medidas estandarizadas que cubran un espectro amplio de situaciones clínicas. Esta diversidad de casos requiere que el personal esté capacitado en una gama amplia de protocolos de seguridad, pero también puede generar desafíos en la consistencia de su aplicación. La cultura de seguridad en estos entornos busca equilibrar el cuidado de un gran volumen de pacientes con la necesidad de mantener altos estándares de seguridad (Barbosa *et al.*, 2019).

Por el contrario, los hospitales especializados, al centrarse en áreas específicas como oncología, cardiología o nefrología, tienden a desarrollar una cultura de seguridad mucho más focalizada. La atención a un grupo más homogéneo de pacientes con condiciones complejas permite que las medidas de seguridad sean más detalladas y adaptadas a las necesidades particulares de la especialidad. Estos entornos suelen implementar tecnologías y procedimientos más avanzados, lo que puede mejorar la precisión en el diagnóstico y tratamiento, pero también implica una mayor dependencia de la tecnología y una rigurosa capacitación del personal en el uso de equipos y técnicas especializadas (Fonseca *et al.*, 2021).

Una diferencia clave entre los hospitales generales y especializados es la formación continua del personal en prácticas de seguridad. Mientras que en los hospitales generales la capacitación puede ser más generalista y centrada en una variedad de riesgos, en los hospitales especializados los programas de formación son más específicos y profundos en torno a los procedimientos de alta complejidad que se realizan. Esto refuerza una cultura de seguridad que responde mejor a las necesidades particulares de los pacientes, aunque también implica la necesidad de actualización constante, dado que las áreas especializadas suelen estar en la vanguardia de los avances médicos (Pastor *et al.*, 2019).

La comunicación y el trabajo en equipo también difieren entre los hospitales generales y especializados. En los hospitales generales, la coordinación entre equipos puede ser más complicada debido a la diversidad de servicios y personal involucrado en el cuidado de cada paciente, lo que podría dificultar la consistencia en la aplicación de medidas de seguridad. Por otro lado, en los hospitales especializados, los equipos tienden a estar más

cohesionados y acostumbrados a trabajar en entornos de alta complejidad, lo que puede facilitar la implementación de una cultura de seguridad más uniforme. Sin embargo, esta especialización también puede llevar a que se subestimen riesgos fuera de la especialidad, lo que exige un enfoque balanceado (Pineda *et al.*, 2022).

Además, la infraestructura y el acceso a recursos juegan un papel fundamental en la cultura de seguridad en ambos tipos de hospitales. Los hospitales especializados suelen contar con mayores recursos tecnológicos y financieros, lo que les permite implementar medidas de seguridad más avanzadas, como sistemas de monitoreo continuo o equipos de última generación. En contraste, los hospitales generales, al manejar un mayor volumen de pacientes y servicios, pueden enfrentarse a limitaciones en la asignación de recursos, lo que puede impactar en la efectividad de sus medidas de seguridad. No obstante, la cultura de seguridad en ambos casos depende en gran medida del compromiso institucional y de la formación adecuada del personal para garantizar que las políticas de seguridad se apliquen de manera efectiva (García *et al.*, 2019).

Sustentado en lo anterior, se establece que la cultura de seguridad en hospitales generales y especializados presenta diferencias significativas, principalmente debido a la diversidad de pacientes y la complejidad de los procedimientos realizados en cada tipo de institución. Mientras los hospitales generales deben gestionar una amplia variedad de patologías, lo que exige un enfoque más generalista en las medidas de seguridad, los hospitales especializados tienden a implementar protocolos más específicos y avanzados, adaptados a las necesidades de sus pacientes. Sin embargo, ambos tipos de hospitales enfrentan desafíos comunes, como la necesidad de formación continua del personal y la adecuada asignación de recursos. Fortalecer la cultura de seguridad en ambas instituciones es indispensable para garantizar una atención de calidad y minimizar los riesgos.

5.2.9. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSPSC

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) es una herramienta ampliamente utilizada para medir la percepción del personal de salud sobre diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias. Este cuestionario, desarrollado

por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), permite identificar fortalezas y áreas de mejora dentro de la organización. A través de una serie de dimensiones clave, como el trabajo en equipo, la comunicación abierta, la respuesta no punitiva a los errores y el apoyo de la gerencia, el HSPSC ofrece una visión integral de cómo se implementan y perciben las prácticas de seguridad en el hospital (Cuadros *et al.*, 2022).

El cuestionario HSPSC consta de múltiples preguntas que abordan aspectos relacionados con la seguridad del paciente, distribuidas en dimensiones que analizan tanto el nivel de la organización como el del equipo. La aplicación de esta herramienta permite no solo identificar problemas específicos, sino también comparar los resultados con promedios nacionales o internacionales, estableciendo así parámetros para mejorar la cultura organizacional. Además, esta evaluación proporciona datos cuantitativos que son esenciales para la toma de decisiones basadas en evidencia, ayudando a las instituciones a priorizar cambios estructurales y culturales para mejorar la seguridad del paciente (Bonilla, 2021).

Uno de los principales beneficios del HSPSC es que permite obtener retroalimentación directa del personal de salud, lo que incluye tanto a médicos y enfermeras como a personal administrativo. Esta amplitud de perspectivas es crucial para entender cómo las políticas de seguridad son implementadas y percibidas en diferentes niveles de la institución. El análisis de los resultados del cuestionario facilita la identificación de diferencias en la percepción de seguridad entre departamentos o áreas críticas y no críticas, proporcionando una imagen clara de las fortalezas y debilidades dentro de la organización (Antino et al., 2020).

La interpretación de los resultados del HSPSC también permite a los hospitales implementar intervenciones más precisas y personalizadas. Por ejemplo, si una institución presenta puntajes bajos en la dimensión de comunicación abierta, se puede diseñar un plan de acción enfocado en mejorar la transparencia y el flujo de información entre los diferentes niveles de la organización. Asimismo, si se detecta una percepción negativa en cuanto al apoyo de la gerencia hacia la seguridad del paciente, es posible realizar cambios

estructurales que refuercen el liderazgo y el compromiso de los directivos con esta cultura (Calvache *et al.*, 2021).

Por otra parte, el uso continuo del HSPSC en evaluaciones periódicas permite monitorear el progreso a lo largo del tiempo, asegurando que las intervenciones implementadas tengan un impacto positivo en la cultura de seguridad del paciente. Este seguimiento es vital para crear un entorno de mejora continua, donde la seguridad sea un pilar fundamental en la atención hospitalaria. La herramienta, además de su función diagnóstica, sirve como un motor de cambio cultural, al involucrar activamente al personal en la mejora de los estándares de seguridad y fortalecer el compromiso institucional hacia la protección del paciente (Gambashidze *et al.*, 2019).

Con base a lo anterior, se distingue que la evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSPSC es una herramienta esencial para identificar fortalezas y áreas de mejora dentro de las instituciones de salud. Su capacidad para recopilar percepciones del personal en distintos niveles y áreas permite una visión integral de cómo se implementan las prácticas de seguridad. Además, el HSPSC facilita la toma de decisiones basadas en datos concretos, lo que impulsa cambios estructurales y culturales orientados a mejorar la seguridad del paciente. El uso continuo de esta herramienta no solo monitorea el progreso, sino que también fomenta un entorno de mejora continua en la atención sanitaria.

5.2.10. Impacto de la cultura de seguridad en la calidad del servicio de salud

El impacto de la cultura de seguridad en la calidad del servicio de salud es fundamental, ya que establece las bases para prácticas clínicas seguras y efectivas, reduciendo la probabilidad de errores y eventos adversos. Una cultura de seguridad sólida promueve un ambiente donde el personal se siente seguro al reportar incidentes sin temor a represalias, lo cual permite una mejora continua en los procesos de atención. La seguridad del paciente está intrínsecamente ligada a la calidad del servicio, dado que un sistema de salud que prioriza la protección del paciente también incrementa la confianza en los servicios que ofrece, mejorando tanto la satisfacción del paciente como los resultados clínicos (Tinedo, 2022).

Además, la cultura de seguridad impacta directamente en la eficiencia de los equipos de trabajo. Cuando se fomenta una comunicación abierta y la colaboración entre los diferentes niveles de la institución, se optimizan los procesos, reduciendo duplicidades y mejorando la respuesta ante situaciones críticas. Esto no solo disminuye la posibilidad de eventos adversos, sino que también contribuye a un uso más eficiente de los recursos, mejorando la relación costo-beneficio de los servicios de salud. Por lo tanto, la seguridad no solo protege al paciente, sino que también incrementa la productividad del personal, impactando positivamente en la sostenibilidad del sistema de salud (Bustamante, 2020).

Otro aspecto elemental, es la percepción del paciente sobre la calidad del servicio. En entornos donde se prioriza la seguridad, los pacientes perciben una mayor calidad en la atención, ya que se sienten más protegidos y cuidados. Este sentido de confianza no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también puede influir en los indicadores de calidad relacionados con la satisfacción y la fidelización. De esta forma, la cultura de seguridad trasciende el ámbito operativo, impactando en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, y reforzando el compromiso hacia una atención centrada en las necesidades del usuario (Arroyo & Cruzado, 2019).

El desarrollo de una cultura de seguridad también facilita la implementación de estándares de calidad internacionales, como los promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Joint Commission International (JCI). Cumplir con estos estándares no solo garantiza una atención más segura, sino que también posiciona a las instituciones de salud como referentes de excelencia en el ámbito nacional e internacional. En este sentido, la cultura de seguridad se convierte en un elemento diferenciador clave para las organizaciones de salud, generando un impacto directo en la reputación institucional y su capacidad para atraer tanto a pacientes como a profesionales altamente calificados (González *et al.*, 2021).

De igual forma, la cultura de seguridad impacta en el bienestar del personal sanitario, ya que un entorno seguro fomenta la reducción del estrés y la fatiga relacionados con el trabajo. Cuando los profesionales de la salud sienten que forman parte de un sistema que prioriza la seguridad, aumenta su satisfacción laboral y disminuye el riesgo de burnout. De esta manera, la cultura de seguridad contribuye a un ambiente de trabajo más saludable

y equitativo, donde el bienestar del personal se refleja en la calidad de la atención brindada (Zavala, 2019).

En concordancia a lo expresado, se determina que la cultura de seguridad tiene un impacto significativo en la calidad del servicio de salud, ya que fomenta un entorno donde el bienestar del paciente y del personal son prioritarios. Al promover una comunicación abierta y una gestión efectiva de los riesgos, se mejora la eficiencia operativa y se reducen los eventos adversos, contribuyendo a una atención más segura y de mayor calidad. Además, la percepción positiva de los pacientes respecto a su cuidado aumenta la confianza en las instituciones y refuerza su reputación. Por último, la cultura de seguridad favorece el cumplimiento de estándares internacionales, consolidando a las organizaciones como líderes en excelencia sanitaria.

Ahora bien, el impacto de los eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente es profundo, ya que estos incidentes reflejan debilidades en los sistemas de atención y exponen áreas que requieren mejoras. Los eventos adversos, que incluyen errores médicos, infecciones adquiridas en el hospital, y fallos en la administración de medicamentos, afectan tanto a los pacientes como al personal sanitario. La presencia frecuente de estos eventos en una institución puede indicar una cultura débil de seguridad, donde no se priorizan medidas preventivas ni se fomenta un ambiente propicio para la identificación y solución de problemas. Esto pone en riesgo la salud del paciente y disminuye la confianza en el sistema de salud (Valderrama & Rojas, 2019).

Cuando los eventos adversos no se gestionan adecuadamente o se ocultan, se socava la cultura de seguridad del paciente. Una cultura efectiva depende de la transparencia y la capacidad de aprender de los errores. Si el personal teme represalias o culpabilización, los incidentes pueden pasar desapercibidos, lo que perpetúa prácticas inseguras. La gestión inadecuada de estos eventos no solo afecta la seguridad del paciente, sino que también incrementa la carga emocional sobre los profesionales de la salud, quienes pueden experimentar un deterioro en su desempeño por miedo a cometer errores y ser señalados por ello (Fayos & García, 2023).

Por otro lado, un manejo adecuado de los eventos adversos puede fortalecer la cultura de seguridad del paciente. Instituciones que promueven la notificación de errores sin castigos generan un entorno donde se pueden analizar las causas subyacentes de los incidentes y se fomenta una mejora continua. Esto implica una actitud proactiva hacia la prevención, al promover capacitaciones, auditorías internas, y la creación de protocolos basados en lecciones aprendidas. Al transformar los eventos adversos en oportunidades de mejora, las organizaciones pueden reducir los riesgos y aumentar la protección de los pacientes (Cardoso *et al.*, 2021).

Los eventos adversos también influyen en la percepción del público y los reguladores sobre la calidad de la atención. Altas tasas de estos eventos pueden llevar a una pérdida de confianza por parte de los pacientes y las familias, lo que impacta en la reputación institucional y la capacidad de la organización para atraer a profesionales cualificados. En contraste, instituciones que muestran una cultura de seguridad sólida, que enfrentan y resuelven los problemas de manera transparente, son vistas como líderes en la calidad del cuidado. Este enfoque mejora no solo la seguridad, sino también la satisfacción del paciente, impulsando la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud (Álvarez & González, 2022).

En este sentido, el análisis de los eventos adversos permite que las instituciones de salud adapten sus políticas y prácticas según las necesidades específicas de sus pacientes y contexto. Esto incluye la identificación de áreas críticas de alto riesgo y la implementación de soluciones específicas que mitiguen los riesgos asociados. En este sentido, los eventos adversos, lejos de ser vistos únicamente como fallos, se convierten en herramientas clave para la evolución de una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente y la excelencia en la atención (Carlise & Junges, 2021).

En función de la información precedente, se establece que, los eventos adversos son indicadores críticos del estado de la cultura de seguridad del paciente en una institución de salud. Su manejo adecuado, basado en la transparencia y el aprendizaje continuo, fortalece dicha cultura al promover la mejora constante de los procesos y la prevención de riesgos futuros. Instituciones que abordan estos incidentes de manera proactiva generan confianza tanto en sus equipos de trabajo como en los pacientes, mejorando la

calidad de la atención y su reputación. Por otro lado, la falta de gestión de estos eventos puede debilitar la cultura de seguridad y afectar la satisfacción del paciente, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema.

5.2.11. Barreras para la implementación de una cultura de seguridad efectiva

La implementación de una cultura de seguridad efectiva en las instituciones de salud enfrenta múltiples barreras que dificultan su consolidación. Una de las principales es la resistencia al cambio por parte del personal, ya que la adopción de nuevas prácticas de seguridad a menudo requiere ajustes en las rutinas establecidas. El temor a ser sancionados o estigmatizados por reportar errores también contribuye a que los profesionales de la salud no se sientan motivados a participar activamente en la mejora de la seguridad. Esta cultura punitiva inhibe la transparencia y dificulta el aprendizaje organizacional basado en la experiencia, lo que es fundamental para prevenir futuros errores (Cruz & Veloza, 2019).

Otro obstáculo importante es la falta de recursos, tanto humanos como financieros, para implementar programas de seguridad adecuados. La sobrecarga de trabajo, la escasez de personal y la falta de capacitación específica en seguridad del paciente generan un entorno poco propicio para desarrollar estrategias efectivas. En muchas ocasiones, los profesionales de la salud carecen de tiempo suficiente para revisar protocolos o participar en iniciativas de mejora de la calidad. La ausencia de apoyo institucional para invertir en herramientas y tecnologías diseñadas para prevenir errores también contribuye a que las prácticas de seguridad se implementen de forma insuficiente o ineficaz (Romeo *et al.*, 2019).

La comunicación deficiente dentro de los equipos de trabajo y entre los distintos niveles jerárquicos es otra barrera significativa. La falta de canales adecuados para compartir información clave, como incidentes o riesgos detectados, impide una respuesta oportuna y coordinada ante potenciales problemas de seguridad. Además, la jerarquía en las instituciones de salud puede generar dificultades para que el personal subalterno exprese sus preocupaciones o sugerencias. Esta falta de colaboración y apertura puede perpetuar errores y riesgos no identificados, afectando la calidad del cuidado y la seguridad del paciente (Varela, 2020).

Las diferencias culturales entre los profesionales de la salud también juegan un papel en la dificultad de implementar una cultura de seguridad efectiva. En algunos entornos, los valores y creencias sobre la seguridad del paciente varían significativamente, lo que puede generar discrepancias en la percepción de la importancia de seguir ciertos protocolos o adoptar nuevas medidas. Estas diferencias pueden estar influenciadas por la formación profesional, la experiencia laboral o el contexto local, y pueden afectar la uniformidad en la adopción de prácticas de seguridad dentro de la misma institución o entre diferentes hospitales (Astier *et al.*, 2021).

Además, la falta de liderazgo comprometido con la seguridad del paciente es una barrera crítica. Cuando los líderes de las instituciones de salud no priorizan la seguridad como un valor esencial, el personal puede percibir que estas iniciativas son de bajo impacto. Un liderazgo que no promueve activamente una cultura de seguridad o que no proporciona los recursos necesarios para su implementación, contribuye a que las mejoras en seguridad del paciente no se mantengan en el tiempo. Sin una dirección clara y un apoyo constante, cualquier esfuerzo en esta área se diluye, perpetuando prácticas inseguras en los entornos de atención (Carita & Lupaca, 2019).

Por lo expuesto, se establece que las barreras para la implementación de una cultura de seguridad efectiva en los sistemas de salud son múltiples y complejas, abarcando desde la resistencia al cambio y la falta de recursos hasta la ausencia de un liderazgo comprometido. La superación de estas barreras requiere un enfoque integral que promueva un entorno de confianza, fomente la capacitación continua y asegure una comunicación abierta en todos los niveles jerárquicos. Sin un esfuerzo coordinado, estas limitaciones seguirán afectando la calidad del cuidado y la seguridad del paciente, impidiendo el desarrollo de un entorno sanitario verdaderamente seguro y eficiente.

5.2.12. Manejo del error médico en la cultura de seguridad

El manejo del error médico es uno de los pilares fundamentales en la cultura de seguridad del paciente, ya que influye directamente en la mejora continua de la calidad del cuidado. En una cultura de seguridad bien establecida, los errores médicos no son vistos como fallas individuales, sino como oportunidades para aprender y mejorar los procesos dentro

de la institución de salud. El enfoque en el error médico debe ser preventivo y correctivo, buscando analizar las causas sistémicas que llevaron al error, más que centrarse en la culpabilidad del profesional. De esta manera, la institución puede implementar cambios estructurales que reduzcan la probabilidad de recurrencia (Núñez, 2020).

Para lograr un manejo efectivo de los errores médicos, es fundamental fomentar un entorno de trabajo donde los profesionales de la salud se sientan seguros de reportar incidentes sin temor a represalias. Este enfoque no punitivo permite una mayor transparencia y una disposición a aprender de los errores, fortaleciendo la cultura de seguridad. Sin embargo, en muchas instituciones persiste una cultura de culpa que desalienta el reporte de errores, lo que limita la posibilidad de mejorar los sistemas de seguridad. El establecimiento de políticas claras que promuevan la notificación y el análisis de incidentes son clave para superar esta barrera (Gómez & López, 2021).

Además, el manejo adecuado del error médico incluye la comunicación abierta y honesta con el paciente y su familia. En los casos en que se produce un error, es crucial informar de manera clara, explicando lo sucedido, las causas y las medidas correctivas que se tomarán para evitar futuros incidentes. Esta transparencia no solo mejora la relación de confianza entre el paciente y el equipo médico, sino que también reduce las tensiones legales que pueden surgir tras un evento adverso. La falta de comunicación efectiva puede agravar el impacto del error, afectando la reputación de la institución y aumentando el malestar del paciente (Martínez *et al.*, 2021).

Otra dimensión importante en el manejo del error médico es la implementación de sistemas de apoyo para los profesionales de la salud involucrados. El personal que comete un error puede sufrir estrés emocional y psicológico, lo que se conoce como la segunda víctima. Es elemental que las instituciones de salud proporcionen un entorno de apoyo para ayudar a estos profesionales a procesar el evento, aprender de la experiencia y reintegrarse de manera efectiva a sus funciones. Sin este apoyo, las consecuencias del error pueden afectar no solo la salud mental del profesional, sino también su desempeño futuro (Reynaga, 2020).

Por otra parte, el uso de herramientas tecnológicas para el monitoreo y análisis de errores médicos es una estrategia efectiva para mejorar la cultura de seguridad. Las tecnologías de la información, como los sistemas electrónicos de salud, permiten rastrear y analizar incidentes de manera más eficiente, facilitando la identificación de patrones y áreas problemáticas. Este enfoque basado en datos proporciona una base sólida para implementar intervenciones más precisas y efectivas, elevando el estándar de seguridad en la atención médica. A través de un manejo integral del error médico, las instituciones pueden fortalecer su cultura de seguridad y garantizar una atención más segura y de mayor calidad para los pacientes (Puma, 2019).

Con base a lo anterior, se infiere que el manejo del error médico es indispensable para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, ya que permite una mejora continua de los procesos de atención. Fomentar un ambiente no punitivo, donde los profesionales de la salud puedan reportar errores sin temor a represalias, es clave para lograr transparencia y aprendizaje. Además, la comunicación honesta con los pacientes y el apoyo emocional a los profesionales involucrados son aspectos fundamentales para mitigar las consecuencias del error. Con la integración de tecnologías para la gestión y análisis de incidentes, las instituciones de salud pueden avanzar hacia una atención más segura y eficiente.

5.2.13. Importancia de la formación continua en la cultura de seguridad del paciente

La formación continua en la cultura de seguridad del paciente es fundamental para asegurar que el personal de salud mantenga actualizados sus conocimientos y habilidades, garantizando una atención más segura y eficiente. Este tipo de formación permite que los profesionales conozcan las últimas normativas, técnicas y procedimientos destinados a la prevención de errores y la gestión efectiva de riesgos en el ámbito hospitalario. Además, contribuye a crear una conciencia colectiva sobre la importancia de la seguridad del paciente, lo que fomenta una actitud proactiva en la identificación de problemas y la implementación de soluciones. La falta de capacitación regular puede hacer que las prácticas de seguridad se vuelvan obsoletas, poniendo en riesgo la calidad de la atención (Macías *et al.*, 2022).

Un programa de formación continua en seguridad del paciente debe abarcar no solo aspectos técnicos, sino también habilidades comunicativas y de trabajo en equipo, que

son clave para prevenir y gestionar errores. La capacitación en comunicación efectiva y gestión de crisis es especialmente relevante en situaciones de emergencia o cuando ocurren eventos adversos. Estas habilidades permiten una coordinación adecuada entre los diferentes miembros del equipo de salud, lo que reduce la probabilidad de errores por malentendidos o falta de información. Además, promueve una cultura donde el trabajo colaborativo y el respeto mutuo son esenciales para el éxito de las estrategias de seguridad (Pérez, 2020).

La formación también juega un papel primordial en la integración de nuevas tecnologías y herramientas destinadas a mejorar la seguridad del paciente. La correcta implementación de sistemas de información, como registros electrónicos de salud y herramientas de monitoreo, requiere una capacitación adecuada para evitar errores en su uso. Estas tecnologías permiten una gestión más eficiente de la información, reduciendo los errores de administración de medicamentos y facilitando el seguimiento de los pacientes. Sin una formación adecuada, el personal puede cometer errores en el uso de estas herramientas, lo que podría aumentar los riesgos en lugar de mitigarlos (Quispe, 2024).

Otro aspecto importante de la formación continua es que refuerza el compromiso de los profesionales con la mejora de la calidad de atención. La educación constante sobre las mejores prácticas en seguridad del paciente genera una mentalidad de aprendizaje permanente, en la que el personal de salud se siente motivado a buscar nuevas formas de mejorar su desempeño. Esto es especialmente relevante en un entorno de salud en constante evolución, donde los avances científicos y tecnológicos exigen una adaptación continua. De este modo, la formación continua no solo actualiza conocimientos, sino que también refuerza la cultura de seguridad como parte integral del quehacer diario (Athié & Dubón, 2020).

Por otra parte, la formación continua contribuye a la creación de una cultura organizacional más fuerte, donde la seguridad del paciente es vista como una responsabilidad compartida por todos los niveles de la institución. A través de talleres, simulaciones y sesiones educativas, todos los miembros del equipo de salud, desde el personal médico hasta el administrativo, pueden alinearse con los mismos objetivos y

principios de seguridad. Esta cohesión organizacional es clave para reducir errores y mejorar los resultados clínicos, ya que todos los empleados tienen un entendimiento común de los protocolos y las mejores prácticas. La formación continua, por lo tanto, fortalece no solo la competencia individual, sino también la colaboración y el compromiso colectivo hacia la seguridad del paciente (Castro *et al.*, 2020).

Sustentado en la información expuesta, se determina que la formación continua en la cultura de seguridad del paciente es indispensable para garantizar una atención de calidad y reducir riesgos en los entornos de salud. Mantener al personal actualizado en prácticas, tecnologías y protocolos permite una mejor prevención de errores y una gestión más efectiva de situaciones críticas. Además, fomenta una cultura organizacional colaborativa y proactiva, donde la seguridad del paciente es una prioridad compartida. Invertir en la educación constante de los profesionales de la salud no solo fortalece sus competencias individuales, sino que también mejora la seguridad y los resultados clínicos en toda la institución.

5.3. Marco conceptual

La cultura de seguridad del paciente es un elemento fundamental en la atención médica y se refiere al conjunto de valores, creencias, actitudes, competencias y prácticas compartidas en una organización de salud que influyen en la seguridad del paciente (Lopes *et al.*, 2021). De este modo, para comprender y evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, es primordial considerar los siguientes aspectos conceptuales:

Seguridad del paciente en la atención médica: La seguridad del paciente es una preocupación primordial en la atención médica y se enfoca en prevenir eventos adversos y errores médicos que puedan causar daño a los pacientes (Ortega *et al.*, 2020). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, OMS (2024) la define como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención médica hasta un mínimo aceptable” (p. 1). Por lo tanto, lograr un nivel óptimo de seguridad del paciente es fundamental para la calidad y la ética de la atención médica.

Cultura de seguridad del paciente: La cultura de seguridad del paciente representa el ambiente en una organización de atención médica que promueve la seguridad del paciente. Incluye los valores, las creencias, las actitudes y las prácticas compartidas por todos los miembros del personal. Una cultura sólida de seguridad del paciente se centra en prevenir errores y eventos adversos a través de la comunicación efectiva, el aprendizaje de errores y la participación activa del paciente (Matute *et al.*, 2019).

Liderazgo y compromiso: El liderazgo y el compromiso de la alta dirección y el personal son factores críticos para promover una cultura de seguridad del paciente. Los líderes establecen las expectativas y crean un entorno en el que la seguridad del paciente es una prioridad. Su compromiso demuestra la importancia de la seguridad en la atención médica y establece un ejemplo para el resto del personal (Mera *et al.*, 2019).

Comunicación y trabajo en equipo: La comunicación efectiva y el trabajo en equipo son pilares esenciales de la seguridad del paciente. La comunicación abierta y transparente entre los miembros del equipo de atención médica es fundamental para prevenir errores y eventos adversos. La colaboración efectiva entre el personal garantiza que se compartan información crítica y se tomen decisiones informadas (Movilla *et al.*, 2023).

Participación activa del paciente: La participación activa del paciente es un componente clave de la cultura de seguridad del paciente. Implica que los pacientes y sus familias se involucren activamente en su atención médica, hagan preguntas, compartan información relevante y participen en la toma de decisiones. La participación del paciente se considera un elemento valioso en la identificación de problemas de seguridad (Añel et al., 2021).

Modelos teóricos relacionados: Existen modelos teóricos específicos relacionados con la seguridad del paciente. Uno de los más destacados es el Modelo de Reason de los Errores Humanos, que sugiere que los errores son resultado de fallas en el sistema más que de fallas individuales. También, el Modelo de High Reliability Organizations se basa en principios de organizaciones que operan en entornos de alto riesgo con una cultura de seguridad excepcional (Borja & Benavides, 2020).

Evaluación de la cultura de seguridad: La evaluación de la cultura de seguridad del paciente se realiza a través de encuestas, entrevistas, observaciones y análisis de datos. Un instrumento ampliamente utilizado es el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC), que mide la percepción de la cultura de seguridad entre el personal de salud. Además, se pueden utilizar indicadores cuantitativos y cualitativos para evaluar la seguridad del paciente (Satué et al., 2019).

Beneficios de una cultura de seguridad del paciente: Una cultura de seguridad sólida tiene numerosos beneficios. Se asocia con la reducción de errores médicos, la mejora de los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y la disminución de los costos asociados a eventos adversos. Además, contribuye a la confianza del paciente en el sistema de atención médica (Fuentes, 2019).

Este marco conceptual proporciona una base sólida para analizar y comparar la cultura de seguridad del paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, toda vez que, facilita la comprensión de cómo estos conceptos se aplican en la práctica y cómo influyen en la seguridad del paciente en estas instituciones de atención médica.

6. Marco metodológico

6.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo de este estudio se ha seleccionado el tipo de investigación descriptiva, observacional, con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) de cohorte transversal. Esto, debido a que se realizó una descripción acerca de la realidad del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, con respecto a la cultura de seguridad del paciente, mediante la interpretación de datos que se obtuvieron mediante la aplicación de los respectivos instrumentos dispuestos para este fin (cuestionario y guía de entrevista). Cabe señalar que, el estudio se ejecutó durante un período de tiempo determinado, mismo que corresponde a 4 meses contados desde el 01 de mayo al 30 de agosto de 2024.

Por otra parte, esta investigación fue de diseño no experimental, toda vez que se realizó una observación directa del objeto de estudio en su estado natural, sin que las autoras realizaran una intervención que promueva alguna modificación o alteración de las variables principales que componen el tema.

Acerca de los **métodos teóricos**, se utilizó el **inductivo-deductivo**, con lo que se propuso el análisis de teorías generales que abordan la presente temática, lo que permitió desarrollar inferencias específicas sobre el objeto de estudio, mientras que el análisis particular que se efectuó en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, promovió la construcción de conclusiones generales. Por otra parte, a través del **análisis-síntesis**, se descompuso el tema en cada una de sus partes esenciales para proceder a examinarlas de forma individual, y posteriormente sintetizar la información y así alcanzar una mejor comprensión sobre la investigación abordada, esto es la "Evaluación comparativa de la cultura de seguridad del paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal".

En torno a los **métodos empíricos**, se emplearon las técnicas de la **encuesta** y **entrevista** donde los datos recolectados, proporcionaron información referente a la cultura de seguridad del paciente del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal. Consecuentemente, se plantea el uso del **estadístico-matemático**

sustentado en la estadística descriptiva que se aplicó para la introducción de los resultados recolectados con los instrumentos de investigación (cuestionario) en una base de datos, para posteriormente realizar las representaciones mediante tablas y gráficos estadísticos.

Con respecto a las **técnicas e instrumentos**, se distingue la **encuesta** que fue aplicada al personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, con la finalidad de evaluar la cultura se seguridad del paciente que poseen ambas instituciones. Para esto, el **instrumento** consistió en el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (ver anexo 1), mismo que fue aplicado en formato digital mediante la plataforma Google Forms.

En concordancia a lo anterior, es importante destacar que el instrumento, fue extraído de la versión española Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), del gobierno de España. La forma de interpretar los resultados, por dimensión, se concibe como ≥ 75% de respuestas positivas ("de acuerdo" o "muy de acuerdo") para las preguntas que están formuladas de manera positiva y ≥ 75% de respuestas negativas ("en desacuerdo" o "muy en desacuerdo") para las preguntas que se encuentran formuladas negativamente, corresponderá a las fortalezas de la institución en cuanto a la cultura de seguridad del paciente; mientras que, para identificar oportunidades de mejora, las respuestas negativas ("en desacuerdo" o "muy en desacuerdo") para las preguntas con significado positivo, deberá situarse en ≥ 50%, en igual proporción las respuestas positivas ("de acuerdo" o "muy de acuerdo"), para las interrogantes definidas de forma negativa. Cabe indicar que de acuerdo a lo dispuesto en el referido documento, para el análisis no se toma en consideración las respuestas otorgadas a la opción de "imparcial".

Para una mejor comprensión de lo anterior expuesto, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), explica que dentro del cuestionario se han formulado preguntas que tienen un sentido positivo y otras, negativo, razón por la cual el análisis de frecuencia de respuestas para las últimas se invierte la escala en relación a las primeras, es decir, mientras que para una pregunta positiva, la elección de "muy de acuerdo" representaría la calificación más alta, para una pregunta en sentido negativo, la respuesta de "muy en desacuerdo" se

interpreta con el mayor puntaje. De este modo, a continuación se exponen en la tabla 1, las preguntas formuladas de manera negativa, para un mejor entendimiento.

Tabla 1. Ítems formulados de forma negativa en el cuestionario

Dimensiones	Ítems
Frecuencia de eventos notificados	Ninguno
Percepción de seguridad	10, 17
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen 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

Nota. Se muestra los ítems del cuestionario que se encuentran formulados de forma negativa, mismos que para su análisis se invierte la forma de interpretación de las respuestas, información que se extrajo de la versión española Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), del gobierno de España.

6.2. Población y muestra

Población: La población se encontró compuesta por 79 personas, que corresponden al personal que labora en el Hospital Especializado Julio Endara y 33 personas que ejercen sus labores en el Centro Especializado en Salud Renal. Cabe resaltar que el universo estuvo delimitado al personal médico y de enfermería de ambas instituciones.

Muestra: En virtud del reducido número de la población y para proporcionar una mayor precisión a los resultados, no se aplicó fórmula de muestreo y por consiguiente, se trabajó con el 100% del universo, es decir, las 79 personas del Hospital Especializado Julio Endara y las 33 personas del Centro Especializado en Salud Renal.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: 1) Personal médico y de enfermería que laboran en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal; y, 2) Personal médico y de enfermería que estén de acuerdo en participar de este estudio.

Criterios de exclusión: 1) Personal médico y de enfermería del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal que sean removidos o renuncien a

sus cargos previo a la aplicación de los instrumentos de investigación; 2) Personal médico y de enfermería que se rehúsen a participar en el estudio; y, 3) Personal médico y de enfermería que lleven menos de 3 meses laborando tanto en el Hospital Especializado Julio Endara o el Centro Especializado en Salud Renal (para asegurar un conocimiento adecuado sobre la cultura de seguridad de la institución).

Criterios de eliminación: 1) Personal médico y de enfermería que no completen la encuesta o la entrevista; y, 2) Personal médico y de enfermería que se encuentren de vacaciones, con licencia o incapacitados al momento de la recolección de datos.

6.4. Operacionalización de variables

Las variables a analizar corresponden a: **Variable independiente:** Evaluación comparativa entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal; y, **Variable dependiente:** Cultura de seguridad del paciente.

Tabla 2. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Características sociodemográficas	Se definen como los atributos que describen a individuos o grupos dentro de una sociedad en términos de su composición demográfica y su posición social. Estos atributos pueden incluir, entre otros, la edad, el género, la etnia, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la ocupación, la ubicación geográfica y el estado civil (8).	Edad	Cantidad de años cumplidos al momento de ejecutarse el estudio, desde los 22 hasta los 64 años.	22-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60-64 años	Cuantitativo
		Sexo	Porciento de profesionales encuestados que se caracterizan con un sexo u otro	Masculino Femenino	Cuantitativo
		Grado académico	Porciento de profesionales con un nivel de instrucción académica aprobado hasta el momento de ejecutado el estudio	Tercer nivel Maestría PhD Otro: _____	Cuantitativo
		Estado civil	Porciento del estado civil de los profesionales analizados	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Cuantitativo
		Tiempo de servicio	Cantidad de tiempo que el profesional	Menos de 1 año 1-2 años 3-5 años	Cuantitativo

			tiene de servicio en la misma institución al momento de ejecutado el estudio	6-10 años 11-15 años 16-29 años 30 o más años	
Cultura de seguridad del paciente	Se refiere al conjunto de creencias, actitudes, valores y comportamientos compartidos dentro de una organización de atención médica que priorizan la seguridad del paciente, la comunicación abierta, la identificación y prevención de errores, y el aprendizaje continuo para mejorar la atención (9).	Frecuencia de eventos notificados	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (preg. 40).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (preg. 41).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (preg. 42).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Percepción de seguridad	No se producen más fallos por casualidad (preg. 10).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (preg. 15).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente” (preg. 17).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

			Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (preg. 18).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (preg. 19).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (preg. 20).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (preg. 21).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (preg. 22).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Aprendizaje organizacional/mejora continua	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (preg. 6).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Cuando se detecta algún fallo en la	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial	Cuantitativo

			atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (preg. 9).	4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	
			Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (preg. 13).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Trabajo en equipo en la unidad/servicio	El personal se apoya mutuamente (preg. 1).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (preg. 3).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			En esta unidad nos tratamos todos con respeto (preg. 4).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (preg. 11).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Franqueza en la comunicación	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (preg. 35).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

			El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (preg. 37).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (preg. 39).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Feed-back y comunicación sobre errores	Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (preg. 34).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad (preg. 36).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (preg. 38).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Respuesta no punitiva a los errores	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (preg. 8).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (preg. 12).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

			Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (preg. 16).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Dotación de personal	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (preg. 2).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (preg. 5).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (preg. 7).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (preg. 14).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (preg. 23).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (preg. 30).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

			La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (preg. 31).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Trabajo en equipo entre unidades	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (preg. 24).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente (preg. 26).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades (preg. 28).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes (preg. 32).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
		Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios unidades	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra (preg. 25).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

			En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (preg. 27).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (preg. 29).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo
			Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (preg. 33).	1) Muy de acuerdo 2) De acuerdo 3) Imparcial 4) En desacuerdo 5) Muy en desacuerdo	Cuantitativo

6.5. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó siguiendo las recomendaciones y los principios éticos tales como: beneficencia, justicia, respeto, establecidos en el acuerdo ministerial Nro. 0005-2022 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador), así como las normativas del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador "CEISH - PUCE", institución que aprobó el protocolo para la ejecución de la investigación (ver anexo 2).

En primer lugar, se garantizó el respeto por la autonomía y la voluntad de los participantes. Esto implicó obtener el consentimiento informado de manera adecuada, asegurando que los profesionales comprendan los objetivos, procedimientos y posibles riesgos de la investigación. En el contexto de la ética de género, se garantizó la igualdad de en la participación y la recopilación de datos, evitando cualquier forma de discriminación o sesgo de género en la investigación. Además, se estuvo consciente de posibles diferencias de género en la percepción de la cultura de seguridad del paciente y tenerlas en cuenta en el análisis de resultados.

Otro aspecto ético relevante es la confidencialidad de la información recopilada. Por lo que, se garantizó que los datos de los profesionales fueran tratados de manera confidencial y que no se divulgaran datos personales sensibles sin el consentimiento expreso de los participantes (ver anexo 3), para esto se asignaron exclusivamente códigos a los instrumentos aplicados, para su respectiva identificación y clasificación. La privacidad y la protección de datos son principios éticos fundamentales en la investigación en salud. Esto implicó asegurarse de que las encuestas fueron aplicadas de manera uniforme y respetuosa a todos los participantes, sin discriminación de ningún tipo. Además, se debe garantizó la precisión y la objetividad en la interpretación de los resultados, evitando cualquier interpretación sesgada o sesgo en función del género o cualquier otro factor. El estudio cumplió con los objetivos propuestos centrados en evaluar comparativamente la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal.

Principio de beneficencia: Durante el desarrollo de la presente investigación no se causó daño a los usuarios que participaron en el estudio, obrando bien en todo momento, y con garantía de prestar atención inmediata en caso de imprevistos por parte del investigador.

Principio de no maleficencia: Se considera un estudio de riesgo mínimo debido a que no se mantuvo ningún nivel de injerencia en los participantes, tampoco se realizó ningún tipo de procedimiento a nivel clínico. En los casos donde alguno de los participantes llegó a presentar alguna incomodidad frente a las preguntas, se despejaron dudas para que el participante comprenda en su totalidad, con la finalidad de desarrollar a cabalidad la investigación.

Principio de justicia y respeto: Se trató a todos los participantes por igual, siempre con seriedad y consideración, sin inclinación específica por ninguno de los colaboradores, para garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de todos. Los datos identificativos de los participantes no fueron utilizados de manera distintiva en ninguna de las fases del estudio, de modo que en los análisis de los datos, no es posible la identificación de los participantes, que incluye proteger la confidencialidad de la información privada y permitir que el sujeto se retire del estudio en cualquier momento y por cualquier razón, si así lo hubiera deseado.

Respeto a los sujetos inscritos: El respeto a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y manifestaron su compromiso libre y voluntario para participar del estudio, donde se garantizó la posibilidad de abandonarlo, cuando la investigación no concordara con sus intereses o conveniencias, permitiendo retirarse sin sanción de ningún tipo.

Validez científica: Este estudio cumplió con los objetivos planteados relacionados a la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, por lo que se contó con análisis estadístico de las variables que fueron evaluadas mediante la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC).

Consentimiento informado: A través de su implementación, se incluyó la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos y beneficios de la investigación, asegurando su comprensión a los pacientes que participaron en la investigación. El acceder a participar o no en el estudio, fue de forma libre y no forzándolos, destacando siempre el respeto y la autonomía para los sujetos de estudio.

Permiso institucional: Se realizó por medio de cartas de solicitud de permiso dirigidas al Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, quienes emitieron sus respectivas cartas de interés en participar del estudio (ver anexo 4 y 5), para llevar a cabo la investigación de la cultura de seguridad del paciente, donde para la recolección de información para el trabajo de campo, se utilizó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y adaptado a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), del gobierno de España, razón por la cual, no se utilizó prueba piloto ni criterio de expertos para validar dicho instrumento.

6.6. Fases de ejecución

Para llevar a cabo el proyecto de investigación sobre la evaluación comparativa de la cultura de seguridad del paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro

Especializado en Salud Renal, se siguieron procedimientos detallados para cada objetivo específico:

Fase 1: En esta fase inicial, se procedió a la elección de un problema, a partir del cual se estableció el tema y el orden de la investigación.

Fase 2: Se seleccionó la metodología de investigación a utilizar y se procedió a la formulación del cronograma de actividades.

Fase 3: Se realizó una amplia búsqueda de los múltiples antecedentes que han permitido sustentar teóricamente el presente proceso de investigación, en los que se han tratado problemas similares de acuerdo a la temática abordada.

Fase 4: En esta fase del trabajo, se aplicó el instrumento de recolección de datos, Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y adaptado a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), del gobierno de España, con lo que se recopiló la información concerniente a la cultura de seguridad del paciente, tanto del Hospital Especializado Julio Endara, como del Centro Especializado en Salud Renal, a partir de la investigación de campo.

Fase 5: Se realizó un análisis de los resultados obtenidos, para desarrollar estrategias de mejora.

Fase 6: En esta etapa final de la investigación, se procedió a presentar las conclusiones finales del estudio.

7. Resultados

En esta sección se muestran los principales hallazgos, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y adaptado a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), del gobierno de España, lo que permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Especializado Julio Endara, y el Centro Especializado en Salud Renal.

Tabla 3. *Edad*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Edad	22-29 años	13	16.46%	19	57.58%	32	28.57%
	30-39 años	46	58.23%	10	30.30%	56	50.00%
	40-49 años	13	16.46%	3	9.09%	16	14.29%
	50-59 años	7	8.86%	1	3.03%	8	7.14%
	60-64 años	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados sobre las características sociodemográficas, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con la información expuesta en la tabla 3, se evidencia que, de los profesionales analizados en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% se encuentra en un rango de edad de 30-39 años, mientras que en los rangos de 22-29 años y 40-49 años, se encuentra en cada uno el 16.46%; y, el 8.86% se ubicó en 50-59 años. Por otra parte, con respecto al Centro Especializado en Salud Renal, el 57.58% se coloca en el rango de 22-29 años; el 30.30% se sitúa en 30-39 años; mientras que el 9.09% se encuentra en 40-49 años; y, el 3.03% en 50-59 años.

El análisis de los datos revela una notable diferencia en la distribución etaria de los profesionales entre ambas instituciones. En el Hospital Especializado Julio Endara, la mayoría de los profesionales se encuentra en el rango de 30 a 39 años, mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal predomina un grupo más joven, de 22 a 29 años. Estos resultados sugieren que el Hospital Julio Endara cuenta con un equipo con mayor experiencia laboral, posiblemente asociado a la edad. Por el contrario, el Centro de Salud Renal se caracteriza por un equipo más joven, lo cual puede influir en enfoques, prácticas

y la adaptación a protocolos de seguridad según los perfiles generacionales de los profesionales.

Tabla 4. *Sexo*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Sexo	Masculino	46	58.23%	16	48.48%	62	55.36%
	Femenino	33	41.77%	17	51.52%	50	44.64%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados sobre las características sociodemográficas, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

A través de la información expresada en la tabla 4, se evidencia que, de los profesionales analizados en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% son del sexo masculino, y el 41.77% pertenece al femenino. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 51.52% son del género femenino, y el 48.48% corresponden al masculino.

El análisis muestra una diferencia en la composición de género entre ambas instituciones. En el Hospital Especializado Julio Endara, hay una mayor representación masculina, mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal predominan levemente las profesionales femeninas. Esta distribución podría reflejar tendencias en la contratación y en las preferencias de cada centro, influenciando potencialmente la dinámica de trabajo y el enfoque en la cultura de seguridad del paciente según las características del equipo de salud en cada institución.

Tabla 5. *Grado académico*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Grado académico	Tercer nivel	46	58.23%	32	96.97%	78	69.64%
	Maestría	26	32.91%	1	3.03%	27	24.11%
	PhD	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Otro	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados sobre las características sociodemográficas, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Mediante la tabla 5, se identifica de conformidad con los datos expresados que, el 58.23% de los profesionales analizados en el Hospital Especializado Julio Endara posee título de

tercer nivel, mientras que el 32.91% tiene un grado académico de maestría; y, el 8.86% seleccionó la opción de "otro", alegando que tienen títulos denominados como Auxiliares de Enfermería. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal el 96.97% tiene título de tercer nivel, y el 3.03% se encuentra con maestría.

El análisis de los datos refleja una diferencia en el nivel académico predominante de los profesionales en ambas instituciones. En el Hospital Especializado Julio Endara, una proporción significativa (un tercio de los profesionales) cuenta con estudios de posgrado, mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, casi la totalidad de los profesionales, a excepción de uno con maestría, posee título de tercer nivel sin especialización adicional. Esta variación en los niveles de formación académica podría tener implicaciones en la aplicación de prácticas de seguridad y en la calidad de atención ofrecida, influyendo en la cultura de seguridad en cada entorno hospitalario.

Tabla 6. *Estado civil*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Estado civil	Soltero	36	45.57%	22	66.67%	58	51.79%
	Casado	18	22.78%	7	21.21%	25	22.32%
	Unión Libre	7	8.86%	4	12.12%	11	9.82%
	Divorciado	18	22.78%	0	0.00%	18	16.07%
	Viudo	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados sobre las características sociodemográficas, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con la información expuesta en la tabla 6, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 45.57% del personal analizado tiene estado civil soltero; mientras que para las opciones de casado y divorciado, cada una fue seleccionada por el 22.78%; y, el 8.86% se encuentra en unión libre. Por su parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 66.67% son profesionales de estado civil soltero; mientras que el 21.21% son casados; y, el 12.12% se encuentra en unión libre.

Los datos indican diferencias en el estado civil de los profesionales de ambas instituciones, con una mayor proporción de personal soltero en el Centro Especializado en Salud Renal, mientras que en el Hospital Especializado Julio Endara se observa una

distribución más equilibrada entre solteros, casados y divorciados. Estas variaciones pueden influir en aspectos como la disponibilidad de tiempo y la percepción de compromiso laboral, lo cual puede afectar la dinámica de la cultura de seguridad en cada centro.

Tabla 7. *Tiempo de servicio*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Tiempo de servicio	Menos de 1 año	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	1-2 años	13	16.46%	0	0.00%	13	11.61%
	3-5 años	7	8.86%	9	27.27%	16	14.29%
	6-10 años	46	58.23%	19	57.58%	65	58.04%
	11-15 años	0	0.00%	3	9.09%	3	2.68%
	16-29 años	7	8.86%	1	3.03%	8	7.14%
	30 o más años	6	7.59%	0	0.00%	6	5.36%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados sobre las características sociodemográficas, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con los datos expuesto en la tabla 7, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% de los profesionales analizados tienen un rango de 6-10 años de tiempo de servicio; el 16.46% se encuentra en el rango de 1-2 años; mientras que en cada una de las opciones de 3-5 años y 16-29 años, se sitúa el 8.86%; y, el 7.59% tiene 30 o más años de servicio. En lo concerniente al Centro Especializado en Salud Renal, el 57.58% se encuentra con un rango de 6-10 años de tiempo de servicio; el 27.27% se ubica en el rango de 3-5 años; mientras que el 9.09% posee 11-15 años; y, para las opciones de menos de 1 año, y 30 o más años, se encuentran el 3.03% en cada una.

Los datos muestran que en ambas instituciones la mayoría de los profesionales tienen entre 6 y 10 años de servicio, lo que refleja una experiencia laboral consolidada en el sector de la salud. En el Hospital Julio Endara, también se observa una proporción notable de profesionales con un tiempo de servicio considerablemente extenso, lo que podría impactar la estabilidad y el conocimiento de protocolos en la cultura de seguridad. En el Centro Especializado en Salud Renal, aunque también prevalece este rango de experiencia, existe una mayor representación de personal con un menor tiempo en el cargo, lo cual puede influir en la adaptación y formación en prácticas de seguridad.

Tabla 8. *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente por dimensiones*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal	
		Respuestas positivas	**Respuestas negativas**	**Respuestas positivas**	**Respuestas negativas**
Dimensiones	Frecuencia de eventos notificados	88.19%	11.81%	93.94%	6.06%
	Percepción de seguridad	35.44%	64.56%	67.42%	32.58%
	Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	75.95%	24.05%	81.82%	18.18%
	Aprendizaje organizacional/mejora continua	97.05%	2.95%	100.00%	0.00%
	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	82.59%	17.41%	90.91%	9.09%
	Franqueza en la comunicación	74.45%	25.55%	58.59%	41.41%
	Feed-back y comunicación sobre errores	82.28%	17.72%	90.91%	9.09%
	Respuesta no punitiva a los errores	20.68%	79.32%	33.33%	66.67%
	Dotación de personal	29.75%	70.25%	76.52%	23.48%
	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	45.99%	54.01%	80.81%	19.19%
	Trabajo en equipo entre unidades	51.58%	48.42%	81.06%	18.94%
	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios unidades	53.48%	46.52%	62.12%	37.88%
Total promedio		**61.45%**	**38.55%**	**76.45%**	**23.55%**

Nota. Se muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento, los cuales se encuentran distribuidos en cada una de las dimensiones que conforman el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con la información expuesta en la tabla 8, se puede evidenciar que en términos generales, en el Hospital Especializado Julio Endara, si bien las respuestas negativas en promedio total no superan el 50.00% (38.55%), las respuestas positivas se encuentran por debajo del 75.00% (61.45%), por lo tanto se estima que existen oportunidades de mejora que requieren de atención inmediata. Esto es coincidente con los datos reportados en la tabla 9, donde en una escala de 1 a 10, el 40.51% del personal califica con 5 la percepción general del grado de seguridad del paciente. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el total promedio de respuestas positivas alcanzó el 76.45%, esto si bien supera brevemente la base mínima para ser considerado como fortaleza, es evidenciable que existen oportunidades de mejora en algunas dimensiones, lo cual es consistente con la información expuesta en la tabla 9, donde el 60.61% califica con 9 la percepción general del grado de seguridad del paciente.

Los resultados reflejan que el Hospital Especializado Julio Endara presenta áreas que podrían beneficiarse de una mayor atención para fortalecer la cultura de seguridad, dado que las respuestas positivas no alcanzan un nivel óptimo. Esto sugiere la presencia de

oportunidades significativas de mejora en diversas prácticas de seguridad del paciente. Por otro lado, el Centro Especializado en Salud Renal muestra un nivel más robusto de implementación en sus políticas de seguridad, evidenciado por un porcentaje elevado de respuestas positivas, lo cual apunta a fortalezas en la mayoría de sus áreas y un compromiso sólido con la seguridad del paciente, no obstante, es necesario implementar estrategias que permitan optimizar las dimensiones que requieren de atención para de este modo aumentar el nivel de la cultura de seguridad del paciente.

Acerca de la dimensión de eventos notificados, en el Hospital Especializado Julio Endara las respuestas positivas alcanzaron el 88.19%; y, en igual sentido, el Centro Especializado en Salud Renal obtuvo 93.94% de respuesta positivas. Sin embargo, estos datos difieren de las dimensiones de franqueza en la comunicación, donde en ambas instituciones se registra un 74.45% y 58.59% de respuestas positivas respectivamente, así como con la dimensión de respuesta no punitiva a los errores, que correspondientemente en cada organización se obtuvieron el 79.32% y 66.67% de respuestas negativas.

Si bien, los resultados revelan un alto compromiso en ambas instituciones en la notificación de eventos, reflejando una cultura que fomenta la transparencia en la gestión de la seguridad del paciente, esta práctica positiva contrasta con áreas menos fortalecidas, como la franqueza en la comunicación y la respuesta no punitiva a los errores, en las que ambas organizaciones presentan desafíos. La disposición para notificar eventos no se traduce de igual manera en una comunicación abierta ni en una cultura de aprendizaje no punitiva. La percepción de una respuesta punitiva puede desalentar la comunicación abierta sobre errores y, por ende, limitar el aprendizaje y la mejora continua. Para avanzar en la cultura de seguridad del paciente, es fundamental fomentar un ambiente donde los profesionales se sientan seguros de reportar errores sin temor a repercusiones, lo cual sugiere la necesidad de estrategias que fortalezcan el ambiente de seguridad y el aprendizaje colaborativo, siendo esto indispensable para el desarrollo de prácticas más efectivas y seguras en la atención de salud, permitiendo una mejora integral en la cultura de seguridad del paciente.

Con relación a la dimensión de percepción de seguridad, en el Hospital Especializado Julio Endara las respuestas negativas superaron el 50.00%, situándose en el 64.56%, lo

que indica que existe una oportunidad de mejora en este aspecto; por su parte en el Centro Especializado en Salud Renal, si bien las respuestas positivas alcanzaron el 67.42%, al encontrarse por debajo del 75.00% no puede ser identificado como fortaleza, por tanto, es necesario aplicar correctivos que permitan mejorar la mencionada calificación.

Los resultados reflejan una percepción de seguridad que necesita fortalecerse en ambas instituciones, aunque con diferentes matices. En el Hospital Especializado Julio Endara, la alta proporción de respuestas negativas sugiere que el personal percibe deficiencias significativas en la seguridad del paciente, lo que indica áreas críticas para intervención. En el Centro Especializado en Salud Renal, si bien la percepción es mayormente positiva, no alcanza niveles considerados óptimos, por lo que también requiere mejoras. Ambos centros, por tanto, necesitan aplicar medidas correctivas para consolidar una cultura de seguridad sólida y confiable.

En torno a la dimensión de expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad, tanto en el hospital Especializado Julio Endara, como en el Centro Especializado en Salud Renal, se la puede identificar como una fortaleza, toda vez que se obtuvo en respuestas positivas el 75.95% y 81.82% respectivamente. Estos hallazgos sugieren que en ambas instituciones, los profesionales perciben un compromiso sólido por parte de la gestión hacia la implementación de prácticas seguras. Este respaldo gerencial proporciona un entorno de trabajo orientado a la seguridad, lo cual es fundamental para establecer una cultura que minimice riesgos y promueva la calidad en la atención al paciente.

Sobre la dimensión de trabajo en equipo, tanto en el Hospital Especializado Julio Endara como en el Centro Especializado en Salud Renal, se identifica como una fortaleza, toda vez que el porcentaje de respuestas positivas se coloca en el 82.59% y 90.91% respectivamente. Esto permite inferir que los profesionales de la salud colaboran de manera efectiva para garantizar la seguridad del paciente. Este alto nivel de respuestas positivas indica un ambiente laboral en el que se valora la cooperación y la comunicación entre los miembros del equipo, lo que contribuye a la calidad de la atención. La capacidad de trabajar en conjunto no solo mejora el rendimiento del personal, sino que también

impacta positivamente en los resultados de salud, promoviendo una cultura de apoyo y compromiso hacia la seguridad del paciente.

Acerca de la dimensión de feed-back y comunicación de los errores, tanto en el Hospital Especializado Julio Endara como el Centro Especializado en Salud Renal, se presenta como una fortaleza, en virtud de que en este aspecto se obtuvo el 82.28% y 90.91% de respuestas positivas respectivamente. Estos hallazgos reflejan una actitud positiva hacia el aprendizaje y la mejora continua a través de la retroalimentación. La alta valoración en este ámbito sugiere que los equipos de trabajo están comprometidos con la transparencia y la comunicación abierta respecto a los errores, lo que es indispensable para fomentar un ambiente seguro y colaborativo. Esta cultura de comunicación efectiva contribuye significativamente a la mejora de la calidad del servicio y a la reducción de riesgos en el entorno hospitalario.

En lo referente a la dimensión de dotación de personal, en el Hospital Especializado Julio Endara las respuestas negativas alcanzaron el 70.25%, lo que se identifica como una oportunidad de mejora; en contraste a esto, en el Centro Especializado en Salud Renal, se obtuvo para este aspecto un 76.52% de respuestas positivas, por lo que figura como una fortaleza. Esta discrepancia puede influir directamente en la calidad de la atención brindada, ya que un personal adecuadamente dotado es primordial para garantizar la seguridad del paciente y mejorar los resultados en la atención sanitaria. Por lo tanto, es indispensable que se aborden las deficiencias en el primer centro para fortalecer su capacidad operativa y su cultura de seguridad.

En lo concerniente a la dimensión de apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, el Hospital Especializado Julio Endara obtuvo un 54.01% de respuestas negativas, por lo que se destaca evidentemente como una oportunidad de mejora, lo que sugiere que se debe priorizar la mejora en este aspecto para asegurar un entorno más seguro para los pacientes; por su parte en el Centro Especializado en Salud Renal se alcanzó el 80.81% de respuestas positivas, constituyéndose como una fortaleza. Esta diferencia subraya la importancia del liderazgo y la gestión en la promoción de una cultura de seguridad, donde el compromiso de la alta dirección es fundamental para el éxito de las iniciativas dirigidas a proteger la salud de los pacientes.

Sobre la dimensión de trabajo en equipo entre unidades, si bien en el Hospital Especializado Julio Endara, las respuestas negativas se encuentran en el 48.42%, lo que se sitúa debajo del 50.00% para ser considerada como una oportunidad de mejora, las respuestas positivas alcanzaron el 51.58%, que se encuentra por debajo del 75.00% que se estima como fortaleza; esto indica que aun cuando se manifiesta un esfuerzo por fomentar la colaboración, existe margen para fortalecer la comunicación y la integración entre los equipos. Por su parte, el Centro Especializado en Salud Renal logró entre los profesionales el 81.06% en respuestas positivas, lo que convierte este aspecto en su fortaleza. Esta diferencia resalta la importancia de un trabajo en equipo efectivo para mejorar la calidad del servicio de salud, donde el compromiso de todos los miembros del personal es indispensable para optimizar los resultados en la atención al paciente.

En la dimensión de problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, el Hospital Especializado Julio Endara obtuvo un 46.52% de respuestas negativas, lo cual se ubica por debajo del 50.00% para ser considerado como oportunidad de mejora, sin embargo, las respuestas positivas solo llegan al 53.48% que está por debajo del 75.00% para calificarse como fortaleza. En igual sentido, el Centro Especializado en Salud Renal, alcanzó el 62.12% en respuestas positivas y el 37.88% en respuestas negativas.

Esto sugiere que, si bien existen esfuerzos para manejar estas transiciones en el Hospital Especializado Julio Endara, se identifican áreas que requieren atención para mejorar la fluidez y efectividad en los cambios de turno. Por su parte, el Centro Especializado en Salud Renal muestra un mayor porcentaje de respuestas positivas, lo que indica una mejor gestión en este aspecto. Esta diferencia subraya la necesidad de implementar estrategias que optimicen la comunicación y coordinación durante los cambios de turno, contribuyendo así a una atención más efectiva y continua para los pacientes.

Tabla 9. *Percepción general del personal sobre la cultura de seguridad del paciente*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Percepción del grado de seguridad del paciente	1	9	11.39%	0	0.00%	9	8.04%
	2	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	4	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	5	32	40.51%	0	0.00%	32	28.57%
	6	16	20.25%	0	0.00%	16	14.29%
	7	9	11.39%	2	6.06%	11	9.82%
	8	5	6.33%	8	24.24%	13	11.61%
	9	8	10.13%	20	60.61%	28	25.00%
	10	0	0.00%	3	9.09%	3	2.68%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con la información presentada en la tabla 9, en el Hospital Especializado Julio Endara, el 40.51% del personal califica con un 5, la percepción general del grado de seguridad del paciente; el 20.25% indicó que la calificación es 6; mientras que para la calificación 1 y 7, en cada una se registró un 11.39%; por otra parte el 10.13% refirió que es 9; y, el 6.33% seleccionó la calificación 8. En el Centro Especializado en Salud Renal, el 60.61% optó por calificar la seguridad del paciente con un 9; mientras que el 24.24% se ubicó en 8; y, el 9.09% escogió la máxima calificación, es decir, 10.

En el Hospital Especializado Julio Endara, las opiniones sobre el nivel de seguridad del paciente muestran una distribución variada, con un puntaje promedio que indica una percepción moderada, lo cual sugiere oportunidades para elevar la confianza en los procesos de seguridad. La mayor parte del personal se inclinó por calificaciones intermedias, lo que podría señalar áreas que necesitan ajustes para alcanzar niveles más altos de satisfacción. En contraste, el Centro Especializado en Salud Renal presenta una percepción positiva, con una mayoría significativa del personal otorgando calificaciones altas, lo que destaca una fortaleza en la implementación de medidas de seguridad y una cultura sólida orientada a la protección del paciente.

Tabla 10. *Horas semanales que el personal labora*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Horas laboradas por semana	30	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
	36	7	8.86%	2	6.06%	9	8.04%
	40	26	32.91%	9	27.27%	35	31.25%
	45	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	48	13	16.46%	1	3.03%	14	12.50%
	56	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	60	26	32.91%	19	57.58%	45	40.18%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Según los datos expuestos en la tabla 10, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 32.91% de los profesionales labora 40 horas a la semana, y en igual porcentaje existe personal que trabaja 60 horas semanales; mientras que el 16.46% indicó que tienen una jornada laboral de 48 horas a la semana; y, tanto para 30 y 36 horas semanales se tiene en cada una el 8.86%. Con respecto al Centro Especializado en Salud Renal, el 57.58% de los colaboradores indicó que tienen jornadas de 60 horas semanales; por otra parte, el 27.27% manifestó que sus labores se ejecutan durante 40 horas a la semana; mientras que el 6.06% se encuentra con una carga laboral de 36 horas; y, en cada una de las opciones de 45, 48 y 56 horas semanales se obtuvo el 3.03%.

Con base a lo anterior, se determina que en el Hospital Especializado Julio Endara, las jornadas laborales varían, siendo las de 40 y 60 horas semanales las más comunes, donde los últimos en mención soportan una carga intensa de trabajo. También se identifican horarios de 48, 30 y 36 horas en menor proporción. En el Centro Especializado en Salud Renal, la mayoría cumple 60 horas semanales, lo que representa una carga demandante, mientras que otros trabajan 40 horas y una minoría entre 36 y 56 horas. Estas largas jornadas pueden repercutir en la salud y el desempeño del personal, afectando tanto su bienestar como la calidad de la atención brindada.

El cansancio acumulado debido a las largas jornadas laborales identificadas en ambos centros de salud representa un factor significativo en la aparición de eventos adversos. El personal del Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, con jornadas que superan las 40 horas, enfrenta una carga física y mental elevada

que puede afectar su capacidad de respuesta, precisión, y toma de decisiones en situaciones críticas. La proporción de profesionales que laboran 60 horas semanales es especialmente preocupante, ya que el agotamiento constante disminuye la atención a detalles importantes y eleva el riesgo de errores. En este contexto, el cansancio no solo impacta el bienestar de los trabajadores, sino que compromete la seguridad del paciente, subrayando la necesidad de una revisión en las políticas de carga laboral para mitigar estos riesgos y mejorar la calidad de la atención.

Tabla 11. *Cantidad de incidentes notificados en el último año*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Incidentes notificados	Ninguno	13	16.46%	5	15.15%	18	16.07%
	1	0	0.00%	3	9.09%	3	2.68%
	2	7	8.86%	3	9.09%	10	8.93%
	3	26	32.91%	18	54.55%	44	39.29%
	4	13	16.46%	2	6.06%	15	13.39%
	5	0	0.00%	2	6.06%	2	1.79%
	8	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
	20	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
	30	6	7.59%	0	0.00%	6	5.36%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De conformidad con la información expuesta en la tabla 11, se evidencia que en el Hospital Julio Endara, el 32.91% de los profesionales han reportado 3 incidentes en el último año; por otra parte, en cada una de las opciones, ninguno y 4, se obtuvo el 16.46%; mientras que en las opciones de 2, 8 y 20 incidentes, se colocaron en cada una el 8.86%; y, el 7.59% ha reportado 30 incidentes. En lo que refiere al Centro Especializado en Salud Renal, el 54.55% ha comunicado 3 incidentes durante el año anterior; el 15.15% no ha realizado reporte alguno; mientras que en cada opción, 1 y 2 comunicados, se tiene el 9.09%; y, en cada opción, 4 y 5 reportes se tiene el 6.06%.

Por lo anterior, se establece que en el Hospital Julio Endara, un número considerable de profesionales ha informado haber registrado 3 incidentes en el último año, mientras que un grupo menor reportó 4 o ninguno. También existen reportes aislados en rangos de 2, 8, 20 y hasta 30 incidentes. En el Centro Especializado en Salud Renal, la mayoría indicó haber comunicado 3 incidentes, con un porcentaje más reducido que no reportó ninguno.

Otros casos muestran menores frecuencias de 1, 2, 4 o 5 incidentes. Estos datos sugieren variabilidad en la frecuencia de incidentes registrados, lo que podría señalar áreas para fortalecer la cultura de notificación y gestión de riesgos en ambas instituciones.

Ahora bien, una información importante de mencionar, misma que fue proporcionada por el área de estadística del Hospital Especializado Julio Endara, es que durante el año 2023 fueron atendidos 20,361 pacientes, además en los archivos reposa que durante dicho período fueron reportados 520 incidentes, lo que coincide con lo reportado por los profesionales analizados mediante la encuesta, representando esto el 2.55% de incidentes reportados, en relación a la cantidad de usuarios atendidos en la referida cada de salud.

Por su parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el departamento de estadísticas reporta que durante el año 2023 se proporcionó atención a 2,325 pacientes, donde los registros demuestran que fueron reportados 81 incidentes, dato que es coincidente con lo manifestado por los colaboradores mediante las encuestas aplicadas, lo que representa el 3.48% de incidentes en contraste con el total de usuarios atendidas en el establecimiento.

Los resultados de la encuesta coinciden estrechamente con los datos proporcionados por el área de estadística de ambos centros de salud. En el Hospital Julio Endara, los profesionales reportaron un total de 520 incidentes durante el año 2023, lo que representa el 2.55% en relación con la cantidad de pacientes atendidos, cifra consistente con los informes de los encuestados. De manera similar, en el Centro Especializado en Salud Renal, el área de estadística registró 81 incidentes, lo que equivale al 3.48% del total de pacientes atendidos, corroborando los datos proporcionados por los colaboradores a través de las encuestas. Esta coincidencia sugiere que las percepciones de los profesionales sobre los incidentes registrados están alineadas con los datos oficiales, lo que refuerza la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Tabla 12. *Contacto directo del personal con los pacientes*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Contacto directo con los pacientes	Si	58	73.42%	31	93.94%	89	79.46%
	No	21	26.58%	2	6.06%	23	20.54%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Mediante los datos expresados en la tabla 12, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 73.42% del personal analizado tiene contacto directo con los pacientes; mientras que el 26.58% no lo tiene. Con respecto al Centro Especializado en Salud Renal, el 93.94% de los colaboradores confirma que tiene contacto directo con los usuarios; y, el 6.06% no posee esta cercanía. En este sentido, en la primera institución se observa que una gran mayoría del personal trabaja en contacto directo con los pacientes, mientras que una porción menor no lo hace; y, en la segunda la proporción de trabajadores con contacto directo es aún mayor, quedando solo un pequeño grupo sin esta interacción. Estas cifras reflejan diferencias en el grado de cercanía con los pacientes entre ambas instituciones, lo que podría influir en la dinámica de atención y en los desafíos específicos de cada equipo profesional.

Tabla 13. *Servicio o unidad en el que labora*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Servicio o unidad de trabajo	Cirugía	6	7.59%	0	0.00%	6	5.36%
	Diversas unidades	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
	Hemodiálisis	0	0.00%	6	18.18%	6	5.36%
	Medicina interna	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	Nefrología	0	0.00%	24	72.73%	24	21.43%
	Neurología	0	0.00%	2	6.06%	2	1.79%
	Salud mental/psiquiatría	59	74.68%	0	0.00%	59	52.68%
	Servicio de urgencias	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

A través de la información presentada en la tabla 13, se identifica que en el Hospital Julio Endara, el 74.68% de los profesionales analizados se encuentra en el área de salud

mental/psiquiatría; mientras que en las opciones de diversas unidades y servicio de urgencias, se ubica el 8.86% del personal en cada una; y, el 7.59% se encuentra en el área de cirugía. Por su parte en el Centro Especializado en Salud Renal, el 72.73% está asignado al área de nefrología; el 18.18% se ubica en hemodiálisis; mientras que el 6.06% corresponden a neurología; y, el 3.06% labora en medicina interna.

En el Hospital Julio Endara, la mayoría del personal se dedica a salud mental y psiquiatría, con una menor proporción distribuida entre otras áreas como urgencias y cirugía. En el Centro Especializado en Salud Renal, la concentración principal del equipo se encuentra en nefrología, seguida por un grupo en hemodiálisis, con menor representación en neurología y medicina interna. Esta distribución refleja la especialización de cada institución, orientando sus recursos humanos hacia las áreas de atención primaria que abordan las necesidades particulares de sus pacientes.

Tabla 14. *Posición laboral que ocupa en el servicio o unidad*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Posición laboral	Enfermero/a	66	83.54%	29	87.88%	95	84.82%
	Auxiliar de enfermería	13	16.46%	4	12.12%	17	15.18%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Acerca de los datos mostrados en la tabla 14, se define que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 83.54% de los profesionales tiene una posición laboral de enfermero/a; mientras que el 16.46% corresponden a auxiliares de enfermería. Similar situación se tiene en el Centro Especializado en Salud Renal, donde el 81.88% de los colaboradores son enfermeros/as; y, el 12.12% son auxiliares de enfermería. Esta estructura laboral sugiere que ambos centros dependen en gran medida del trabajo del personal de enfermería para la atención directa de sus pacientes, lo cual es esencial para sus áreas de especialización y el cumplimiento de sus objetivos asistenciales.

Tabla 15. *Comentarios adicionales*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Comentarios	No, ninguno	78	98.73%	30	90.91%	108	96.43%
	El lugar físico debe de ser adaptado a la necesidad de cada tipo de paciente, para obtener una mejor seguridad tanto para el paciente como para el personal que tiene contacto directo.	1	1.27%	0	0.00%	1	0.89%
	Seguir evaluando la atención de enfermería para mejorar la seguridad del paciente.	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	Es de importancia educar al personal de salud sobre la importancia de seguridad del paciente.	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	Que el personal de salud debe enfocarse más en la seguridad del paciente, para evitar eventos adversos.	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información complementaria, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla 14, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 98.73% de los profesionales analizados no propuso ningún comentario adicional; mientras que el 1.27% enunció que el lugar físico debe de ser adaptado a la necesidad de cada tipo de paciente, para obtener una mejor seguridad tanto para el paciente como para el personal que tiene contacto directo. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 90.91% de los colaboradores, no emitió comentario adicional alguno; no obstante el 3.03% indicó que se debe seguir evaluando la atención de enfermería para mejorar la seguridad del paciente; además el 3.03% mencionó que es de importancia educar al personal de salud sobre la importancia de seguridad del paciente; y, el 3.03% refirió que el personal de salud debe enfocarse más en la seguridad del paciente, para evitar eventos adversos.

La mayoría del personal en ambos centros no emitió comentarios adicionales, lo que podría interpretarse como una aceptación general de las condiciones actuales o una falta de motivación para sugerir mejoras. Sin embargo, los pocos comentarios recibidos subrayan aspectos clave para la seguridad del paciente, tales como la necesidad de adaptar espacios según las necesidades específicas de cada paciente y mejorar continuamente la atención de enfermería. También resaltan la importancia de la educación del personal en

temas de seguridad, sugiriendo áreas de oportunidad para reforzar prácticas que prevengan eventos adversos y mejoren la seguridad en ambas instituciones.

Tabla 16. *Repite en voz alta las órdenes recibidas para asegurarse que han sido bien comprendidas*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Repite en voz alta las órdenes recibidas	Siempre	20	25.32%	6	18.18%	26	23.21%
	Casi siempre	27	34.18%	16	48.48%	43	38.39%
	A veces	19	24.05%	10	30.30%	29	25.89%
	Casi nunca	7	8.86%	1	3.03%	8	7.14%
	Nunca	6	7.59%	0	0.00%	6	5.36%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con los datos expuestos en la tabla 16, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 34.18% de los profesionales casi siempre repite en voz alta las órdenes que reciben, con la finalidad de asegurarse que las disposiciones han sido comprendidas de forma satisfactoria; el 25.32% manifestó que siempre realiza este tipo de acción; el 24.05% a veces lo efectúa; mientras que el 8.86% casi nunca lo hace; y, el 7.59% indicó que nunca procede de dicha manera. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 48.48% de los colaboradores, se encuentra casi siempre familiarizado con la ejecución de esta práctica; el 30.30% a veces lo hace; mientras que el 18.18% siempre lo realiza; y, el 3.03% casi nunca lo hace.

Por lo anterior expuesto, en el Hospital Especializado Julio Endara, la práctica de repetir órdenes en voz alta como método para asegurar la comprensión es común, pero no universal, lo que indica la necesidad de reforzar esta medida de seguridad entre el personal. En el Centro Especializado en Salud Renal, aunque casi la mitad del equipo utiliza frecuentemente esta técnica, un número relevante lo hace solo ocasionalmente. Estos resultados subrayan la importancia de establecer esta acción como una práctica estándar en ambos centros, ya que su implementación más constante podría mejorar la precisión en el seguimiento de órdenes y reducir errores en la atención.

Tabla 17. *Elaboración de informes de historias clínicas sin tener toda la documentación*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Elaboración de informes sin contar con documentación	Siempre	7	8.86%	5	15.15%	12	10.71%
	Casi siempre	20	25.32%	13	39.39%	33	29.46%
	A veces	33	41.77%	3	9.09%	36	32.14%
	Casi nunca	6	7.59%	8	24.24%	14	12.50%
	Nunca	13	16.46%	4	12.12%	17	15.18%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Según los datos presentados en la tabla 17, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara el 41.77% de los profesionales a veces elabora informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin contar con la documentación completa; el 25.32% casi siempre realiza dicha actividad de esta manera; el 16.46% nunca lo ha hecho; mientras que el 8.86% siempre lo efectúa; y, el 7.59% casi nunca lo hace. Por su parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 39.39% casi siempre ejecuta dicho procedimiento de memoria; el 24.24% casi nunca lo ha realizado; el 15.15% siempre lo hace; mientras que el 12.12% nunca lo ha hecho; y, el 9.09% a veces lo ejecuta de la forma en mención.

En concordancia con lo anterior, se determina que en el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal, se observa que una parte considerable del personal, en ocasiones, elabora informes o resúmenes de historias clínicas sin la documentación completa, confiando en la memoria. Aunque algunos profesionales siguen esta práctica con frecuencia, otros la evitan completamente. Esta variabilidad sugiere una oportunidad para fortalecer los protocolos de documentación, ya que la dependencia de la memoria puede aumentar el riesgo de errores y comprometer la precisión de la información clínica. Implementar un enfoque más riguroso podría mejorar la calidad de los registros médicos en ambas instituciones.

Tabla 18. *Revisa la lista de medicamentos administrados antes de realizar una nueva prescripción*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Revista lista de medicamentos antes de nueva prescripción	Siempre	40	50.63%	22	66.67%	62	55.36%
	Casi siempre	26	32.91%	9	27.27%	35	31.25%
	A veces	13	16.46%	1	3.03%	14	12.50%
	Casi nunca	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
	Nunca	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Mediante la información expuesta en la tabla 18, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara el 50.53% de los profesionales siempre realiza una revisión de los medicamentos administrados a los pacientes, antes de proponer una nueva prescripción; mientras que el 32.91% casi siempre lo hace; y, el 16.45% solo efectúa esta acción a veces. En lo que respecta al Centro Especializado en Salud Renal, el 66.67% de los colaboradores siempre ejerce dicha revisión; mientras que el 27.27% casi siempre lo realiza; y, para las alternativas de a veces y casi nunca, se ubican en cada una el 3.03%.

En concordancia a lo anterior, se establece que en ambos centros de salud, la mayoría del personal mantiene una práctica sólida de revisión de medicamentos antes de proponer nuevas prescripciones, lo cual es esencial para garantizar la seguridad del paciente y minimizar posibles errores de tratamiento. Sin embargo, en el Hospital Julio Endara, existe un grupo que solo realiza esta revisión de manera ocasional, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer protocolos y prácticas de supervisión en este aspecto. En contraste, el Centro Especializado en Salud Renal muestra un compromiso más consistente con la revisión de medicación, evidenciando un enfoque más riguroso en la gestión de tratamientos.

Tabla 19. *Los cambios en la medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención al paciente*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Comunicación sobre cambio de medicamentos	Siempre	26	32.91%	24	72.73%	50	44.64%
	Casi siempre	33	41.77%	7	21.21%	40	35.71%
	A veces	20	25.32%	2	6.06%	22	19.64%
	Casi nunca	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Nunca	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

Según la información mostrada en la tabla 19, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 41.71% de los profesionales refirió que casi siempre es comunicado de forma clara y rápida, a todos los responsables del cuidado de un paciente cuando se realiza un cambio en la medicación; mientras que el 32.91% manifestó que esta acción es realizada siempre; y, el 25.32% indicó que se lleva a cabo a veces. Por otra parte, en el Centro Especializado en Salud Renal, el 72.73% de los colaboradores explicó que siempre se tienen una comunicación efectiva sobre las modificaciones que se efectúan en la medicación; mientras que el 21.21% explicó que casi siempre se lo realiza; y, el 6.06% expresó que a veces se hace.

Por lo expuesto, se determina que en el Hospital Julio Endara, la comunicación sobre cambios en la medicación aún enfrenta algunas inconsistencias, dado que una parte del personal no recibe siempre una notificación clara y oportuna, lo que podría afectar la coordinación en la atención al paciente. En cambio, en el Centro Especializado en Salud Renal, la práctica de informar sobre modificaciones en la medicación parece estar bien establecida, reflejando un proceso de comunicación interno más efectivo y continuo. La diferencia observada sugiere la importancia de fortalecer las prácticas de notificación en el Hospital Julio Endara para mejorar la atención integral del paciente.

Tabla 20. *Cualquier información que afecte el diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del mismo*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	%	F.	%	F.	%
Comunicación sobre información que afecte al paciente	Siempre	26	32.91%	17	51.52%	43	38.39%
	Casi siempre	33	41.77%	13	39.39%	46	41.07%
	A veces	13	16.46%	3	9.09%	16	14.29%
	Casi nunca	7	8.86%	0	0.00%	7	6.25%
	Nunca	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De conformidad con los datos mostrados en la tabla 20, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 41.77% de los profesionales analizados coinciden en que casi siempre es comunicada de manera clara y rápida, cualquier información relevante que pudiera afectar el diagnóstico del paciente a los implicados en el cuidado el mismo; el 32.91% confirma que siempre se realiza esta acción; mientras que el 16.46% mencionó que a veces se realiza; y, el 8.86% expresó que casi nunca se hace. En lo que concierne al Centro Especializado en Salud Renal, el 51.52% de los colaboradores manifiesta que siempre se ejecuta el mencionado procedimiento; mientras que el 39.39% indicó que casi siempre se hace; y, el 9.09% concuerda en que a veces se hace.

Por lo expuesto, se establece que en el Hospital Julio Endara, la comunicación de información crucial para el diagnóstico del paciente muestra áreas de mejora, dado que no siempre se asegura la notificación rápida y clara a todo el personal implicado, lo cual podría comprometer la calidad de la atención. En contraste, en el Centro de Salud Renal, la transmisión de datos relevantes sobre el diagnóstico parece estar mejor afianzada, reflejando un enfoque más consistente y seguro en la comunicación interna. Esto subraya la necesidad de fortalecer en el hospital mencionadas las prácticas de comunicación para optimizar la atención centrada en el paciente.

Tabla 21. *Indaga acerca de las preferencias de los pacientes terminales sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital*

		Hospital Especializado Julio Endara		Centro Especializado en Salud Renal		Total	
		F.	**%**	**F.**	**%**	**F.**	**%**
Indaga sobre preferencias de los pacientes terminales	Siempre	21	26.58%	10	30.30%	31	27.68%
	Casi siempre	26	32.91%	15	45.45%	41	36.61%
	A veces	13	16.46%	7	21.21%	20	17.86%
	Casi nunca	19	24.05%	0	0.00%	19	16.96%
	Nunca	0	0.00%	1	3.03%	1	0.89%
Totales		**79**	**100.00%**	**33**	**100.00%**	**112**	**100.00%**

Nota. Se muestran los resultados acerca de la sección de información adicional, obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)

De acuerdo con la información presentada en la tabla 21, se identifica que el 32.91% de los profesionales que laboran en el Hospital Especializado Julio Endara, casi siempre indagan acerca de los preferencias que tienen los pacientes en etapa terminal, sobre los tratamientos y procedimientos de soporte vital; el 26.58% siempre realiza esta acción; mientras que el 26.05% casi nunca lo hace; y, el 16.46% a veces lo realiza. Con relación al Centro Especializado en Salud Renal, el 45.45% de los colaboradores confirma que casi siempre se procede con la afirmación descrita; el 30.30% siempre lo efectúa; mientras que el 21.21% casi nunca lo ha ejecutado; y, el 3.03% manifestó que nunca ha desarrollado dicho procedimiento.

Con base a lo expresado, se establece que en el Hospital Julio Endara, la consulta sobre las preferencias de los pacientes en fase terminal respecto a los tratamientos de soporte vital es una práctica regular pero con determinado nivel de inconsistencia, donde un porcentaje significativo de profesionales rara vez realiza esta consulta. En contraste, en el Centro de Salud Renal, esta consulta se efectuada con mayor frecuencia, lo que demuestra un enfoque más empático y orientado a respetar las decisiones del paciente. Estos hallazgos resaltan la importancia de estandarizar la práctica de indagar las preferencias de los pacientes, promoviendo un cuidado más humanizado en ambas instituciones.

8. Discusión

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara el 58.23% de los profesionales analizados se sitúan en un rango de edad de 30-39 años; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal el 57.58% se encuentra en el rango de 22-29 años de edad. Esta información, guarda similitud con la investigación realizada por Santos *et al.* (2022) quienes afirman que el 47.5% de los colaboradores evaluados se encuentran en un rango de edad consistente entre los 25-35 años. La distribución etaria en ambas instituciones sugiere una tendencia hacia equipos de trabajo predominantemente jóvenes, lo que puede influir en el dinamismo y adaptación a nuevas prácticas. Además, la similitud con otros estudios refleja un perfil de profesionales en rangos de edad que aportan energía y flexibilidad, características relevantes para entornos de atención en salud.

Mediante los datos mostrados en este estudio, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% de los profesionales analizados corresponden al sexo masculino; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, 51.52% son del género femenino. Esta información aunque discorde entre sí, la diferencia porcentual entre ambos géneros es mínima, bordeando en aproximadamente una equidad del 50.00%, lo cual tiene similitud con investigaciones como la realizada por Kalckmann *et al.* (2019) quienes explican que en la institución analizada existe un predominio del sexo femenino con un 53.25%, en igual sentido, Gil *et al.* (2022) distinguen que de los colaboradores evaluados la mayoría son del género masculino con un 50.82%. La paridad de género en ambas instituciones sugiere un equilibrio en la representación masculina y femenina, lo que podría contribuir a una perspectiva diversa en la atención a los pacientes. Esta casi equidad refleja patrones observados en investigaciones previas, indicando una tendencia hacia una mayor inclusión y balance en los equipos de salud.

Según la información obtenida en este estudio, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% de los profesionales analizados tienen un título de tercer nivel; por su parte, en el Centro Especializado en Salud Renal el 96.97% posee un grado académico aprobado de tercer nivel. Esto difiere de la investigación realizada por Massaroli *et al.* (2021) donde se distingue que el 75.32% de los colaboradores evaluados se encuentra con un nivel académico aprobado de Maestría. El alto porcentaje de

profesionales con título de tercer nivel en ambas instituciones resalta un enfoque en la capacitación académica formal para brindar atención de calidad. Sin embargo, la diferencia en comparación con estudios como el de Massaroli *et al.* (2021) sugiere que el nivel educativo podría variar según las necesidades específicas de cada centro o las exigencias del contexto laboral en distintas instituciones de salud.

Los hallazgos de este estudio, muestran que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 45.57% de los profesionales analizados se encuentra con un estado civil soltero, y de manera similar el 66.67% de los colaboradores del Centro Especializado en Salud Renal se ubica en el mismo estado civil. Estos datos, guardan relación con el trabajo desarrollado por Lima *et al.* (2020) donde el 52.34% del personal indagado conserva un estado civil soltero. Lo expuesto, refleja una prevalencia de profesionales solteros en ambas instituciones, lo cual coincide con tendencias observadas en el precitado estudio. Esta situación podría vincularse a factores como la dedicación a la formación profesional y las demandas laborales en el ámbito de la salud, que suelen influir en la decisión de postergar compromisos personales.

En virtud de los resultados obtenidos en este estudio, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 58.23% de los profesionales analizados tiene 6-10 años de tiempo de servicio; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal el 57.58% se ubica en el mismo rango de tiempo de servicio. Estos datos coinciden con la investigación desarrollada por Bernal (2020) donde el 49.52% de los colaboradores evaluados poseen un promedio de 8.5 años de tiempo de servicio. Esto sugiere una estabilidad laboral significativa en ambos centros de salud, así como el mencionado trabajo de Bernal (2020), con una mayoría de profesionales que acumulan una experiencia considerable en sus puestos. Esta constancia en el tiempo de servicio refleja una probable consolidación de habilidades y conocimientos específicos que fortalecen la calidad del servicio.

De acuerdo con los datos expuestos en este estudio, desde un punto de vista general, para el Hospital Especializado Julio Endara se obtuvieron 61.45% de respuestas afirmativas sobre los ítems evaluativos de la cultura de seguridad del paciente, lo que permite inferir que existen áreas de mejora significativas que requieren atención, tales como por ejemplo las dimensiones de percepción de seguridad, franqueza en la comunicación, respuesta no

punitiva en los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente y trabajo en equipo entre unidades. Por su parte en el Centro Especializado en Salud Renal, se obtuvo un 76.45% de respuestas positivas, por lo que en su mayoría las dimensiones presentan fortalezas; sin embargo las oportunidades de mejora detectadas, consisten en percepción de seguridad, franqueza en la comunicación y respuesta no punitiva a los errores.

Esta información guarda coincidencia con el estudio de Raso (2019), donde existe resistencia por aproximadamente el 45% de los participantes en informar errores, por temor a las respuestas punitivas; de igual manera la investigación realizada por Reyes & Costa (2021) donde solo el 35% de los colaboradores reportó positivamente tener franqueza en la comunicación; en igual sentido, Martín *et al.* (2020) evidencia que solo el 38% de los profesionales reporta que el personal es suficiente para garantizar la seguridad del paciente. En este contexto, se puede verificar que, aunque ambos centros muestran fortalezas en la cultura de seguridad del paciente al igual que en los estudios mencionados, persisten áreas clave que requieren intervención, especialmente en la comunicación abierta y en la gestión de errores sin represalias. Estas áreas de mejora son fundamentales para consolidar una cultura de seguridad más robusta, alineada con prácticas que favorezcan la transparencia y el apoyo organizacional, necesarios para un entorno de trabajo seguro y eficiente.

Acerca de la percepción general del personal sobre la cultura de seguridad del paciente, los resultados de este estudio en una escala de 1 a 10, los profesionales del Hospital Especializado Julio Endara en un 40.51% la calificaron con un 5; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, el 60.61% la calificó con un 9. Estos datos coinciden con investigaciones como la de Mella *et al.* (2021), donde el 70% de los participantes evaluaron positivamente la cultura de seguridad, y el trabajo de Martín *et al.* (2020) donde el 55% calificó como medianamente adecuada la seguridad del paciente.

La valoración de la cultura de seguridad del paciente varía notablemente entre los dos centros analizados, reflejando una percepción más positiva en el Centro Especializado en Salud Renal. Estos hallazgos sugieren que el ambiente y las prácticas de seguridad en este último están más alineados con las expectativas de los profesionales, en comparación con

el Hospital Especializado Julio Endara, donde se identifican mayores oportunidades de mejora en seguridad percibida, información que coincide con los estudios previamente citados.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara existe un grupo de profesionales que labora 40 y 60 horas semanales, encontrándose en cada una de estas jornadas el 32.91%; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, el 57.58% de los colaboradores mantiene jornadas de 60 horas semanales. Esta información es coincidente con la investigación de Gutiérrez (2020), quienes explican que el personal evaluado, en su mayoría (55.36%) mantiene jornadas laborales que exceden de las 40 horas semanales, que regularmente debería tener una persona. Esto, indica una alta carga horaria entre los profesionales de ambos centros, así como el precitado trabajo, esta situación sugiere una posible sobrecarga laboral que podría impactar tanto en el bienestar del personal como en la calidad del servicio prestado.

Mediante los hallazgos de este estudio, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 32.91% de los profesionales analizados ha reportado 3 incidentes ocurridos durante el último año; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, el 54.55% de los colaboradores ha reportado 3 incidentes durante el año anterior. Esto difiere con el trabajo de Jaimes *et al.* (2021) donde se explica que el 49.52% de los profesionales evaluados reportan un promedio de 6 incidentes por año. Los resultados muestran que el número de incidentes reportados en ambos centros es relativamente bajo en comparación con otros estudios. Esto podría indicar una menor ocurrencia de eventos o una falta de informes, lo cual indica áreas de mejora en el seguimiento y la comunicación sobre incidentes, vitales para reforzar la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.

En este estudio se ha evidenciado que, en el Hospital Especializado Julio Endara, el 73.42% de los profesionales analizados tiene contacto directo con los pacientes; y, de similar manera en el Centro Especializado en Salud Renal, el 93.94% de los colaboradores mantiene dicho contacto. Esto guarda relación con la investigación de Lotici *et al.* (2022) quienes manifiestan que el 88.20% de los profesionales evaluados tienen contacto directo con los pacientes que asisten a la institución de salud donde se aplicó el instrumento. Lo

expuesto, refleja una alta frecuencia de contacto directo entre el personal y los pacientes en ambos centros, lo que enfatiza la importancia de una capacitación constante en protocolos de seguridad y calidad de atención. Este nivel de interacción resalta la necesidad de estrategias de soporte y formación para minimizar riesgos y fortalecer la atención en salud.

Los resultados de este estudio demuestran que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 74.68% de los profesionales analizados se sitúan en la unidad de salud mental/psiquiatría; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal el 72.73% de los colaboradores pertenecen al área de nefrología; esta variabilidad es consistente con la especialidad de cada institución. La información presentada, si bien difiere del trabajo de López *et al.* (2019), concuerda en que el 86.57% del personal se conjuga en el área de pediatría, toda vez que se aplicó el instrumento en un hospital pediátrico. Esto subraya la adecuación del personal a las especialidades de cada institución, lo que permite un enfoque especializado en las necesidades de sus pacientes. La concentración de profesionales en áreas específicas resalta la importancia de una estructura organizativa alineada con la naturaleza de los servicios prestados, promoviendo una atención efectiva y centrada en cada especialidad.

Acerca de la posición laboral, se ha identificado que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 83.54% de los profesionales analizados, son enfermeros/as; y de igual manera en esta labor, se sitúan el 87.88% de los colaboradores del Centro Especializado en Salud Renal. Esta descripción, tiene similitud con los manifestado por Araújo *et al.* (2023), quienes en su investigación muestran que el 95.32% del personal evaluado corresponden a profesionales de enfermería. Esta composición laboral responde a la necesidad de una atención personalizada y efectiva, promovida principalmente por el equipo de enfermería, quienes desempeñan un papel central en el cuidado continuo.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, se evidencia que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 34.18% de los profesionales evaluados, casi siempre repite en voz alta las órdenes recibidas, con la finalidad de asegurarse de haber comprendido bien lo solicitado; en igual sentido se tiene el 48.48% de los colaboradores del Centro Especializado en Salud Renal, quienes casi siempre efectúan dicha acción. Estos

resultados difieren brevemente del trabajo presentado por Camacho (2020) donde se explica que el 52.36% del personal analizado, siempre repite las instrucciones recibidas en voz alta, para verificar que se han comprendido de forma satisfactoria. Lo expuesto sugiere que una práctica de verificación, como repetir en voz alta las instrucciones recibidas, es común entre los profesionales, lo cual refuerza la importancia de la precisión en la comunicación para evitar errores en la atención. Esta práctica, aunque varía en frecuencia, muestra el compromiso del personal con la comprensión.

Según los datos mostrados en este estudio, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 41.77% de los profesionales analizados a veces elabora informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener toda la documentación completa; por el contrario en el Centro Especializado en Salud Renal, el 39.39% de los colaboradores, casi siempre realiza esta práctica. Esta información se diferencia de la investigación desarrollada por Rivera *et al.* (2020), quienes explican que apenas el 5.25% de los profesionales ejecutan esta acción de memoria sin tener a la mano la documentación completa, y el 76,35% cuenta con toda la información de respaldo previo a redactar los informes o resúmenes de las historias clínicas. Por lo expuesto, se evidencia una tendencia preocupante en ambas instituciones hacia la elaboración de informes clínicos sin la documentación completa, lo que podría comprometer la precisión y calidad de la atención. La práctica varía en frecuencia, pero señala áreas de mejora en los protocolos de documentación y acceso a información en tiempo real, tal como es el caso del precitado trabajo de Rivera *et al.* (2020).

En concordancia con los resultados obtenidos en este estudio, se identifica que en el Hospital Especializado Julio Endara, el 50.63% de los profesionales analizados siempre realiza una revisión de la lista de medicamentos administrados a los pacientes antes de proceder con una nueva prescripción; de igual manera en el Centro Especializado en Salud Renal, el 66.67% de los colaboradores siempre efectúa esta acción. Esta información guarda coherencia con el trabajo de Jaime & González (2021), quienes mencionan que el 88.76% del personal, siempre verifica el listado de los medicamentos administrados previo a las nuevas prescripciones. Estos datos resaltan un elevado compromiso en ambas instituciones por la verificación de los medicamentos administrados, no obstante puede estimarse como una oportunidad de mejora debido a

que, porcentualmente se encuentran cerca del 50.00%, a diferencia de la precitada investigación que supera el 75.00%.

Los hallazgo de este estudio, demuestran que el 41.77% de los profesionales analizados en el Hospital Especializado Julio Endara, coinciden en que casi siempre se comunican de forma clara y rápida los cambios en la medicación a todo el personal implicado en la atención del paciente; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, el 72.73% de los colaboradores, explican que siempre se realiza esta acción. Esta información concuerda parcialmente con la investigación de García & Larios (2019), donde se evidencia que el 85.67% de los participantes refieren que la acción en mención siempre se efectúa. En esto se refleja un esfuerzo significativo por comunicar los cambios en la medicación de manera clara y oportuna, concordante con el previamente mencionado trabajo, sin embargo en el Hospital Especializado Julio Endara esta comunicación es casi siempre, lo que se destaca como una oportunidad de mejora para asegurar que esta práctica se realice siempre y así fortalecer la coordinación y la seguridad en la atención al paciente.

Acerca de la comunicación rápida y clara a todos los profesionales involucrados en la atención del paciente, de cualquier información que afecte el diagnóstico del mismo, el 41.77% de los trabajadores del Hospital Especializado Julio Endara, manifiesta que casi siempre ocurre; mientras que en el Centro Especializado en Salud Renal, el 51.52% coincide que siempre se efectúa esta actividad. Estos datos, guardan relación parcialmente con la investigación de Chávez (2019) donde el 75.27% de los colaboradores de la institución evaluada manifiesta que existe una adecuada comunicación sobre información concerniente al paciente, para evitar que el diagnóstico se vea afectado. Si bien, en el Centro Especializado en Salud Renal existe un mayor compromiso con respecto a la comunicación de información relevante para el diagnóstico de los pacientes, se puede evidenciar que existe una oportunidad de mejora al igual que en el Hospital Especializado Julio Endara, en contraste con el trabajo de Chávez (2019).

En relación a los tratamientos y procedimiento de soporte vital para pacientes en etapa terminal, el 32.91% de los profesionales del Hospital Especializado Julio Endara, casi siempre indaga sobre las preferencias de estos individuos; y en igual sentido el 45.45%

de los colaboradores del Centro Especializado en Salud Renal, casi siempre lo hace. Estos datos se diferencian del trabajo desarrollado por Salazar & Restrepo (2020) donde se expone que el 95.62% de los trabajadores evaluados coinciden en que siempre exploran las preferencias de los pacientes terminales, en caso de requerir soporte vital. La práctica de indagar sobre las preferencias de soporte vital en pacientes terminales muestra una tendencia positiva en ambas instituciones, pero en contraste con la precitada investigación, es una actividad que podría intensificarse. Esto sugiere una oportunidad para fortalecer los protocolos de comunicación con los pacientes en situaciones críticas, promoviendo un enfoque más centrado en sus deseos y valores individuales.

9. Conclusiones

El análisis realizado evidencia que tanto el Hospital Especializado Julio Endara como el Centro Especializado en Salud Renal presentan elementos comunes y divergentes en su cultura de seguridad del paciente. Ambas instituciones tienen implementados ciertos aspectos fundamentales, como el registro de eventos y la percepción del personal sobre la importancia de la seguridad. Sin embargo, difieren en el nivel de transparencia y respuesta ante errores: mientras el Centro de Salud Renal muestra mayor predisposición hacia la notificación y un ambiente más favorable, el Hospital Julio Endara enfrenta retos en la comunicación y respuesta no punitiva. En ambos casos, persisten desafíos relacionados con el liderazgo y el compromiso institucional, factores clave según el marco teórico, que influyen en la consolidación de una cultura efectiva. Estas similitudes y diferencias sugieren que ninguna de las instituciones ha implementado plenamente una cultura de seguridad del paciente, aunque existen bases sobre las cuales trabajar.

En ambas instituciones se identifican áreas críticas que limitan el desarrollo de una cultura sólida de seguridad del paciente. El Hospital Especializado Julio Endara necesita fortalecer la comunicación abierta y reducir la percepción de sanciones ante errores, elementos que dificultan la identificación de oportunidades de mejora. Por su parte, el Centro Especializado en Salud Renal, aunque exhibe un mejor desempeño en la notificación de incidentes, requiere una gestión más efectiva del liderazgo y un mayor compromiso de la alta dirección para fomentar un entorno de mejora continua. En ambos casos, las deficiencias en el liderazgo y la falta de políticas consistentes en torno a la seguridad del paciente son factores comunes que frenan el progreso. En este sentido, se vuelve imperativo implementar estrategias que promuevan una participación activa del personal, el apoyo institucional, y el cumplimiento riguroso de los procesos para avanzar hacia una verdadera cultura de seguridad.

10. Recomendaciones

Para fortalecer la cultura de seguridad del paciente en ambas instituciones, se recomienda implementar programas de sensibilización y capacitación que fomenten una mayor transparencia en la notificación de errores y eventos adversos. Estas iniciativas deben estar dirigidas a todo el personal, promoviendo la percepción de los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora. Es fundamental reforzar la comunicación interna mediante canales efectivos y accesibles que permitan la expresión de preocupaciones y la difusión de buenas prácticas. Adicionalmente, se debe trabajar en la unificación de criterios sobre seguridad del paciente entre ambas instituciones, estableciendo estándares claros y compartidos que faciliten la comparación y el aprendizaje mutuo. Este enfoque colaborativo permitirá reducir las brechas identificadas y crear un entorno que priorice el bienestar y la seguridad de los pacientes.

Para abordar las áreas críticas detectadas, se recomienda diseñar e implementar un plan integral de mejora continua que contemple la participación activa de los líderes institucionales. Este plan debe incluir la revisión y ajuste de las políticas internas para garantizar que no sean punitivas y que promuevan la confianza del personal en los procesos de notificación. Es indispensable fortalecer el liderazgo efectivo mediante la capacitación de los gestores y supervisores, asegurando que estos adopten un enfoque coherente y promotor de la cultura de seguridad. Además, se deben establecer indicadores claros de desempeño en seguridad del paciente, monitorearlos periódicamente y retroalimentar al personal sobre los avances logrados. Por último, es importante crear comités interdisciplinarios que supervisen la implementación de estas acciones, asegurando su sostenibilidad y efectividad a largo plazo.

11. Referencias

Álvarez, D. R., & González, J. (2022). Seguridad del paciente, su percepción por el personal de enfermería en un hospital materno-infantil. *Revista Información Científica, 101*(4), 1-11. http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n4/1028-9933-ric-101-04-e3820.pdf

Álvarez, S. L. (2019). *Cultura de seguridad del paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia.* Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia: https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76771/TESIS%20MAESTR%c3%8dA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Antino, M., Sánchez, M., & Ortega, A. (2020). La encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales mexicanos: Evaluación de propiedades psicométricas. *Revista Ciencia de la Seguridad, 128*(1), 1-15. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S092575352030103X

Añel, R. M., Remón, C. A., & Martín, M. D. (2021). La participación del paciente en su seguridad. *Revista Atención Primaria, 53*(1), 1-9. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002493

Araújo, B., Cañedo, M. C., Torres, N. L., Barros, T. I., & Munhoz, M. A. (2023). La cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de enfermería. *Revista Cogitare Enfermagem, 28*(1), 1-14. https://www.scielo.br/j/cenf/a/GGknTHXWHkfTWtnQ4SG9S6p/?format=pdf&lang=es

Arboit, É. L., Bellini, G., Ribeiro, C., Schettert, M. C., Silva, S., & Almeida, R. (2020). Cultura de seguridad del paciente desde una perspectiva multiprofesional. *Research, Society and Development, 9*(5), 1-18. https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/3088/4965/27481

Arroyo, A., & Cruzado, M. (2019). Efecto de un programa médico hospitalario en la cultura de seguridad del paciente: Unidad de cuidados intensivos del Hospital Base "Víctor Lazarte Echegaray" – EsSalud. *Revista Ciencia y Tecnología, 15*(3), 19-30. https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/2517/2557

Astier, M. P., Torijano, M. L., Añel, R., Palacio, J., & Aibar, C. (2021). Pasado, presente y futuro de la seguridad del paciente en atención primaria. *Revista*

Atención Primaria, 53(1), 1-4. https://pdf.sciencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656721X00121/1-s2.0-S0212656721002559/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOn%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIFYiKbZ9iaL2tE1zDwwMl9Ui%2BRQ5PiPUJKoDSf6RXg9oAiEA%2B0hamDVu

Athié, C., & Dubón, M. C. (2020). Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Revista Cirugía y cirujanos, 88*(2), 219-232. https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v88n2/2444-054X-cir-88-2-219.pdf

Ayerbe, K. L. (2021). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital del Callao.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76866/Ayerbe_MKL-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Barbosa, M. H., Melo, J., Faría, K., Goncalves, K., Marques, M., & Barichello, E. (2019). Seguridad del paciente: Percepción de enfermeros brasileños. *Revista Cubana de Enfermería*, *34*(4), 1-12. https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561/399

Batista, J., Almeida, E. D., Taporosky, F., Parreira, D., Borges, M., & Gabriel, C. S. (2021). Diferencias entre profesionales de enfermería y medicina acerca de la cultura de seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Enfermería Global, 20*(63), 86-126. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n63/1695-6141-eg-20-63-86.pdf

Bernal, F. C. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital de nivel I. *Revista Científica de Enfermería CURAE, 3*(1), 43-52. https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710

Blanco, R. M., Mora, Y., Bosi, T. S., Navarro, L. M., Sánchez, Z. T., & Iglesias, A. T. (2023). Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *Revista MediSur, 21*(4), 858-864. http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n4/1727-897X-ms-21-04-858.pdf

Bonilla, J. (2021). *Cultura de seguridad del paciente en el hospital del Banco de Seguros del Estado, desde la perspectiva del personal de enfermería:*

Montevideo - Uruguay. Repositorio Institucional de la Universidad de la República: https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2021/FE-0082TM.pdf

Borja, J. C., & Benavides, F. (2020). *Caracterización del desarrollo de habilidades blandas de estudiantes de enfermería para el empoderamiento hospitalario en seguridad del paciente.* Repositorio Institucional de la Universidad de Bosque: https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/d336eefb-5884-425d-92e2-d09c63377140/content

Bravo, M. A., Arboleda, L. B., Arguello, D. K., Becerra, X., Peñaranda, M., Oyola, D. Y., & Rivera, R. (2020). Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. *Revista Cubana de Enfermería, 36*(1), 1-21. http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n1/1561-2961-enf-36-01-e3155.pdf

Bustamante, L. A. (2020). *Cultura de seguridad del paciente y registro de eventos adversos por enfermeras, servicio de cuidados intensivos, Hospital Goyeneche, Arequipa.* Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/134eff0b-2b06-453b-b97c-1742372ad736/content

Calvache, J. A., Benavides, E., Echeverry, S., Agredo, F., Stolker, R. J., & Klimek, M. (2021). Propiedades psicométricas de la versión en español latinoamericano del cuestionario de cultura de seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. *Revista de seguridad del paciente, 17*(8), 1806-1813. https://journals.lww.com/journalpatientsafety/fulltext/2021/12000/psychometric_properties_of_the_latin_american.155.aspx

Camacho, D. E. (2020). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de Atención Primaria. *Revista Hacia la Promoción de la Salud, 25*(1), 141-153. http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00141.pdf

Cardoso, R., Rocha, M. A., Barbosa, B., & Vilar, B. M. (2021). Enseñanza de la seguridad del paciente en enfermería: Revisión integrativa. *Revista Enfermería Global, 20*(64), 700-743. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n64/1695-6141-eg-20-64-700.pdf

Carita, G. G., & Lupaca, L. S. (2019). *Factores laborales y cultura de seguridad del paciente en el personal profesional de enfermería del hospital Hipólito Unanue, Tacna.* Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Jorge Basadre

Grohmann: https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9452d95c-b2f0-4c47-a31f-d827ba94387d/content

Carlise, D. N., & Junges, J. R. (2021). Seguridad del paciente y aspectos éticos: Revisión de alcance. *Revista Bioética, 29*(2), 304-316. https://www.scielo.br/j/bioet/a/Qyh8fL4hbTXNpkBrTfGbVLL/?format=pdf&lang=es

Castro, G. S., Vintimilla, E. F., & Viteri, O. L. (2020). Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del hospital provincial general de segundo nivel Quito-Ecuador. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencia e Investigación, 4*(30), 62-71. https://core.ac.uk/download/pdf/287162103.pdf

Chávez, G. V. (2019). *Análisis de la cultura de seguridad en el personal y búsqueda de causa raíz de eventos mayores de inseguridad para implementar mejoras en la atención de pacientes del Hospital AXXIS.* Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE): https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a251b8d2-2870-4021-9f85-96e0bb11b42b/content

Cruz, J. W., & Veloza, M. C. (2019). La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de enfermería. *Revista Investigaciones Andina, 21*(39), 9-20. http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v21n39/0124-8146-inan-21-39-9.pdf

Cruz, S., Marais, B. X., Lopes, O., Dal, J., Souza, J., & Bosi, T. S. (2021). Cultura de seguridad del paciente, cuidados de enfermería omitidos y sus razones en obstetricia. *Revista Latinoamericana de Enfermería, 29*(1), 1-11. https://www.scielo.br/j/rlae/a/SyJDqBZnM7NM33nnZMWxxRh/?format=pdf&lang=es

Cuadros, K., Leal, C., Henríquez, C., & Godoy, S. (2022). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales. *Revista Enfermería Universitaria, 19*(1), 20-45. https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/1320

Fayos, J. L., & García, M. Á. (2023). Percepción de seguridad del paciente en salas quirúrgicas y quirófano respecto a otras salas en un hospital español de segundo

nivel. *Revista Enfermería Global, 22*(2), 321-348. https://revistas.um.es/eglobal/article/view/537541/339241

Flores, E., Godoy, J., Burgos, F., & Salas, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Revista Ciencia y Enfermería, 27*(27), 1-13. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-27.pdf

Flores, M. T., Cruz, A., & Morales, F. (2019). Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 27*(1), 14-22. https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim191c.pdf

Fonseca, D. A., Serpa, P. C., & Arias, J. H. (2021). Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 53*(1), 1-10. http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v53/0121-0807-suis-53-e308.pdf

Fuentes, A. L. (2019). Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud, 10*(2), 160-170. https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/4326/3586

Gambashidze, N., Hammer, A., & Manser, T. (2019). Propiedades psicométricas de la versión georgiana de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente: Un estudio transversal. *BMJ Journal, 9*(1), 1-11. https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/7/e030972.full.pdf

García, M., & Larios, E. (2019). La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer (SSA) en Puebla. *Revista FACE: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 19*(2), 115-124. https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/FACE/article/download/3702/2098

García, M., Macías, M., Viana, T. S., López, J., Sanz, T., & Aranaz, J. M. (2019). Para avanzar en el conocimiento de la seguridad del paciente: A propósito de la biblioteca breve de seguridad del paciente. *Revista Española de Salud Pública, 93*(1), 1-14. https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201903010/es

Gavilanes, M. J., Aucatoma, K., Moreno, F., & Rivas, A. (2021). La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. *Mediciencias UTA: Revista universitaria con proyección científica, académica y social, 5*(3), 32-41. https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1189/1068

Gil, A., Martínez, S., Flores, P., Moyano, C., Sánchez, P., Martínez, M. A., . . . García, M. A. (2022). Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de COVID-19. *Revista Enfermería Intensiva, 33*(4), 185-196. https://pdf.sciencedirectassets.com/277714/1-s2.0-S1130239922X00072/1-s2.0-S1130239921001176/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMT%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJGMEQCIBQLi7iqWue5tEnjsC4er3az2Ljwpq4uCPOrifsgKx52AiAfILyxuV1F66iF

Gómez, R., & López, J. J. (2021). La seguridad del paciente, prioridad en el sistema de salud. *Revista Salud en Tabasco, 27*(2), 62-66. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Lopez-Cocotle-2/publication/355717214_La_seguridad_del_paciente_prioridad_en_el_sistema_de_salud_Revista_Salud_en_Tabasco_httpstabascogobmxrevista-salud-en-tabasco/links/617ae9dceef53e51e1fb53c1/La-seguridad-del-p

González, E., Godoy, J., Burgos, F., & Salas, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Revista Ciencia y Enfermería, 27*(27), 1-13. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-27.pdf

Gutierrez, L. S. (2020). *Sobrecarga Laboral y Cultura de Seguridad del paciente en el profesional de salud del Hospital San Juan de Lurigancho.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40969/Gutierrez_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Haas, L. E., Gaedke, M. Â., & Mendes, J. A. (2022). Cultura de la seguridad del paciente en los servicios de alta complejidad en el contexto de la pandemia de Covid-19. *Revista Cogitare Enfermagem, 27*(1), 1-15.

https://www.scielo.br/j/cenf/a/3Scn99T3qMNfsWgJtB8fgSB/?format=pdf&lang=es

Hernández, I., Izquierdo, E., & Puerto, S. A. (2020). La cultura de seguridad del paciente en la técnica de neuro navegación por imágenes. *Revista de Investiyación Médico Quirúrgica, 12*(3), 1-10. https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/653/700

Jaime, N. N., & González, J. (2021). Cultura sobre seguridad del paciente en el personal de enfermería en una institución del conurbano bonaerense. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25*(5), 1-12. https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2021/rcm215n.pdf

Jaimes, M. L., Alvarado, A. L., Mejía, C. N., López, A. V., Mancilla, V. A., & Padilla, C. I. (2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel. *Revista Cuidarte, 12*(1), 1-16. http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v12n1/2346-3414-cuid-12-1-e1092.pdf

Kalckmann, S. M., Campos, A. R., Borges, F., Crozeta, K., Peres, A., & Assis, F. (2019). Cultura de seguridad del paciente: Evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. *Revista Enfermería Global, 18*(56), 365-397. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/1695-6141-eg-18-56-365.pdf

León, L. C., & Mejía, F. M. (2019). *Clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao.* Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Callao: https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4130/LEON%20LAVADO%20Y%20MEJIA%20CCAICURI_POSGRADO_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lima, P., Teles, M., Lima, R., Vieira, B., Cardoso, R., & Melo, T. M. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Revista Enfermería Global, 1*(60), 427-439. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-427.pdf

Lopes, C., Oliveira, F. D., Carvalho, L. D., Ferreira, L., Alves, S. M., & Souza, S. (2021). Cultura de seguridad del paciente entre profesionales de enfermería en el ámbito de los cuidados intensivos. *Revista de la Escuela de Enfermería, 55*(1), 1-8.

https://www.scielo.br/j/reeusp/a/njj8qzrCWL7Lf7qCVvBDgkC/?format=pdf&lang=en

López, E., Vicente, M. A., & Cruz, C. (2019). Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Revista Horizonte Sanitario, 18*(2), 201-210. https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n2/2007-7459-hs-18-02-201.pdf

Lotici, A., Nascimento, F., Lotici, G., & Gaffuti, T. (2022). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Global, 21*(67), 135-184. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n67/1695-6141-eg-21-67-135.pdf

Macías, M., Garzón, G., Navarro, C., Navea, A., Díaz, A., Santiago, A., & Pardo, A. (2022). Impacto de la pandemia COVID-19 en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente y errores de medicación. *Revista de Investigación sobre Calidad de la Atención Sanitaria*, *37*(6), 397-407. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S260364792200029X

Martín, A., Sánchez, A., Párraga, J. L., & Barquero, T. C. (2020). Cultura de seguridad del paciente en emergencias sanitarias. *Revista Nure Investigación, 18*(110), 1-11. https://scholar.archive.org/work/sx6jmp2uijcylj4f3tbv5gy2im/access/wayback/https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/2039/953/

Martínez, V., Astier, M. P., Torijano, M. L., Ares, S., Bueno, J. M., & Fernández, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Revista Atención Primaria, 53*(1), 1-20. https://pdf.sciencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656721X00121/1-s2.0-S0212656721002584/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOr%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJGMEQCICnXEwAYC9PbCSuESiv3EsDq6rvsfIe8QqjmSkOxWPlvAiAknQPJUHo24LXL

Massaroli, A., Carli, M. E., Kooke, K., Brito, É., Brum, F., & Santos, J. (2021). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de Brasil. *Revista Ciencia y Enfermería, 27*(10), 1-12. https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-10.pdf

Mastandrea, P. B., Cambra, I., González, G., Baños, J. E., Pujol, R., & Gomar, C. (2022). Seguridad del paciente a través del cine-educación y simulación. Evaluación del aprendizaje a largo plazo. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 25*(3), 137-141. https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v25n3/2014-9832-fem-25-3-137.pdf

Matute, G. N., Plaza, P. M., & Matute, L. A. (2019). Seguridad del paciente en laboratorios clínicos generales. *Revista Ocronos, 1*(1), 1-4. https://sga.uteq.edu.ec/media/evidenciasiv/2022/08/07/evidencia_articulo_20228795515.pdf

Mella, M., Gea, M. T., Aranaz, J. M., Ramos, G., & Compañ, A. F. (2021). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Revista Gaceta Sanitaria, 34*(5), 500-513. https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v34n5/0213-9111-gs-34-05-500.pdf

Mera, M., Thorpt, C. P., & González, M. F. (2019). Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente. *Revista Venezolana de Gerencia, 2*(1), 627-640. https://www.redalyc.org/journal/290/29063446035/29063446035.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture.* Sitio Web Oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosPercepcionOpinion/profesionales/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf

Movilla, C., Torra, J. E., & García, F. P. (2023). Políticas sobre seguridad del paciente y lesiones por presión: Información publicada en las páginas web institucionales de España. *Revista Gerokomos, 34*(1), 61-67. https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v34n1/1134-928X-geroko-34-01-61.pdf

Núñez, E. I. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del hospital regional docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú.* Repositorio Institucional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_Nu%c3%b1ezSamaniegoEric.pdf

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

Cubana de Enfermería, 37(2), 1-18. http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n2/1561-2961-enf-37-02-e3596.pdf

Ordinola, M. (2021). *Gestión de calidad del cuidado y cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería de un Instituto Nacional Lima.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/64827/Ordinola_MM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Seguridad del paciente*. Sitio Web Oficial de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1

Ortega, L. Y., García, T. Y., & Villar, C. (2020). *Estrategias para fomentar la Cultura de Seguridad del Paciente en el usuario y su familia en el servicio de urgencias de una institución de salud de segundo nivel de atención.* Repositorio Institucional de la Universidad del Bosque: https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/343d3434-9985-4ae2-81ca-56cdef8c6b7e/content

Pastor, N., Arias, M., & Azula, W. A. (2019). Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del hospital regional de ICA. *Revista de Enfermería a la Vanguardia, 7*(2), 41-48. https://mail.revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/204/239

Pérez, L. (2020). Percepción de enfermería: Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. *Revista Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo, 22*(1), 1-8. https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20(2020)/145263339005/145263339005_visor_jats.pdf

Pineda, Y. P., Zapata, P. A., & Vásquez, E. M. (2022). Impacto de la cultura organizacional en las instituciones de salud: Énfasis en la seguridad del paciente, una revisión sistemática. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 19*(117), 1-10. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8428145.pdf

Portela, M., Bugarín, R., & Rodríguez, M. S. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Revista de Educación Médica, 20*(1), 169-174. https://pdf.sciencedirectassets.com/313052/1-s2.0-S1575181319X00030/1-s2.0-S1575181317301651/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOX%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F

wEaCXVzLWVhc3QtMSJGMEQCICV9tnTxiWUqsGjqpKN5lWL36QkgdArF
Bo12wFgJKy7gAiBPhRG1mcVCD7mq

Prieto, N., Torijano, M. L., Mira, J. J., Bueno, M. J., Pérez, P., & Astier, M. P. (2019). Acciones desarrolladas para avanzar en seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Journal of Healthcare Quality Research, 34*(6), 292-300. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647919301009

Puma, J. S. (2019). *Cultura de seguridad del paciente por el profesional en Enfermería en los servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco, Cusco.* Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a1cf8ffa-2c8a-4d1b-bc40-addbcba4dd05/content

Quispe, G. A. (2024). *Percepción de cultura y seguridad del paciente relacionada con actitud al reporte de eventos adversos en enfermeras del servicio de emergencia de un hospital de Lima.* Repositorio Institucional de la Universidad Norbert Wiener: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/11877/T061_46659718_S.pdf?sequence=11&isAllowed=y

Ramírez, V., & Pérez, J. A. (2021). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Revista Acta médica Grupo Ángeles, 19*(2), 195-203. https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v19n2/1870-7203-amga-19-02-195.pdf

Raso, R. (2019). *Impacto sobre la calidad en una unidad de cardiología con aplicación de metodología de gestión de riesgo y seguridad del paciente.* Universidad de Alicante: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/113528/1/tesis_rafael_raso_raso.pdf

Reyes, M. J., & Costa, S. (2021). Cultura de seguridad del paciente durante la pandemia: Percepción de las enfermeras del Hospital de Mollet (Barcelona). *Revista Paraninfo Digital, 15*(33), 1-12. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/183249/1/715971.pdf

Reynaga, D. B. (2020). *Cultura de seguridad del paciente y autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de*

Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59053/Chavez_RDB-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Rivera, H. S., Paredes, B., & Sánchez, S. E. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 7*(2), 85-92. https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/410/1033

Romeo, C. M., Urruela, A., Peiró, E., Álava, F., Gens, M., Iriarte, I., . . . Astier, M. P. (2019). ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? *Journal of Healthcare Quality Research, 34*(5), 258-265. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647919300661

Salazar, Á. M., & Restrepo, D. M. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte, 11*(2), 1-14. http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v11n2/2346-3414-cuid-11-2-e1040.pdf

Santos, M., Gonçalves, M. E., Araújo, V., Belmiro, F., Tavares, F., & Pereira, V. E. (2022). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Revista Enfermería Global, 21*(67), 376-408. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n67/1695-6141-eg-21-67-376.pdf

Satué, E. M., Hernández, N., Basora, J., Flores, G., & Gens, M. (2019). Traducción, adaptación y validación en catalán de un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente: el cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture). *Journal of Healthcare Quality Research, 34*(5), 248-257. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647919300818

Saura, J., Astier, M. P., & Puntes, B. (2021). La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Revista de Atención Primaria, 53*(1), 1-11. https://pdf.sciencedirectassets.com/277730/1-s2.0-S0212656721X00121/1-s2.0-S021265672100233X/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEOX%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQCoCjo%2BWIJeXuWY3jYDEpjDzgi7vq3RK1UevHcY3c5yfwIhAKuaAcENPX

Sulca, M. P. (2021). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el enfermero de emergencia pediátrica en un hospital del MINSA.*

Repositorio Institucional de la Universidad Norbert Wiener: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6012/T061_72624267_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tinedo, J. I. (2022). *Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Centro Quirúrgico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – ESSALUD, Trujillo.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111589/Tinedo_LJI-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Urpi, L. S. (2020). *Sobrecarga laboral y cultura de seguridad del paciente en el profesional de salud del Hospital San Juan de Lurigancho.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40969/Gutierrez_HL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valderrama, L. D., & Rojas, J. P. (2019). Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, *16*(2), 19-31. https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5850/5424

Varela, E. M. (2020). Panorama de la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos de México. *Revista CONAMED, 28*(1), 34-46. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7351980.pdf

Zavala, A. (2019). *Cultura de seguridad del paciente y el cumplimiento de la técnica de higiene de manos: Instituto regional de enfermedades neoplásicas.* Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37955/zavala_aa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Anexos

Anexo 1. Modelo de cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado a la versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN LÍNEA EN GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA

Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptado a la versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2005), seleccionado como instrumento de recolección de datos para el desarrollo de la investigación titulada "Evaluación comparativa de la cultura de seguridad del paciente entre el Hospital Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal", la información proporcionada posee un alto grado de importancia para la respectiva fundamentación de este trabajo de titulación.

La información brindada, será recolectada de manera anónima, y se utilizará de forma confidencial por la investigadora responsable de la investigación, con fines exclusivamente académicos, por lo que se asegura que no existirá ningún tipo de difusión individual de la misma. De existir alguna duda puede solicitar su aclaración. Se le solicita responder con veracidad, se le agradece de antemano su colaboración.

Características sociodemográficas

Edad

( ) 22-29 años ( ) 30-39 años ( ) 40-49 años ( ) 50-59 años ( ) 60-64 años

Sexo

( ) Masculino ( ) Femenino

Grado académico

( ) Tercer nivel ( ) Maestría ( ) PhD ( ) Otro _____

Estado civil

( ) Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Viudo

Tiempo de servicio

( ) Menos de 1 año ( ) 1-2 años ( ) 3-5 años ( ) 6-10 años

( ) 11-15 años ( ) 16-29 años ( ) 30 o más años

Cultura de seguridad del paciente

A continuación se le solicita su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad de paciente y posibles incidentes. Contestar este cuestionario apenas le llevará 15 minutos.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, que produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es estrictamente confidencia; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa la confidencialidad de la información.

#	Ítems	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Indiferente (3)	De acuerdo (4)	Muy de acuerdo (5)
Sección A: Su servicio/unidad Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo						
1	El personal se apoya mutuamente.					
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10	No se producen más fallos por casualidad.					

11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
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.					
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
Subtotal						
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.					
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
Subtotal						
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 de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					
Subtotal						

Sección D: Información complementaria

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

Mínima seguridad											**Máxima seguridad**
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

44	¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año _____
45	¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año _____
46	¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año _____
47	¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?	_____ horas/semana
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?	( ) Si ( ) No

50 ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.

1	☐	Anestesiología/reanimación	12	☐	Pediatría
2	☐	Cirugía	13	☐	Radiología
3	☐	Diversas unidades	14	☐	Rehabilitación
4	☐	Farmacia	15	☐	Salud mental/psiquiatría
5	☐	Laboratorio	16	☐	Servicio de urgencias
6	☐	Medicina interna	17	☐	UCI (cualquier tipo)
7	☐	Obstetricia y ginecología	18	☐	Neurología
8	☐	Admisión	19	☐	Traumatología
9	☐	Nefrología	20	☐	Hemodiálisis
10	☐	Urología	21	☐	Medicina nuclear
11	☐	Oncología	22	☐	Otro, por favor, especifique _____

51 ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad? Marque una sola respuesta.

1	☐	Gerencia/dirección	7	☐	Farmacéutico/a residente
2	☐	Administración	8	☐	Fisioterapeuta
3	☐	Auxiliar de enfermería	9	☐	Médico

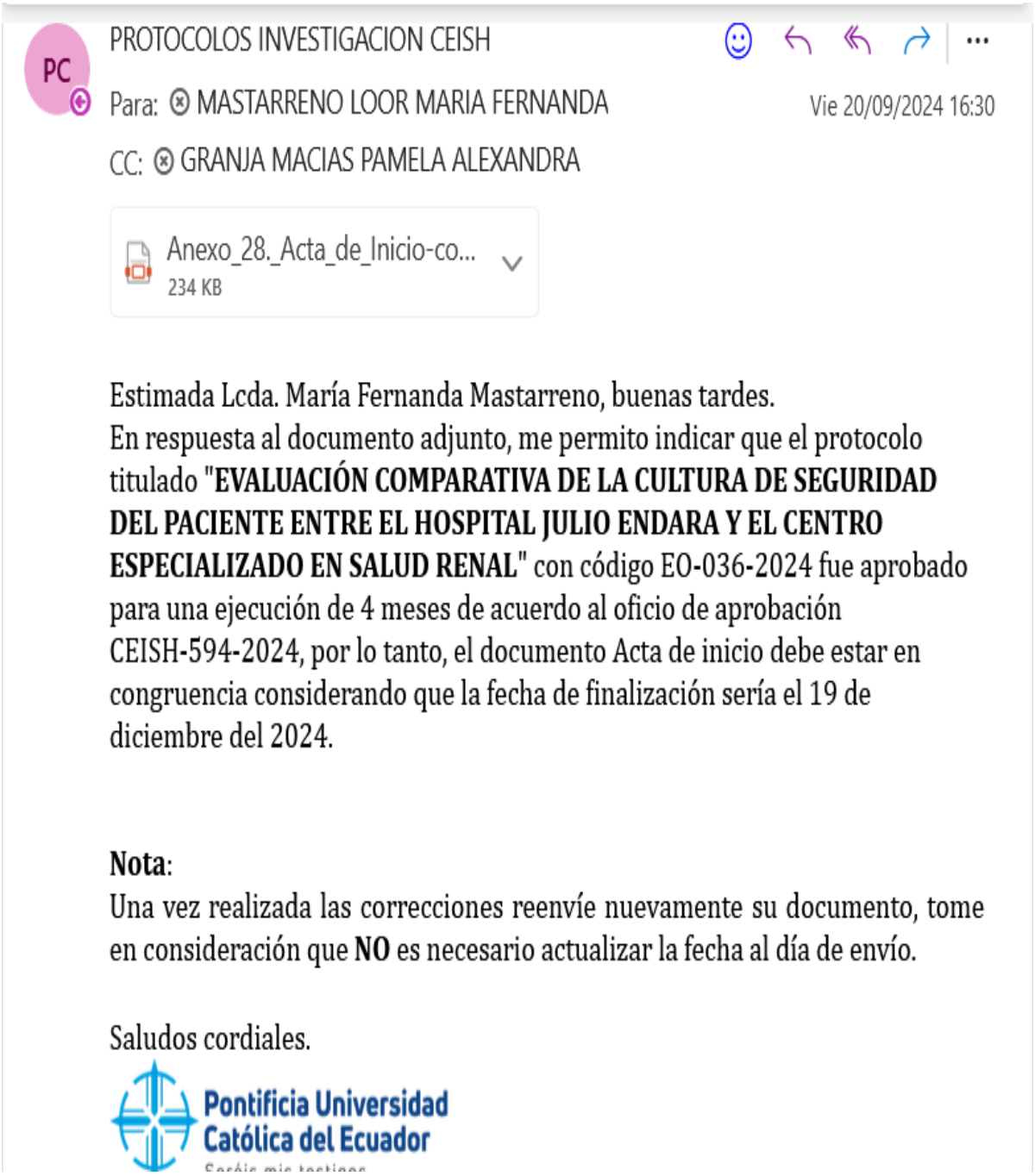
4	☐ Dietista	10	☐ Médico residente
5	☐ Enfermero/a	11	☐ Técnico (por ejemplo EKG, laboratorio, radiología)
6	☐ Farmacéutico/a	12	☐ Otro, por favor, especifique _____

52	¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional		**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**Casi siembre**	**Siempre**
		(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**	**(5)**
53	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.					
54	Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.).					
55	Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.					
56	Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.					
57	Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.					
58	En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).					
59	En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).					
Subtotal						
Total general						

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 2. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador "CEISH - PUCE"



PROTOCOLOS INVESTIGACION CEISH

Para: MASTARRENO LOOR MARIA FERNANDA

Vie 20/09/2024 16:30

CC: GRANJA MACIAS PAMELA ALEXANDRA

Anexo_28._Acta_de_Inicio-co...
234 KB

Estimada Lcda. María Fernanda Mastarreno, buenas tardes.
En respuesta al documento adjunto, me permito indicar que el protocolo titulado "**EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE EL HOSPITAL JULIO ENDARA Y EL CENTRO ESPECIALIZADO EN SALUD RENAL**" con código EO-036-2024 fue aprobado para una ejecución de 4 meses de acuerdo al oficio de aprobación CEISH-594-2024, por lo tanto, el documento Acta de inicio debe estar en congruencia considerando que la fecha de finalización sería el 19 de diciembre del 2024.

Nota:
Una vez realizada las correcciones reenvíe nuevamente su documento, tome en consideración que **NO** es necesario actualizar la fecha al día de envío.

Saludos cordiales.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Evaluación comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Pamela Alexandra Granja Macías/ María Fernanda Mastarreno Loor

NOMBRE DEL PATROCINADOR: No Aplica

NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN: Hospital Especializado Julio Endara/ Centro Especializado en Salud Renal

EVALUADO Y APROBADO POR: Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE.

INTRODUCCIÓN: La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud de calidad. La cultura de seguridad del paciente, entendida como el conjunto de percepciones, actitudes y prácticas en torno a este tema, varía entre instituciones y se ve influenciada por múltiples factores organizacionales y del entorno de atención médica.

El presente estudio plantea investigar y comparar la cultura de seguridad del paciente entre dos instituciones de la ciudad de Manta: el Hospital Especializado Julio Endara, un hospital general de alta complejidad, y una clínica dedicada específicamente a servicios de diálisis ambulatoria. Se espera encontrar diferencias derivadas de la complejidad de sus servicios, así como similitudes relacionadas a asuntos sistémicos de la atención sanitaria local.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El objetivo de esta investigación es comparar la cultura de seguridad del paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y una clínica de diálisis. Nos interesa conocer las percepciones, valores y prácticas del personal de salud respecto a este tema. Los participantes serán trabajadores de ambas instituciones, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo. Se aplicará una encuesta anónima y también se realizarán entrevistas confidenciales a algunos participantes.

Podrá participar todo el personal que se encuentre activo en los centros al momento del estudio. Se excluirá quiénes tengan menos de 3 meses de antigüedad o no deseen participar. Su participación es completamente voluntaria. La información recolectada es confidencial y no se publicarán nombres de participantes. Los resultados grupales permitirán proponer mejoras a la seguridad del paciente en beneficio de todos.

PROCEDIMIENTOS: El objetivo de realizar las encuestas y entrevistas en el proyecto de titulación, nos ayuda a la recolección de datos primarios de los participantes de estudio, y de esta manera obtener información específica y relevante que nos permita desarrollar el tema de investigación. Mediante la Exploración de percepciones y opiniones de los encuestados, podemos obtener una información proporcionada una comprensión más profunda y contextualizada del fenómeno investigado. La Validación de hipótesis o teorías, a través de las encuestas, ayuda a fortalecer la fundamentación teórica del proyecto de titulación, analizando los datos recopilados, es posible identificar patrones, tendencias o relaciones entre variables relevantes para el estudio. Estos hallazgos pueden ayudar a respaldar o refutar las hipótesis de investigación, y los datos obtenidos nos ayudan a contribuir al avance del campo de estudio y proporcionar insights para investigaciones futuras.

El proceso de recolección de datos será voluntario, por lo que se excluirá a quienes no deseen participar. La confidencialidad de la información personal se garantiza al no solicitar nombres en las encuestas y entrevistas. Los análisis y resultados se presentan de forma grupal.

Una vez que se ha recopilado la información de la encuesta del trabajo de titulación, esta información se utiliza de varias formas importantes. Esto implica revisar todas las respuestas de las encuestas o las transcripciones de las entrevistas y organizar la información de manera que sea comprensible y pueda ser interpretada, lo cual se realiza con el fin de identificar patrones y tendencias en los datos. Si los resultados son consistentes con lo esperado, esto fortalece la fundamentación teórica del trabajo. Los datos de la encuesta o entrevista se utilizan para respaldar las conclusiones alcanzadas en el trabajo de titulación. Si los resultados son coherentes con las afirmaciones hechas en el trabajo esto proporciona una base sólida para las conclusiones.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El protocolo no especifica riesgos potenciales para los participantes derivados de los procedimientos de recolección de información. Sin embargo, algunas preguntas podrían incomodar o generar sensación de evaluación entre los participantes. Desde la psicología organizacional se ha evidenciado que abordar temas sensibles en el ámbito laboral puede detonar reacciones emocionales o temor a represalias. El estudio no menciona estrategias para mitigar este riesgo.

En cuanto a beneficios, el estudio permitirá visibilizar los aciertos y áreas de mejora respecto a la seguridad del paciente en cada institución. Esto facilitará la sensibilización y formulación de recomendaciones específicas para fortalecer la calidad asistencial.

Indirectamente, al incrementar la evidencia sobre factores culturales asociados, se espera motivar cambios en los sistemas de salud público y privado a nivel local. Así se contribuye a un ambiente más seguro para pacientes y personal.

Sin embargo, no se explicita si se socializarán los resultados con los participantes o si tendrán acceso directo al diagnóstico sobre su institución. Tampoco se menciona si las mejoras eventuales se implementarían en beneficio directo de quienes contribuyeron con información.

Luego, desde la óptica de los participantes, los beneficios potenciales del estudio no se concretan suficientemente. El énfasis se sitúa en la generación de evidencia para

fortalecer políticas y prácticas de seguridad del paciente a nivel de sistema, sin vínculos claros con incentivos o retribuciones individuales por la colaboración prestada.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: El estudio no contempla ningún tipo de costo o compensación económica para los participantes.

Específicamente, se menciona que ninguno de los análisis o procedimientos previstos en el estudio tendrá costo para los participantes. Esto incluye desde la aplicación de encuestas y entrevistas, hasta el procesamiento de la información recolectada.

Asimismo, se indica explícitamente que los participantes no recibirán compensación económica de ningún tipo por su colaboración en la investigación. Esto aplica tanto para el personal que conteste las encuestas como para quienes contribuyan con su tiempo en las entrevistas.

CONFIDENCIALIDAD DE DATOS: El estudio contempla varias medidas para garantizar la confidencialidad de la información recolectada. Las encuestas aplicadas al personal serán anónimas, es decir, no se solicitarán nombres, cédulas ni otros datos identificativos.

No se mencionan explícitamente medidas para disociar cualquier otro tipo de dato identificativo de las personas entrevistadas en las transcripciones o grabaciones realizadas. Tanto los datos cuantitativos del instrumento de medición AHRQ Survey se analizan y presentan de forma agregada y colectiva, comparando las instituciones, pero sin identificar personas.

Es decir, el énfasis radica en garantizar la confidencialidad mediante el anonimato de encuestas y el manejo reservado de entrevistas. No obstante, sería recomendable especificar protocolos más concretos para disociar información en los materiales cualitativos, así como responsables y lugares de almacenamiento seguro para los datos recolectados mediante ambas técnicas. Esto elevaría los estándares de protección de confidencialidad.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: Los participantes cuentan con los siguientes derechos y opciones:

- La participación en el estudio es de carácter completamente voluntario. Tienen derecho a negarse a participar sin que esto los penalice o afecte de alguna manera.
- Pueden retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento, incluso después de iniciada su participación. Este abandono tampoco acarrea sanciones ni consecuencias negativas.
- En caso de retiro, se eliminarían las muestras, datos u otro material que se haya obtenido del participante hasta ese momento. Y dicha información no podría ser utilizada para ningún propósito.
- La negativa a participar o el retiro prematuro del estudio no tienen ningún impacto sobre la atención en salud que por ley les corresponde en sus respectivas instituciones laborales. Sus beneficios y servicios permanecen intactos.

Luego, se les garantizan ampliamente sus derechos a decidir libremente sobre su incorporación, a abandonar el proceso ante cualquier inconveniente, y a no sufrir ningún tipo de perjuicio personal por ejercer estas opciones. Esto cumple con los lineamientos éticos fundamentales de participación en investigación.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Pamela Alexandra Granja Macias, Licenciada en Enfermería/ Estudiante de la maestría de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, de la universidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador, enfermera del Hospital Especializado Julio Endara, Av. Manuela Cañizares, Quito 170801, pame_gm17@hotmail.com.

María Fernanda Mastarreno Loor, Licenciada en Enfermería/ Estudiante de la maestría de Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente, de la universidad Pontificia Universidad Católica del Ecuador, enfermera del Centro Especializado en Salud Renal, Av. Manabí/Portoviejo/Ecuador, mafer070692@hotmail.com.

Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca,

Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec.

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo como participante manifiesto haber leído el documento de consentimiento, que ha comprendido los riesgos y beneficios de participar, que han respondido a todas mis preguntas, que es consciente y voluntaria mi participación en el estudio y que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afectara las atenciones a las que tengo derecho.

- Declaro que el equipo de investigación ha respondido satisfactoriamente a todas sus preguntas y ha disipado cualquier duda sobre mi participación.
- Expreso con plena conciencia y de forma completamente voluntaria mi decisión de participar en el estudio.
- Reconozco mi derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto perjudique en ningún ámbito.
- Afirmo no renunciar a ninguno de los derechos que legalmente me corresponden por el hecho de firmar este consentimiento.

Yo, Pamela Alexandra Granja Macias/María Fernanda Mastarreno Loor, declaro que he leído o me ha sido leída toda la información sobre el estudio.

Nombres de las participantes: Pamela Alexandra Granja Macias	**1725606311** **CI y Firma**	**Firmado**
María Fernanda Mastarreno Loor	**1314585523** **CI y Firma**	

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Dejo sin efecto el consentimiento que previamente me habían otorgado para participar en la investigación, si cambio de opinión o ya no deseo continuar en el estudio.
- Esta revocatoria desencadena la eliminación total de cualquier dato, muestra o material que se hubiera recolectado del participante durante el tiempo que estuvo en la investigación. Nada de ello podrá ser utilizado.
- Me permitirán retirarme del estudio ante cualquier inconveniente, sin necesidad de dar explicaciones y sin miedo a represalias o consecuencias adversas por esta decisión.
- Tengo derecho a priorizar mi bienestar, integridad y privacidad por sobre cualquier interés académico o laboral de la investigación.

Yo Pamela Alexandra Granja Macias/Maria Fernanda Mastarreno Loor, revoco mi autorización para la participación del proyecto

Nombres de las participantes: Pamela Alexandra Granja Macias	**1725606311** **CI y Firma**	**Firmado**
María Fernanda Mastarreno Loor	**1314585523** **CI y Firma**	

Anexo 4. Carta de interés del Hospital Especializado Julio Endara

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Hospital Especializado Julio Endara

Memorando Nro. MSP-CZ9-HJE-2024-0066-M

Quito, 17 de enero de 2024

PARA: Srta. Lcda. Pamela Alexandra Granja Macias
Enfermero/a 3 del Hospital Especializado Julio Endara CZ9

ASUNTO: RESPUESTA - Carta de Interés Institucional - En referencia a la solicitud de carta de interés institucional en el marco del estudio Evaluación comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente

De mi consideración:

En referencia al Memorando MSP-CZ9-HJE-2024-0007-E, la Lcda. Pamela Alexandra Granja Macias – en calidad de investigador de la investigación "Evaluación comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y la Clínica dedicada dar servicios de diálisis.", solicitaron la carta de interés institucional.

Como resultado del análisis técnico realizado, se emite: CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL FAVORABLE

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: "Evaluación comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y la Clínica dedicada dar servicios de diálisis", es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el Hospital Especializado Julio Endara, tomando en cuenta que se entregaran los resultados y datos de la investigación.

Informo a Ud., que la participación de Hospital Especializado Julio Endara del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es libre y voluntaria.

Además, la investigadora ha manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el Hospital Especializado Julio Endara no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020.

Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Es menester mantener contacto para las observaciones del caso con la Dra. Erika Valarezo Responsable de Docencia e Investigación del HEJE.

Memorando Nro. MSP-CZ9-HJE-2024-0066-M

Quito, 17 de enero de 2024

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Mauricio Rodrigo Marchán Moncayo
GERENTE DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO JULIO ENDARA CZ9

Referencias:
- MSP-CZ9-HJE-2024-0007-E

Anexos:
- msp-cz9-hje-2024-0007-e.pdf

Copia:
Sra. Med. Erika Lorena Valarezo Medina
Responsable de Docencia e Investigacion Hospital Especializado Julio Endara CZ9

Sra. Dra. Ximena Patricia Hidalgo Unda
Directora Asistencial Encargada Hospital Psiquiatrico Julio Endara CZ9

Sr. Dr. Juan Francisco Barrera Guarderas
Médico/a Especialista en Medicina Interna 1 Hospital Especializado Julio Endara CZ9

ev/xh

MAURICIO RODRIGO MARCHAN MONCAYO

Anexo 5. Carta de interés del Centro Especializado en Salud Renal

ANEXO 6. MODELO DE CARTA DE INTERÉS INSTITUCIONAL

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado**: Evaluación Comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Hospital Especializado Julio Endara y el Centro Especializado en Salud Renal** es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para la **Centro Especializado en Salud Renal,** tomando en cuenta que una cultura de seguridad sólida tiene numerosos beneficios. Se asocia con la reducción de errores médicos, la mejora de los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y la disminución de los costos asociados a eventos adversos. Además, contribuye a la confianza del paciente en el sistema de atención médica.

Informo también que la participación del es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o pseudonimizados el **Centro Especializado en Salud Renal,** cuenta con la capacidad de entregar los datos de manera anonimizada o pseudonimizada según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, los investigadores han manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, **el Centro Especializado en Salud Renal** no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o pseudonimizados, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscrición del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Quito 29 de enero del 2024

Firma
Dra. Lizet Zambrano
Directora Médica de la Institución
Dra. Lizet Katerine Zambrano Chávez
MÉDICO NEFRÓLOGO
MANADIALISIS S.A.
SENESCYT: 7174R-14-16362
MSP: 1310026339

Firma
Lcda. Jennifer Guadamud
Auxiliar Administrativo de la Institución
Lcda. Jennifer Amanda Guadamud Macías
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
MANADIALISIS S.A.
C.I. 1314617067

1