

ARTÍCULO ORIGINAL

Adaptación transcultural del cuestionario “Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente”, al contexto cubano

Cross-cultural adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire to the Cuban context

Rosa María Blanco Quintana¹ Yuliett Mora Pérez² Tania Solange Bosi de Souza Magnago³ Liuva Miriela Navarro Martiatu¹ Yoslaidy Guerra Insua² Zenia Tamara Sánchez García⁴

¹ Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País García, La Habana, La Habana, Cuba

² Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

³ Universidad Federal de Santa María, Santa María, Brazil

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:

Blanco-Quintana R, Mora-Pérez Y, Bosi-de-Souza-Magnago T, Navarro-Martiatu L, Guerra-Insua Y, Sánchez-García Z. Adaptación transcultural del cuestionario “Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente”, al contexto cubano. **Medisur** [revista en Internet]. 2024 [citado 2024 Feb 22]; 22(1):[aprox. -69 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/30857>

Resumen

Fundamento: la cultura de seguridad del paciente es el producto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal, que determina el compromiso de una organización de salud con la gestión de la seguridad del paciente.

Objetivo: realizar adaptación cultural del instrumento “Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente”, al contexto cubano.

Métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, realizado de enero a marzo del 2023, con trabajadores del Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País, que constó de cuatro fases: primera fase: análisis cualitativo del instrumento, segunda fase: selección de la escala, tercera fase: ensayo piloto con 17 trabajadores, cuarta fase: segundo pilotaje con 30 trabajadores.

Resultados: en el análisis cualitativo con expertos se eliminaron, agregaron y cambiaron palabras del instrumento; en el primer ensayo, fueron contestadas con un 73,6 % en las escalas uno y dos de incomprensible y poco comprensible y 2,3 % no contestaron algunas dimensiones. En el segundo pilotaje el 78,2 % contestó en las escalas de comprensible y totalmente comprensible en la adaptación cultural del instrumento. El cuestionario final cuenta con 42 ítems agrupados en 12 dimensiones y estas en tres secciones, igual que el original.

Conclusiones: el cuestionario posee una estructura comprensible y relevante para medir la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en el Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País.

Palabras clave: seguridad del paciente, encuestas y cuestionarios, adaptación

Abstract

Foundation: patient safety culture is the product of values, beliefs, attitudes, perceptions, norms, procedures, competencies and patterns of individual and group behavior, which determines the commitment of a health organization to the management of patient safety.

Objective: to carry out cultural adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument to the Cuban context.

Methods: descriptive, cross-sectional study, carried out from January to March 2023, with workers from the Frank País International Orthopedic Scientific Complex, which consisted of four phases: first phase: instrument qualitative analysis, second phase: scale selection, third phase: pilot test with 17 workers, fourth phase: second pilot test with 30 workers.

Results: in the qualitative analysis with experts, words are eliminated, added and changed from the instrument; in the first test, 73.6% answered them on scales one and two of incomprehensible and poorly understood and 2.3% did not answer some of dimensions. In the second pilot, 78.2% answered on the scales of understandable and completely understandable in the cultural adaptation of the instrument. The final questionnaire has 42 items grouped into 12 dimensions and these are in three sections, just like the original.

Conclusions: the questionnaire has a comprehensible and relevant structure to measure the perception of the patient safety culture at the Frank País International Orthopedic Scientific Complex.

Key words: patient safety, surveys and questionnaires, adaptation

Aprobado: 2024-01-18 13:44:10

Correspondencia: Rosa María Blanco Quintana. Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País García. La Habana. Cuba. rosamariabq@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los sectores de la salud, en cuanto a la seguridad del paciente, afrontan un problema mundial que afecta a países de todos los niveles de desarrollo; en el año 1991 investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard fueron los pioneros en realizar un estudio científico acerca de la incidencia de eventos adversos y negligencias en pacientes hospitalizados en los Estados Unidos.⁽¹⁾

Años más tardes, en 1999, sale a la luz la publicación “Error es de humano”,⁽¹⁾ en la que científicos americanos, plantearon que los errores son prevenibles y tienen repercusiones importantes, producen entre 44.000 y 98.000 muertes en los Estados Unidos, cifra que representa una mortalidad mayor que los accidentes de tránsito, cáncer de mama y el sida, además, una disminución de la confianza en el sistema sanitario, pérdida de moral y frustración por parte del profesional que comete el error y una elevación en los costes sanitarios por la prolongación de la hospitalización.⁽²⁾ A partir de este informe se comienza a ver la seguridad del paciente como una prioridad para la atención de salud, en distintas esferas de la medicina.⁽³⁾

Situación que implica que el personal de salud pública y colaboradores del tema, deban abordar la seguridad del paciente como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y las organizaciones estén comprometidos con los programas de seguridad del paciente (en lo adelante SP). De esta forma se vincula la cultura de seguridad del paciente (CSP) a través de factores humanos, técnicos, organizativos y culturales.⁽⁴⁾

La CSP fue introducida por la *International Atomic Energy Agency*, tras el accidente nuclear de Chernóbil en el año 1986. La *European Society For Quality in Healthcare* (ESQR) la define como el modelo integrado de comportamiento individual basado en las creencias y valores compartidos, continuamente orientados a minimizar los daños, los cuales son asociados con la atención sanitaria.⁽⁴⁾

En este sentido, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHQR)⁽⁴⁾ define la CSP como el producto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, lo que determina el compromiso de una organización de salud con la

gestión de la SP.⁽⁵⁾ Para lo cual, los expertos han sugerido componentes esenciales para la CSP,⁽⁶⁾ en la cual involucran el liderazgo, comunicación, cultura justa, de información y el aprendizaje. Contar con una cultura positiva sobre la SP en las instituciones sanitarias es uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos (EA) y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.⁽⁷⁾ Por ende, el trabajo en unidades asistenciales en cuanto a una adecuada CSP ha sido señalada como una de las primicias para las buenas prácticas en las unidades sanitarias.

En el caso de Cuba, desde el año 2008, se suma a la Alianza Mundial para la SP a través del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de adaptar las metas en programas de organización, manejo y calidad del paciente.⁽⁷⁾ En el año 2016, se diseñó y aprobó el Manual de Acreditación Hospitalaria:⁽⁷⁾ en el que se establecen 41 estándares; de ellos, uno centrado en la SP con 27 indicadores; en los que se trabaja con intensidad para elevar el nivel de calidad en los servicios sanitarios.

Las autoras de este estudio consideran que medir los conocimientos en cuanto a CSP dentro de una institución sanitaria es de vital importancia, para lo cual deben utilizar instrumentos que permitan evaluar mediante la investigación los elementos que influyen positiva y negativamente en la SP, aspecto fundamental para la toma de decisiones y la planificación estratégica de calidad en los servicios sanitarios. El cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborado por la AHQR⁽⁸⁾ (anexo 1), fue validado por el Ministerio de Sanidad de España, definidos en los artículos 13 y 53 de la Ley 39/2015, del 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las administraciones públicas, validado, fiable y adaptado al lenguaje español por dos personas bilingües. Ha sido utilizado para medir la percepción sobre SP en varios países como Colombia,⁽⁸⁾ Perú,⁽⁶⁾ Brasil,⁽⁹⁾ Argentina,⁽⁹⁾ Chile,⁽⁹⁾ Estados Unidos,⁽¹⁰⁾ México,⁽¹⁰⁾ España,⁽¹¹⁾ que realizó su propia adaptación cultural y validación.

La adaptación transcultural es un proceso donde es posible transformar un cuestionario ya elaborado para ser empleado en otros sujetos de investigación; el constructo medido orientará hacia los mismos pronósticos e interpretaciones

en la nueva cultura. Es importante realizar adaptación transcultural antes de utilizar un cuestionario por primera vez en un contexto diferente donde haya sido traducido y validado; de esta manera es planteado como un prerrequisito para una investigación de diferentes culturas, y que sea apropiado para las personas objeto de la investigación, equivalente del cuestionario original.⁽¹¹⁾

Las autoras valoran lo referido por Rodríguez López A,⁽¹¹⁾ en su tesis doctoral que se apoya en argumentos planteados por varios investigadores,^(12,13,14) que plantean que "...los test psicométricos se utilizan cada vez en mayor medida para evaluar las aptitudes cognitivas, las características de personalidad o los estilos de aprendizaje, lo que a su vez está provocando un gran auge de la adaptación de test a diferentes idiomas o culturas".

Por tales razones, el objetivo de esta investigación fue realizar adaptación transcultural al contexto cubano, del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

MÉTODOS

Estudio cualitativo, descriptivo de corte transversal, que incluyó una muestra no probabilística, para lo cual se solicitó la colaboración de trabajadores y de varios servicios de ortopedia y traumatología del CCOI Frank País García, en el periodo comprendido de enero a marzo del año 2023, con el objetivo de realizar adaptación transcultural al lenguaje español utilizado en el contexto cubano, del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).⁽⁸⁾

El cuestionario HSOPSC fue diseñado para evaluar las percepciones del personal sanitario en los hospitales acerca de los problemas relacionados con la seguridad del paciente; contiene 12 dimensiones, tres secciones:

- Sección **A**: abarca las dimensiones uno y dos, relacionadas con los resultados de la cultura de seguridad del paciente.
- Sección **B**: abarca las dimensiones de la tres a la diez, que mide las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por unidad/servicio.
- Sección **C**: abarca las dimensiones 11 y 12, relacionadas con las dimensiones de

la cultura de la seguridad del paciente en todo el hospital, a su vez contiene 42 ítems.

Para realizar la adaptación del cuestionario se siguieron las recomendaciones de la *International Test Commission* 2017; la cual propuso directrices para mejorar la calidad de la traducción y adaptación de los test y, consecuentemente, mejorar la comparabilidad de las puntuaciones a través de distintas culturas.⁽¹⁵⁾ De esta manera se realizó, con grupos de expertos y pilotajes, la comprensión del constructo en palabras, frases, formulación de las preguntas y se adaptó al cuestionario el vocabulario de uso frecuente en Cuba, para esto se realizó una revisión lingüística de las dimensiones, ítems, sesiones y variables del cuestionario.

Para la adaptación lingüística del cuestionario HSOPSC, se realizó el análisis del constructo del mismo a través del juicio de expertos en todas las etapas de la adaptación transcultural. Se les solicitó que valoraran cualitativamente a través del método de consenso,^(16,17) las decisiones respecto a los criterios de pertinencia, adecuación, congruencia, relevancia y suficiencia de los ítems de cada dimensión, decisiones tomadas con base en el criterio referido por Muñiz J y Hernández,⁽¹⁸⁾ acerca de que existiera acuerdo entre más del 60 % de los participantes, en los cambios en relación con los ítems y dimensiones del cuestionario.

Como modalidad de evaluación se utilizó la grupal. Para el conceso de comprensión del constructo en ítems y dimensiones, para realizar los cambios, eliminar, agregar palabras o frases del cuestionario adoptado se llegó al consenso de más del 75 % de respuesta de coincidencia del grupo de expertos.⁽¹⁹⁾

Los autores dirigieron la conducción del proceso de adaptación cultural y explicaron la necesidad de expresar los criterios de precisión, claridad y comprensión del lenguaje para la adaptación al contexto cubano, se redactó un documento basado en los comentarios y reflexiones de los expertos y con elementos proporcionados por la autora de la investigación, a partir de criterios expresados oralmente por los participantes.

Durante el análisis se identificaron los errores gramaticales y de pronunciación, utilizando apoyos técnicos como la página de Wikipedia, que es una enciclopedia de soporte que permite

la recopilación, almacenamiento y transmisión de la información de forma estructurada. Para la descripción de los resultados se utilizó la sigla "D" para las dimensiones y para los ítems "I" seguido del número que corresponde describir para cada caso. Se mantuvieron las secciones como el original.

Primera fase: se realizó análisis de comprensión del lenguaje del cuestionario HSOPSC, con modalidad grupal; se hizo entrega del cuestionario impreso a ocho expertos, con criterios de selección: interés por participación, conocimiento en SP, doctores en ciencias, bilingües, categoría docentes, especialista en enfermería, máster, licenciados, jefes de sala y departamento. Estos se presentaron de forma voluntaria con previa firma del consentimiento informado.

Los autores explicaron la necesidad de expresar los criterios de precisión, claridad y comprensión del contenido del instrumento español para la adaptación lingüística al contexto cubano; (este método se realiza en todas las fases, en cambios de palabras y frases del cuestionario).

Segunda fase: selección de la escala, con cinco expertos profesionales de enfermería, conocedores del tema, doctores en ciencias, bilingües, con categoría docente. Se analizó la escala ideal según características del constructo de los ítems que componen el instrumento, quedó formada por escala de Likert del uno al cuatro: la escala uno y dos, fue valorada como débil y la escala tres y cuatro como fortaleza. Se determinó que el lenguaje es adaptable al tener $\geq 75\%$ de ítems contestados en las escalas positivas.

Tercera fase: en esta fase se realizó el ensayo a 17 trabajadores, seleccionados al azar, constituido por: obreros (camilleros, recepcionistas, cocineros), técnicos (enfermería, laboratorio clínico, microbiología, farmacia), licenciados (enfermería, laboratorio clínico, microbiología, imagenología, banco de sangre) y especialistas en ortopedia y traumatología, previa explicación del objetivo del ensayo. Se solicitó consentimiento de su participación, con anonimato del participante y se entregó el cuestionario impreso a cada participante, para su llenado en un proceso autoadministrado.

Después del análisis de los resultados según escala, se realizó análisis de contenido, con cinco expertos, con los mismos criterios de selección

antes mencionados. Para mejor comprensión por la cantidad de contenido en esta fase, el análisis cualitativo con expertos se representa en tablas por sus tres secciones A, (Tabla 2.1) B, (Tabla 2.2) y C (Tabla 2.3) según orden del cuestionario HSOPSC.

Cuarta fase: primer pilotaje a 30 trabajadores, a los 21 días del ensayo de la tercera fase, con la misma metodología utilizada en el ensayo anterior. En cuanto a la conducción del ejercicio, se incluyeron los 17 trabajadores que participaron en el ensayo anterior y se incorporaron 13 nuevos participantes, con similares características. Los autores realizaron el análisis por escala y dimensiones contestadas y se realizó el análisis cualitativo con siete expertos.

Para el procesamiento de los datos cuantitativos se creó una base de datos en Microsoft Excel 2010, del sistema operativo Windows en la que se introdujeron los resultados cuantitativos obtenidos en la etapa de adaptación del cuestionario HSOPSC.

El proyecto de este estudio fue evaluado por el comité de ética de la investigación y el Consejo Científico del Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País García, aprobado con el acuerdo No. 4 del año 2020, que dará salida a una tesis doctoral. A todos los participantes de la investigación se les consultó y entregó consentimiento libre informado. Los resultados fueron devueltos al Consejo de Dirección de la institución y al Consejo Científico.

Se solicitó permiso para adoptar el cuestionario HSOPSC, traducido y validado por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (MSGÉ), el cual fue aprobado y registrado en los artículos 13 y 53 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de MSGÉ.

RESULTADOS

Primera fase: análisis cualitativo del instrumento HSOPSC.

En el análisis cualitativo con expertos, del cuestionario HSOPSC, en la sección A, D.1, I.1, se eliminan dos palabras (no, más) en él, D.7 y D.8 según orden de aparición se cambia (feedback) y se agrega (retroalimentación) y (punitiva) por (sancionable); en el I. 9 se cambia (dotación) se agrega (distribución del); en la sección B; D.9 se cambian las palabras (en ocasiones) por (a veces) en I.31 se cambia

(Demasiado de prisa)se agrega (Más rápido) en la sección C; D.10 se cambia (Desde) por (La).

Con el análisis de expertos se eliminaron del cuestionario adoptado dos palabras, se cambiaron ocho y se agregaron nueve. La votación de los expertos en los cambios realizados fue de una coincidencia de más del

85 %, de esta manera, con los primeros cambios al cuestionario, se procedió a la próxima fase.

Segunda fase: quedó conformada la escala de Likert, para comprensión del lenguaje del cuestionario HSOPSC adoptado, en escala del uno al cuatro. (Tabla 1).

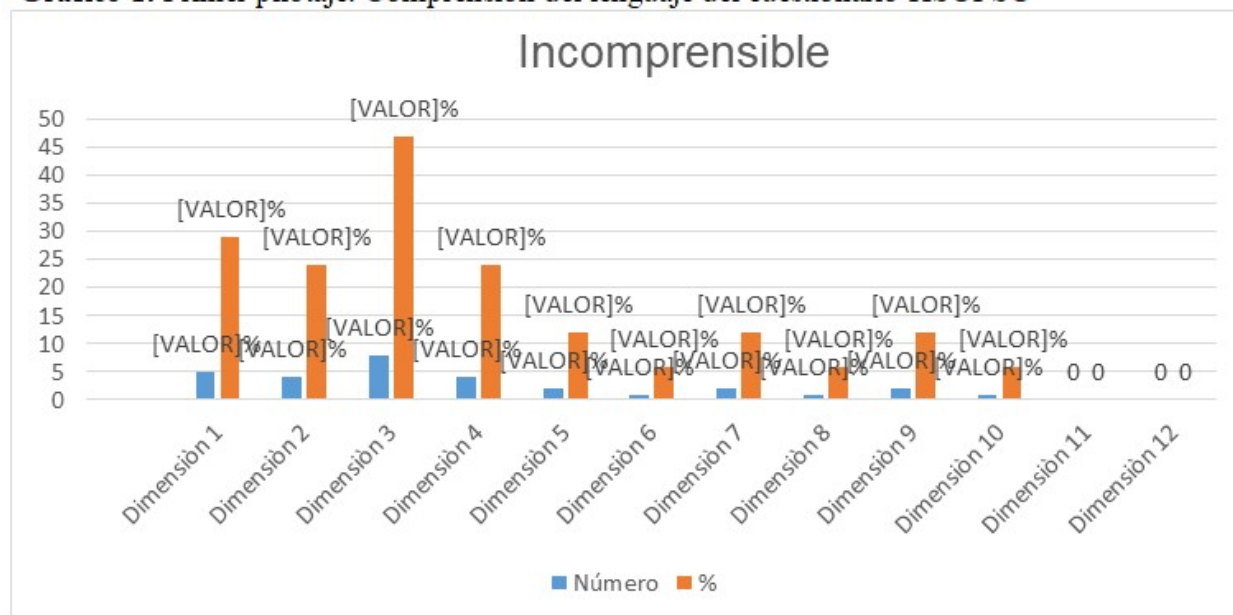
Tabla 1. Escala de Likert

1. Débil	2. Moderada	3. Bien	4. Muy Bien
Incomprensible	Poco Comprensible	Comprensible	Totalmente Comprensible

Tercera fase: se realizó el primer pilotaje con 17 trabajadores del CCOI Frank País García, se aplicó el cuestionario HSOPSC adoptado, sus respuestas obtuvieron resultados en las tres

primeras dimensiones relacionadas con la SP. El 47 % consideró las escalas uno y dos de incomprensible y poco comprensible; el 34,2 % no contestó las primeras cuatro dimensiones, y el 4,2 % contestó dimensiones, como se constata en el siguiente gráfico. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Primer pilotaje. Comprensión del lenguaje del cuestionario HSOPSC



Fuente: estadísticas; confeccionado por las autoras

Los cambios realizados en el cuestionario en esta fase cualitativa fueron: se eliminaron 22 palabras, se cambiaron 18 y se agregaron 39, los expertos

tuvieron 90 % de coincidencia en los cambios realizados al cuestionario adoptado. (Tabla 2.1, Tabla 2.2, Tabla 2.3).

Tabla 2.1. Sección A. Resultados de la cultura de seguridad del paciente

Sección	Dimensión	Ítems	Elimina	Cambia	Agrega
A	1	1		Fallos	Errores en la seguridad del paciente
	2	4		Nuestros	Los
		5		Notificación	Información
		6	No	Notifican	Informan
		7		Notifican	Informan
				previsiblemente	probablemente
				Notifican	Informan
				previsiblemente	probablemente
	4	13		Fallo	Error
	5	17		unidad	Servicio
	7	22		Notificamos	Informamos
		23	Unidad		
		24	Unidad		

Fuente: Cuestionario

Tabla 2.2. Sección B. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por unidad/servicio

Sección	Dimensión	Ítems	Elimina	Cambia	Agrega
B			Unidad		
	3	8	a		O jefe
		9	a		O jefe
		10	a		O, superiores, N
		11	a		O, superiores, N
	4	13	Fallo		Error
	5	17	Unidad		Servicio
	7	22		Notificamos	Informamos
		23	Unidad		
		24	Unidad		
		25	De		
		26		Fallo	Error
		27		Eso	La sanción
	10		Soporte		Crea programas
		32	Gerencia, o		
		33	Gerencia, o		
		34	Gerencia, o		

Fuente: Cuestionario.

Tabla 2.3. Sección C. Relacionadas con las dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente en todo el hospital

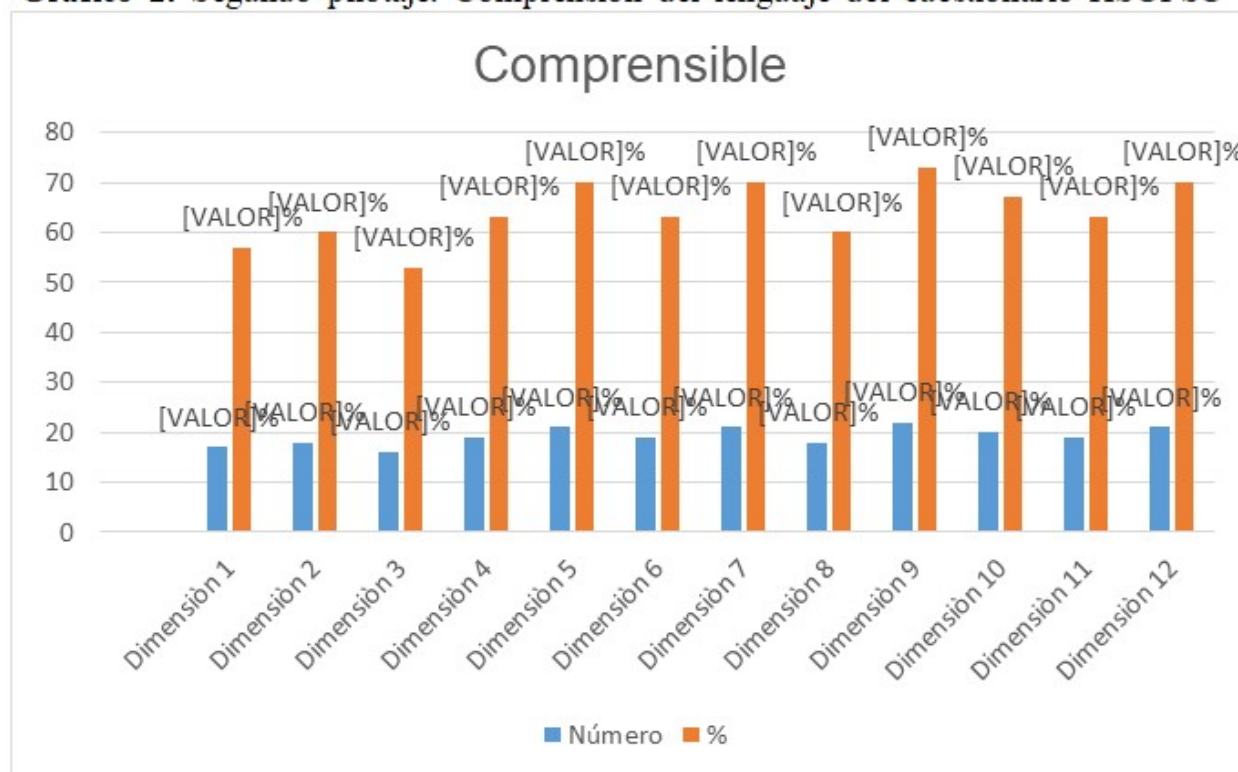
Sección	Dimensión	Ítems	Elimina	Cambia	Agrega
C	11	35		Las unidades	Los servicios
		36		Las unidades	Los servicios
		37			O
		38	Unidades, posible		

Fuente. Cuestionario.

Cuarta fase: se realizó el segundo pilotaje con 30 trabajadores del CCOI Frank País García. Las escalas tres y cuatro evaluadas de comprensible y totalmente comprensible fueron contestadas por el 82,6 % de los participantes; las

dimensiones uno, dos y tres, que miden la seguridad del paciente, fueron contestadas con un 78, 2 %, y el 2,3 % en las escalas uno y dos de incomprensible y poco comprensible. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Segundo pilotaje. Comprensión del lenguaje del cuestionario HSOPSC



Fuente: estadísticas; confeccionado por las autoras

Con estos resultados cuantitativos se realizó el análisis cualitativo con expertos, donde en la sección A, D 1, se agregaron las palabras (del paciente) en la sección B.D 9,I 30, se cambiaron (sustitutos o personal temporal) se agregaron (cambio de personal); en sección C, D 12, se eliminó (trasferencias, y, traspasos) se agregan (de, la, información) y en el I,39 se cambia (trasfieren), se agregan (trasladan, o); en esta fase con una coincidencia de criterios entre expertos del 93 %, se eliminaron tres palabras; se cambiaron cinco; se agregaron 12 al cuestionario adaptado al contexto cubano.

Con estos pilotajes y análisis cualitativos realizados al cuestionario adoptado HSOPSC, se eliminaron 27 palabras, se agregaron 60 y se cambiaron 31; de esta manera quedó el cuestionario HSOPSC, adaptado transculturalmente al lenguaje español utilizado en el contexto cubano; se procedió a realizar su validación.

DISCUSIÓN

El tiempo de llenado del instrumento en los pilotajes en cada fase fue un aproximado de 15 a 25 minutos, 10 minutos más tarde que el tiempo invertido en la investigación de origen;⁽¹⁵⁾ las autoras percibieron en el transcurso del ejercicio que les era difícil el llenado del cuestionario a algunos participantes por el contenido de varias dimensiones no familiarizadas con su perfil asistencial y desconocimiento del tema seguridad del paciente.

En la primera fase los cambios realizados correspondieron a las tres secciones A, B, C, mayores en la sección A. Con los resultados, se realizó un análisis cualitativo para evaluar la capacidad de cada ítem a partir de las frecuencias observadas en cada una de las opciones de respuesta concedidas.

De esta forma se pudo deducir que, con respecto a la validez de contenido, las contribuciones cualitativas de los expertos consideraron apropiado el cuestionario para la comprensión del lenguaje; se lograron valores superiores de alianza entre los expertos para evaluar la

operatividad del constructo según los ítems destinados para cada dimensión. El coeficiente α de Cronbach para el total de la escala es de 0,86.

Al evaluar y analizar cada una de las fases que se realizaron, para la adaptación y comprensión del lenguaje cubano que conforman el cuestionario HSOPSC, con el análisis de expertos se eliminaron del instrumento español 23 palabras, se cambiaron 32 y se agregaron al cuestionario con adaptación cultural al lenguaje cubano 57 palabras, descritas en las tablas. Esto habla a favor de una correcta adaptación al contexto.

Así mismo, se logró consolidar un cuestionario, con adaptación cultural al lenguaje cubano, con el fin de medir la percepción de los trabajadores en cuanto a SP en el CCOI Frank País García, Cuba.

A lo largo del estudio se evidenció la construcción final de un cuestionario de 42 ítems agrupados en 12 dimensiones y estás en tres secciones, su estructura es comprensible y relevante para lo que se pretende medir; la percepción sobre seguridad del paciente y la validez de contenido son claras, precisas y fiables.

La investigación respondió a la necesidad de tener un cuestionario adaptado culturalmente al contexto cubano que aborde la cultura de seguridad del paciente. No se encontró evidencia bibliográfica en sitios web, SciELO, Cochrane, BVS, de una adaptación transcultural, con una metodología completa asociada a este cuestionario.

Los criterios evaluados por los expertos determinaron una adecuada claridad, fidelidad y comprensión para cada una de las partes del cuestionario el cual quedó compuesto por tres secciones, A, B, C, 12 dimensiones y 42 ítems, igual que el adoptado de España y el original.

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no existen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza Magnano, Liuva Miriela Navarro Martiatu, Yoslaidy Guerra Insua, Zenia Tamara Sánchez García.

Curación de datos: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza Magnano, Liuva Miriela Navarro Martiatu, Yoslaidy Guerra Insua, Zenia Tamara Sánchez García.

Análisis formal: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza Magnano.

Investigación: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza Magnano, Liuva Miriela Navarro Martiatu, Yoslaidy Guerra Insua, Zenia Tamara Sánchez García.

Metodología: Liuva Miriela Navarro Martiatu, Yoslaidy Guerra Insua, Zenia Tamara Sánchez García.

Visualización: Rosa María Blanco Quintana

Redacción del borrador original: Rosa María Blanco Quintana, Yuliett Mora Pérez, Tania Solange Bosi de Souza Magnano

Redacción, revisión y edición: Yuliett Mora Pérez.

Financiación

Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País García. La Habana. Cuba.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, adoptado por el Ministerio de Sanidad de España

A	Resultados de la cultura de seguridad
1	Percepción general de la seguridad.
1	No se producen más fallos por casualidad.
2	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.
3	En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente.
4	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.
2	Frecuencia de notificación de eventos
5	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.
6	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.
7	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.
B	Dimensiones de la cultura de seguridad por unidad/servicio
3	Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión.
8	Mi supervisor/a expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.
9	Mi supervisor/a tiene en cuenta, seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi supervisor/a pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.
11	Mi supervisor/a pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
4	Aprendizaje organizativo y mejora continua
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.
5	Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios
15	El personal se apoya mutuamente.
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.
17	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros.
6	Comunicación abierta
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
7	Feedback y comunicación sobre el error
22	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.
23	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.
24	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir.
8	Respuesta no punitiva al error
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un «culpable».
27	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
9	Dotación de personal
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.
29	A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.
10	Soporte desde dirección para la seguridad del paciente
32	La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.
33	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.
34	La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.
C	Dimensiones de la cultura de la seguridad en todo el hospital
11	Trabajo en equipo multidisciplinario
35	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.
36	Hay buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.
37	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.
38	1. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.
12	2. Continuidad (transferencias y traspasos)
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

Anexo 2. Instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* adaptado a la Cultura del Lenguaje Cubano

A	Resultados de la cultura de seguridad del paciente	Escala			
1		1	2	3	4
Percepción general de la seguridad del paciente					
1	¿Se producen errores en la seguridad del paciente por casualidad?				
2	¿Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente?				
3	¿En esta unidad hay problemas relacionados con la seguridad del paciente?				
4	¿Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia?				
2					
Frecuencia de notificación de eventos					
5	¿Se informan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?				
6	¿Se informan los errores que probablemente van a dañar al paciente?				
7	¿Se informan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque probablemente podrían haber dañado al paciente?				
B					
Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por unidad/servicio					
3					
Expectativas/acciones para promover la seguridad del paciente por parte de supervisión					
8	¿Mi supervisor o jefe expresan su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente?				
9	¿Mi supervisor o jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente?				
10	¿Cuándo aumenta la presión del trabajo, mi supervisor o superiores pretenden que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente?				
11	¿Mi supervisor o jefe pasan por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente?				
4					
Aprendizaje organizativo y mejora continua					
12	¿Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente?				
13	¿Cuándo se detecta algún error en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo?				
14	¿Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente, se evalúan para comprobar su efectividad?				
B					
Resultados de la cultura de seguridad del paciente					
5					
Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios					
15	¿El personal se apoya mutuamente?				
16	¿Cuándo tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo?				
17	¿En este servicio nos tratamos todos con respeto?				
18	¿Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros?				
6					
Comunicación abierta					
19	¿Cuándo el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad?				
20	¿El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores?				
21	¿El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta?				
7					
Retroalimentación y comunicación sobre el error					
22	¿Cuándo notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo?				
23	¿Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio?				
24	¿En mi servicio discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir?				
8					
Respuesta no sancionable al error					
25	¿Si los compañeros o los superiores se enteran que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra?				
26	¿Cuándo se detecta algún error, antes de buscar la causa buscan un «culpable»?				
27	¿Cuándo se comete un error, el personal teme que la sanción quede en su expediente?				
9					
Distribución del personal					
28	¿Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?				
29	¿A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora?				
30	¿A veces no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados cambios de personal?				
31	¿Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas muy rápido?				
10					
La dirección crea programas para la seguridad del paciente					
32	¿La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente?				
33	¿La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades?				
34	¿La dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente?				
D					
Resultados de la cultura de seguridad del paciente					
C					
Dimensiones de la cultura de la seguridad del paciente en todo el hospital					
35	¿Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellos?				
36	¿Hay buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente?				
37	¿Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios o unidades?				
38	¿Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención a los pacientes?				
12					
Continuidad (transferencias y trasposos)					
39	¿La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad o servicio a otra?				
40	¿En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente?				
41	¿El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático?				
42	¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno?				

Firma del investigador: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quijije Carrillo IA, Álvarez Montalvo NB, Guevara Santana DJ, Lujan Johnson GL. Percepción de la cultura organizacional en profesionales de un hospital público Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [cited 19 Mar 2023] ; 6 (4): 2272-87.
2. Higham H, Vincent C. Human Error and Patient Safety. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* [Internet]. Manhattan: Springer Cham; 2021. [cited 30 Jun 2023] p. 29-44.
3. Astier Peña MP, Martínez-Bianchi V, Torijano-Casalengua ML, Ares-Blanco S, Bueno-Ortiz JM, Fernández-García M. Organización Mundial de la Salud. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [cited 27 Ago 2023] Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>.
4. Palmieri PA, Leyva-Moral JM, Camacho-Rodríguez DE, Granel-Giménez N, Ford EW, Mathieson KM, et al. Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC Nurs* [Internet]. 2020 [cited 27 Ago 2023] ; 19: 23.
5. Tejada HS, Ayala B, Minchola SE. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA: Revista de La Escuela de Enfermería*. 2022 ; 7 (2): 85-92.
6. Silva PL da, Gouveia MT de O, Magalhães RB, Borges BV de S, Rocha RC, Guimarães TM, et al. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*. 2020 ; 19 (60): 427-62.
7. Mora Pérez Y. Sistema de vigilancia de eventos adversos en cuidados intensivos polivalentes liderado por enfermería [Tesis Doctoral]. Cienfuegos: Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima; 2018. [cited 19 Mar 2023] Available from: <https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=DownloadFile&Id=804>.
8. Salazar Maya AM, Restrepo Marín DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*. 2020 ; 11 (2): e1040.
9. Moraes IK, Oliveria S, Dibai D, Dias R. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el sector de la hemodinámica en un hospital privado de São Luís MA. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2020 ; 5 (2): 43-56.
10. Sosa-Palanca EM. Nurses' Perception of Patient Safety Culture in a Referral Hospital: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 ; 19 (16): 10131.
11. Ramírez AV, Pérez CV. 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. *Acta Med Grupo Angeles*. 2021 ; 19 (2): 195-203.
12. Naranjo Ruiz M, Guerrero I, Serrano M, Acosta M, Pinzón M, Salamanca L. Traducción y adaptación transcultural del Test of Infant Motor Performance al español de Colombia. *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2022 [cited 2 Jun 2023] ; 20 (1): [aprox. 8p]. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10146>.
13. Balaguer López E, García P, Núñez F, Crehuá E, Montal M, Pedrón C, et al. Adaptación transcultural al español y validez de contenido de 3 escalas de riesgo nutricional. *Anales de Pediatría*. 2022 ; 97 (1): 234-46.
14. Martínez-Ramírez B, Torres N, Orozco C, Rojas M, Peña E, Méndez M. La adaptación transcultural, confiabilidad y validez del instrumento actitudes y conocimientos de seguridad del paciente. *Horizonte Sanitario*. 2023 ; 22 (2): 317-26.

15. Hernández A, Hidalgo MD, Ronald K, Hambleton S, Gómez-Benito J. International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*. 2020 ; 32 (3): 390-8.
16. Ruiz-Rabasco Y, Hernández-Nodarse M, Puya-Lino A, González-Reyes S. Educación Superior virtual: Validación de un instrumento en la Universidad Estatal Península de Santa Elena. *Atenas*. 2021 ; 1 (57): 64-79.
17. Lages-Ruiz J, Martínez-Trujillo N. Validación de instrumentos para estudio de referenciación en enfermería oftalmológica. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2023 [cited 8 May 2023] ; 39 (1): [aprox. 8p]. Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5652>.
18. Quemba-Mesa M, Bernal-García M, Silva-Ortiz S, Bravo-Sánchez A. Traducción y adaptación transcultural en español de criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2023 [cited 8 May 2023] ; 39 (1): [aprox. 8p]. Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5744>.
19. Muñiz J, Hernández A, Fernández-Hermida JR. Utilización de los test en España: el punto de vista de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*. 2020 ; 41 (1): 1-15.