

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano

Assessment of safety culture in the surgical room patient

Liset Pérez Bolaños

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico CIMEQ. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria.

Objetivo: evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y establecer áreas de mejora.

Método: estudio descriptivo transversal en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico (CIMEQ) desde mayo 2014 hasta enero 2016. Se recogieron resultados de la cultura de seguridad del paciente en 18 profesionales del quirófano, se utilizó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a los 50 ítems y la calificación global de seguridad. Se estimaron distribuciones de frecuencia, con Intervalo de Confianza al 95 %.

Resultado : el 95 % de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad. Como fortalezas se destacan el trabajo en equipo dentro del quirófano, el aprendizaje organizacional y las expectativas y acciones de la dirección de la unidad. Como oportunidades de mejora se identificaron la respuesta no punitiva a los errores y retroalimentación y comunicación sobre errores.

Conclusiones : la utilización de esta herramienta facilita la difusión de forma eficiente de la cultura de seguridad del paciente en el quirófano, así como la identificación de las fortalezas y debilidades del área.

Palabras clave: seguridad del paciente; cultura de seguridad; quirófano.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is considered a health care priority.

Objective: To evaluate the dimensions of patient's safety culture and establish areas for improvement.

Method: A cross-sectional descriptive study at the Surgical Medical Research Center (CIMEQ) from May 2014 to January 2016. Outcomes in patient safety culture were collected from 18 surgical professionals, we used the Hospital Survey on Patient Safety Culture by the Agency for Healthcare Research and Quality, adapted to Spanish. Positive and negative answers to 50 items and the overall safety score were analyzed. Frequency distributions were estimated, with a confidence interval at 95%.

Result: 95% of the interviewees rated the overall degree of safety as positive. Strengths include teamwork within the surgical room, organizational learning, and the expectations and actions of the unit's management. As opportunities for improvement, the non-punitive response to errors, and feedback and error communication, were identified.

Conclusions: The use of this tool facilitates the efficient dissemination of patient safety culture in the surgical room, as well as the identification of the strengths and weaknesses in the area.

Key words: patient safety; safety culture; surgical room.

INTRODUCCIÓN

La cultura sobre seguridad del paciente se considera hoy en día una prioridad en cualquier sistema sanitario, la misma constituye una herramienta esencial para prevenir eventos adversos,¹ identificando fortalezas y áreas de mejora continua; proporciona a una organización un entendimiento básico relacionado con percepciones y actitudes de sus gerentes y personal y se considera como una intervención de seguridad.

En Cuba, los estudios de *LLanes Betancourt*² plantean que el alcance de la excelencia profesional está en la prevención de eventos adversos.

Según *Urbina Laza*³ hay que potencializar la responsabilidad profesional de enfermería implícita en el acto del cuidado por la seguridad del paciente.

Los estudios de *Pavodani Cantón*⁴ plantean la necesidad de la formulación de indicadores para la evaluación de los procesos en los servicios de salud y la motivación a los trabajadores de salud en la necesidad de la implementación de sistemas de Gestión de la Calidad para mejorar la seguridad del paciente.

La mayoría de los estudios que se han desarrollado plantean la necesidad de un cambio cultural de las organizaciones, que permita promover las buenas prácticas de los profesionales de salud para gestionar adecuadamente la atención de salud y con esto garantizar la seguridad en la entrega de las prestaciones.⁵

El principal rol de la enfermera para mejorar la seguridad es cambiar el patrón de ocultación de fallos o errores, conductas reactivas ante los eventos adversos, hacia una nueva cultura de seguridad en que los errores son considerados una consecuencia de la interacción de diferentes factores (¿qué sucedió?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿qué se debe hacer para que no vuelva a ocurrir?), y no una cuestión de culpabilidad personal (¿quién?). El profesional asistencial debe sentirse cómodo trabajando en equipo sin condicionantes jerárquicos negativos y con una comunicación activa entre sí.

Este nuevo clima laboral debe facilitar el desarrollo de comportamientos como la facultad de reconocer, comunicar, aprender de los errores, y la humildad para solicitar ayuda al resto del grupo cuando las condiciones individuales lo aconsejen. Dialogar sobre los eventos adversos con naturalidad es un primer paso necesario para lograr una cultura de seguridad que contribuya a reducir su ocurrencia. Los conocimientos, las actitudes y las conductas profesionales entorno a los eventos adversos enmarcan esa cultura y analizarlas puede dar pistas sobre dónde interesa concentrar los esfuerzos para erradicar eventos adversos evitables. A partir de lo antes expuesto se plantea como objetivo evaluar las dimensiones de cultura de seguridad y establecer áreas de mejora.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal realizado en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico (CIMEQ) desde mayo de 2014 hasta enero de 2016. El universo lo constituyeron 18 profesionales del quirófano que aceptaron participar en el estudio, fueron excluidos los colaboradores para evitar sesgos en las respuestas y los Jefes de la Unidad quirúrgica, para evitar conflicto de intereses.

Para obtener la información se aplicó la encuesta anónima de cultura de seguridad del paciente, elaborada por la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud, en inglés Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. Se evaluó el nivel de percepción que tienen los profesionales de la unidad quirúrgica sobre cultura de seguridad del paciente. Se analizaron las respuestas positivas y negativas dadas a los 50 ítems incluyendo la calificación global de seguridad. Cada ítem se valoró con una escala tipo Likert. Adicionalmente se incluyeron las variables clasificatorias socio profesional.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon aplicando la siguiente fórmula:

Σ Número de respuestas positivas en los ítems de cada dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de cada dimensión

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

- ≥ 75 % de respuestas positivas ("de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en positivo.
- ≥ 75 % de respuestas negativas ("en desacuerdo" o "nunca/casi nunca") a preguntas formuladas en negativo.

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

- ≥ 50 % de respuestas negativas ("en desacuerdo" o "nunca/casi nunca") a preguntas formuladas en positivo.
- ≥ 50 % de respuestas positivas ("de acuerdo" o "casi siempre/siempre") a preguntas formuladas en negativo.

Se estimaron las distribuciones de frecuencia para describir las características de los profesionales encuestados. Con respecto al % de respuestas positivas para cada dimensión, se estimó el Intervalo de Confianza al 95 % de cada una. Se confeccionó un gráfico de barras para representar comparativamente las variaciones entre las dimensiones evaluadas.

Operacionalización de variables

Cultura de seguridad: Se define como la percepción de los profesionales a la gestión de seguridad que tiene la institución en cuanto a respuesta no punitiva a los errores, acciones de la dirección que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional, retroalimentación y comunicación de errores, apertura en la comunicación, dotación del personal, y a las competencias, patrones de conductas individuales y grupales que determinan el estilo, la aptitud y el compromiso con la gestión de seguridad como frecuencia de eventos notificados, problemas con los cambios de turno, trabajo en equipo en la unidad y entre unidades y apoyo a la dirección del hospital. Variable cualitativa ordinal. Describe la evaluación de la cultura de seguridad (Cuadro).

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Cultura de seguridad	1. Trabajo en equipo en la unidad	De resultado por encuesta. Ítem 1, 2, 3, 4, 11	1 en desacuerdo 2 indiferente 3 de acuerdo
	2. Percepción de seguridad	Ítem 5, 6, 7, 10, 14 Ítem 49	1 en desacuerdo 2 indiferente 3 de acuerdo mínima 0,1,2... máxima 10
	3. Respuesta no punitiva a los errores	Ítem 8, 12, 16	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo
	4. Acciones de la dirección que favorecen la seguridad	Ítem 9, 15, 17, 18, 22, 29, 30 Ítem 50	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
			1 Si 2 No
	5. Aprendizaje Organizacional	Ítem 13	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo
	6. Apoyo a la dirección del hospital	Ítem 19, 20, 21	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo
	7. Problemas en cambio de turno.	Ítem 26, 28, 32	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo
	8. Retroalimentación y comunicación sobre errores.	Ítem 33, 35, 38	1.Nunca 2.Casi Nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre
	9. Apertura en la comunicación	Ítem 34, 36, 37	1. Nunca 2. Casi Nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre
	10. Frecuencia de eventos notificados	Ítem 39, 40, 41	1.Nunca 2.Casi Nunca 3.A veces 4.Casi siempre 5.Siempre
	11. Dotación del personal	Ítem 42,43,44,45,46,47,48	1.Nunca 2.Casi Nunca 3.A veces

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
			4.Casi siempre 5.Siempre
	12. Trabajo en equipo entre unidades	Ítem 23, 24, 25, 27, 31	1 En desacuerdo 2 Indiferente 3 De acuerdo

La presente investigación cumplió con los requerimientos éticos investigativos y los principios de la bioética.

RESULTADOS

El 100 % del personal encuestado se corresponde con profesionales de la unidad quirúrgica. De manera global, el 72,22 % llevaba trabajando cinco años o más en el hospital y servicio, lo que garantiza el conocimiento en cuanto a su funcionamiento, así como a la cultura de seguridad. La mayoría (61,11 %) trabaja entre 32 y 47 horas por semana, no es despreciable la frecuencia de los que trabajan más de 57 horas por semana (27,8 %). Destacan en la muestra profesionales con más de 20 años de experiencia (66,66 %), que sumados a los que tienen entre 10 y 19 años de experiencia cubren más del 80 % del total de profesionales encuestados (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de encuestados según características socio profesionales

Características de los encuestados		Frecuencia	%
Años de trabajo en el Hospital y Unidad	1 - 4	5	27,77
	5 - 9	4	22,22
	10 - 19	6	33,33
	≥ 20	3	16,66
Tiempo de trabajo en el hospital (horas/semana)	32 - 47	11	61,11
	48 - 56	2	11,11
	57 - 72	5	27,77
Años de experiencia	1 - 4	2	11,11
	5 - 9	1	5,55
	10 - 19	3	16,66
	≥ 20	12	66,66

La encuesta proporciona una calificación global del grado de seguridad del paciente en el servicio/unidad, en una escala de 0 a 10 de mínima a máxima seguridad. Además de que este ítem fue considerado dentro de la Dimensión 2 (Percepción de la seguridad), es interesante hacer notar que el valor de la mediana fue de 9,5 (8 - 10; percentil 25 - percentil 75), lo cual indica una elevada percepción de la seguridad.

En la figura se puede observar comparativamente el número de respuestas positivas y negativas en cada dimensión, apreciándose en todos los casos una respuesta mayoritariamente positiva.



Fig. Respuestas globales del personal encuestado a las dimensiones del cuestionario.

Se calcularon los indicadores para cada ítem y dimensión. Se resumen en la Tabla 2 los indicadores de cada dimensión en función del % de respuestas positivas, con sus intervalos de confianza al 95 %. De manera puntual, en cada dimensión, a excepción de "Retroalimentación y comunicación sobre errores" se refiere más de un 75 % de respuestas positivas, lo que permite su clasificación como Fortaleza. La dimensión "Retroalimentación y comunicación sobre errores" se clasificaría como Oportunidad de Mejora.

Al analizar la estimación de los intervalos de confianza y profundizando en aquellas dimensiones en las que el límite inferior del intervalo de confianza es inferior al 75 % (Trabajo en equipo en la unidad, Respuesta no punitiva, Retroalimentación en errores, Apertura en la comunicación) y considerando dentro de cada una, los ítems que tributan a cada dimensión, se identificaron aquellos en los que se aprecian oportunidades de Mejora o Debilidades, Tabla 3. Como Debilidades se identificaron: Insuficiente personal para afrontar la carga de trabajo y el temor a que quede en el expediente la notificación del error cometido. Como Oportunidades de Mejora se debe trabajar en: la búsqueda de las causas de los fallos como primera acción ante la ocurrencia de un error, la posibilidad de preguntar sobre lo que parece incorrecto sin temor y la libertad en cuestionar las decisiones u acciones de los superiores.

Tabla 2. Indicadores de cada Dimensión

Indicadores	% de Respuestas positivas	IC 95 %
Trabajo en equipo en la unidad	82,2	(73,8; 90,7)
Percepción de seguridad	88,9	(82,5; 95,3)
Respuesta no punitiva	75,6	(69,0; 82,1)
Acciones de la dirección	84,6	(78,4; 90,9)
Aprendizaje organizacional	100,0	(81,5; --)
Apoyo a la dirección	95,5	(89,0; 98,8)
Problemas en cambio de turno	94,4	(84,6; 98,8)
Retroalimentación en errores	72,2	(59,4; 85,1)
Apertura en la comunicación	75,9	(63,5; 88,2)
Frecuencia de eventos notificados	87,0	(77,2; 96,9)
Dotación del personal	85,7	(79,2; 92,2)
Trabajo en equipo entre unidades	90,0	(83,2; 96,8)

IC 95 %: Intervalo de Confianza al 95 %.

Tabla 3. Ítems con <75 % de Respuestas positivas

Dimensión	Ítem con <75 % de Respuestas positivas	% de Respuestas Positivas
Trabajo en equipo en la unidad	Suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	44,4 %
Respuesta no punitiva	Cuando se detecta un fallo, antes de buscar la causa se busca un culpable; Cuando se comete un error, el personal teme que quede en su expediente	61,1 % 44,4 %
Retroalimentación en errores	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece incorrecto	61,1 %
Apertura en la comunicación	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones u acciones de sus superiores	50,0 %

Los ítems dentro de cada dimensión se pueden resumir de manera específica de la siguiente manera:

En la dimensión A, trabajo en equipo: el 95 % de los profesionales están de acuerdo con que el personal se apoya y encuentran ayuda en los compañeros.

En la dimensión B, percepción de seguridad: el 83 % de los profesionales está en desacuerdo en que la jornada de trabajo es agotadora, el 78 % de los profesionales piensa que hay actividades de mejora de la seguridad del paciente, el 89 % está en desacuerdo en que no se producen más fallos por causalidad y que se trabaja bajo presión. El 95 % calificó como positivo el grado global de seguridad.

En la dimensión C, respuesta no punitiva a los errores: el 89 % de los profesionales está en desacuerdo de que utilizan el error en contra.

En la dimensión D, acciones de la dirección que favorece la seguridad: el 100 % de los profesionales está de acuerdo con que se toman medidas para que no vuelva ocurrir el fallo, el 83 % de los profesionales está de acuerdo con que nunca se aumenta el ritmo de trabajo, el 83 % de los profesionales está en desacuerdo con la existencia de problemas en la seguridad del paciente, el 100 % de los profesionales está de acuerdo con los buenos procedimientos y medios de trabajo, el 78 % de los profesionales está de acuerdo con que la dirección facilita un clima laboral, el 94 % de los profesionales está en desacuerdo con que la dirección se interesa solo por la seguridad cuando ya ha ocurrido un error, el 59 % de los profesionales dice que no han sido vacunados contra la gripe y el 41 % dice que sí lo están.

En la dimensión E, aprendizaje organizacional: el 100 % respondió que los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

En la dimensión F, apoyo a la dirección del hospital: el 89 % de los profesionales está de acuerdo con que su jefe expresa su satisfacción cuando evitamos riesgos, el 94 % está en desacuerdo con que el jefe pasa por alto los problemas de seguridad.

En la dimensión G, problemas en cambio de turno: el 100 % de los profesionales está en desacuerdo con la pérdida de información en los cambios de turno, el 89 % está en desacuerdo con intercambio problemático con otros servicios.

En la dimensión H, retroalimentación y comunicación sobre errores: el 50 % de los profesionales siempre recibe información sobre la actuación ante el incidente notificado y el 22 %, a veces.

En la dimensión I, apertura en la comunicación: el 72 % de los profesionales siempre tenía libertad de expresión ante una conducta que puede afectar la atención al paciente, el 78 % de los profesionales dice que siempre se discute en el servicio para evitar que vuelva a ocurrir un error.

En la dimensión J, frecuencia de eventos notificados: el 67 % de los profesionales notifica siempre los errores descubiertos antes de afectar al paciente, el 56 % notifica errores que previsiblemente no van a dañar al paciente y el 44 % notifica siempre errores que no han tenido consecuencias adversas.

En la dimensión K, dotación del personal: el 50 % de los profesionales siempre repite en voz alta las órdenes recibidas verbalmente, el 83 % nunca elabora informes de memoria, el 67 % siempre anota órdenes en la Historia Clínica, el 78 % siempre revisa las indicaciones ante una nueva prescripción, el 72 % siempre comunica a los profesionales sobre cambios de tratamiento, el 72 % siempre comunica a los profesionales información que afecte el diagnóstico del paciente y el 71 % siempre explica a los familiares sobre el consentimiento informado.

En la dimensión l, trabajo en equipo entre unidades: el 94 % de los profesionales están en desacuerdo con la pérdida de información cuando se transfiere de una unidad a otra, el 100 % está en desacuerdo con que resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios y el 89 % está de acuerdo con que los servicios trabajan en forma coordinada entre sí.

DISCUSIÓN

La línea de base establecida permite identificar que en la institución donde se llevó a cabo este estudio se ha desarrollado un importante trabajo para construir y alcanzar una cultura de seguridad del paciente en los quirófanos, logrando valores positivos en el trabajo en equipo similar a los estudios de *Hernández Montes*⁶ y *Pozo Muñoz*⁷ a diferencia del estudio *Bernalte Martí*.⁸ El clima de seguridad es muy bueno, similar al estudio de *Meléndez Méndez*.⁹

Existen aspectos por mejorar que requieren ser trabajados en corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de esta conseguir que la cultura de seguridad del paciente sea realmente asumida por todo el personal que trabaja en la institución.

Se percibe que existe un aprendizaje organizacional respecto al análisis de los errores, que lleva a cambios positivos en el manejo de la seguridad del paciente y que todos los esfuerzos están orientados a este fin, encontrándose similitud con los trabajos de *Alfonso J y cols.*,¹ *Hernández Montes*,⁶ y *Meléndez Méndez*.¹⁰ Se reconoce que el mejoramiento continuo requiere ser fortalecido en el día a día.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente se aprecia que sí existen, pero se considera que no siempre son suficientemente eficaces, debiendo ser aún más difundidos.

La vivencia de los encuestados frente a los errores que cometen está matizada por el temor a represalias, lo que conlleva un sub-registro de errores cometidos sin importar si son potencialmente dañinos o no. Es necesario consolidar una cultura institucional educativa y no punitiva que parta del informe y análisis de los errores y eventos adversos, en la que se reconozca que los errores siempre van a existir, porque hacen parte de los riesgos cuando se presta atención en salud y que el sistema de reporte de eventos adversos es un mecanismo que ayuda a los profesionales de la salud a minimizarlos, con similitud a los trabajos de *Hernández Montes*,⁶ *Meléndez Méndez*¹⁰ y *Pozo Muñoz*.⁷

En la dimensión de la cultura correspondiente a procedimientos también se percibe que no existen dificultades en el manejo de la información de los pacientes cuando es transferida de una unidad a otra o cuando hay cambios de turno; podría pensarse que la mayoría es consciente de que un mal manejo en el cambio de turno impide la continuidad de una adecuada atención y puede generar incidentes adversos, similar al estudio de *Ibarra-Cerón*¹¹ y a diferencia de los estudios de *Meléndez Méndez*.¹⁰

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo, que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error.

En cuanto a la dimensión de la cultura que hace referencia a la composición de la fuerza de trabajo, se percibe que falta un mayor número de trabajadores para prestar una atención adecuada a los usuarios, lo cual podría generar recarga de trabajo y aumento en la posibilidad de error por apresuramiento o por cansancio, esto es similar a los estudios de *Bernalte Martí*⁸ y *Hernández Montes*.⁶ Este aspecto tiene que ver con uno de los tres componentes claves de la calidad en la prestación

de servicios de salud contar con personal en número suficiente para atender eficazmente las demandas de atención es un soporte clave para apoyar la implementación de la cultura de seguridad del paciente.

Una dimensión de la cultura muy importante tiene que ver con las actitudes y el comportamiento de los jefes frente al tema de la seguridad del paciente. La percepción general es que los jefes realizan acciones para promover la seguridad tomando en cuenta los procedimientos establecidos, esto coincide con los estudios de *Meléndez Méndez*⁹ y *Pozo Muñoz*⁷ y difiere con los resultados obtenidos por *Bernalte Martí*,⁸ *Hernández Montes*⁶ e *Ibarra-Cerón*.¹¹

El manejo de la comunicación es otra dimensión clave de la cultura de seguridad del paciente en el quirófano. Se evidencia gran necesidad de mejorar en este aspecto de la cultura, ya que se precisa verificar que todos sean informados de los cambios implementados a partir de las discusiones de los errores reportados. Igualmente se requiere mejorar la comunicación de los subalternos con los jefes y viceversa para que no esté marcada por temores mutuos y pueda generarse realmente un trabajo en equipo, similar a lo obtenido por *Meléndez Méndez*.¹⁰

En síntesis, es posible afirmar que es necesario consolidar el uso del sistema de reportes de eventos adversos y la comprensión de su utilidad en el quirófano, trabajando para que el error sea asumido como un riesgo en la prestación del servicio y no como un problema ético o de ineficiencia técnica.

En la nueva comprensión del tema se requiere trabajar para que se comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias y que todos conocen el sistema. Esto es considerado en las investigaciones de *Meléndez Méndez*¹⁰ e *Ibáñez-León*¹² como un aspecto necesario a desarrollar para lograr que la cultura de seguridad del paciente sea eficaz. En este contexto puede decirse con seguridad que el cambio va en camino.

En conclusión, la cultura de seguridad del paciente fue calificada por los profesionales como excelente o muy buena, destacándose como principales fortalezas el apoyo a la dirección, la ausencia de problemas con los cambios de turno, el trabajo en equipo entre las unidades y el aprendizaje organizacional. Como oportunidades de mejora dentro de cada dimensión, se identificaron algunos ítems en las dimensiones respuesta no punitiva a los errores, la retroalimentación ante los errores y la apertura en la comunicación y como debilidades, el insuficiente personal para afrontar la carga de trabajo y el temor del personal de que los errores queden reflejados en su expediente.

Agradecimientos

A la bioestadística Carmen Valenzuela Silva y a Carmen Montero Díaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso J, Vázquez P, Jaramillo-Esparza C, Olvera-Martínez L, Burgos-Martínez L, Real-Tovar F, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos

- pasantes del servicio social. (Español). Revista CONAMED. 2014 [citado Abr 2 2016];19(2):52-8. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975 %40sessionmgr102&hid](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975%40sessionmgr102&hid)
2. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. Rev. Cubana Enferm. 2011 [citado 2015 Jun 19];27(1):1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000100001&script=sci_arttext
3. Urbina Laza O. Competencias de enfermería en la seguridad del paciente. Rev. Cubana Enfer. 2011 [citado 22 Jun 2015];27(3):239-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300008
4. Padovani Cantón AM, Brito Llano L, Crespo Sellier M, Diego Deulofeu TE, Padovani Clemente S. La calidad en Salud Pública. Rev. Cienc. Méd. Pinar Río. 2012 Ago [citado 22 Jun 2015];16(4):64-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942012000400008&script=sci_arttext
5. Cardona Á, Mirquez J, García D, Ossa R, Rodríguez-Morales A. Seguridad del paciente: implementación de políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras. Revista Médica De Risaralda. 2011 [citado Abr 2 2016];17(2):131-2. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446 %40sessionmgr113&hid](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446%40sessionmgr113&hid)
6. María Hernández-Montes Y, Valle-Alonso J, María García-Jiménez C, Lopera-Lopera E, Luna-Chamizo R, Antonio Fernández-Bejarano J. Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. Revista CONAMED. 2013 [citado Abr 2 2016];18(4):148-56. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975 %40sessionmgr102&hid=102](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975%40sessionmgr102&hid=102)
7. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Assessment of the patient-safety culture in a healthcare district. Revista De Calidad Asistencial: Órgano De La Sociedad Española De Calidad Asistencial. 2013 [citado Abr 2 2016];28(6):329-36. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446 %40sessionmgr113&hid=1](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446%40sessionmgr113&hid=1)
8. Bernalte Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. Enferm. Clín. 2015 [citado 1 Abr 2016];25(2):64-72. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862114001223>
9. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Castañeda-Hidalgo H, González Salinas J, Turrubiates Pérez J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. Revista Cuidarte. 2015 [citado Abr 2 2016];6(2):1054-61. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975 %40sessionmgr102&hid=102&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=lth&AN=109999067](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975%40sessionmgr102&hid=102&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=lth&AN=109999067)
10. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Salinas J, Castillo Castillo S, González García S, Ruiz Hernández E. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura

de seguridad en un hospital pediátrico en México. Revista Cuidarte. 2014 [citado Abr 2 2016];5(2):774-81. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975 %40sessionmgr102&hid](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975%40sessionmgr102&hid)

11. Ibarra-Cerón M, Olvera-Sumano V, Santacruz-Varela J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. (español). Revista CONAMED. 2011 [citado Abr 2 2016];16(2):65-73. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446 %40sessionmgr113&hid=102](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=628cdbfd-bcf2-4e60-995b-a9ee42801446%40sessionmgr113&hid=102)

12. Ibáñez-León J, Zárata-Grajales R, Salcedo-Álvarez R. Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. Resultados preliminares. (español). Revista CONAMED. 2014 [citado Abr 2 2016];19(4):157-65. Disponible en: [http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975 %40sessionmgr102&hi](http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=4ed53c3f-af55-4499-a4b7-c2830a20a975%40sessionmgr102&hi)

Recibido:

Aprobado:

Liset Pérez Bolaños . Licenciada en enfermería. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico CIMEQ. MININT. Dirección electrónica: lisetpb@infomed.sld.cu