


Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería*

Cláudia Patrícia da Costa Brás¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>


Manuela Maria Conceição Ferreira²

 <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222>

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-0329-0325>

João Carvalho Duarte²

 <https://orcid.org/0000-0001-7082-8012>

Destacados: **(1)** El trabajo en equipo se destaca como un factor que refuerza la cultura de seguridad. **(2)** En las organizaciones de salud predomina la subnotificación y la cultura punitiva. **(3)** La experiencia profesional permite una percepción positiva sobre la cultura de seguridad. **(4)** El análisis de la cultura de seguridad permite planificar intervenciones para reducir errores.

Objetivo: evaluar las características psicométricas de la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, caracterizar la cultura de seguridad del paciente y evaluar la influencia de variables sociodemográficas y profesionales en las dimensiones de la cultura de seguridad.

Método: estudio metodológico, observacional, analítico, transversal, realizado con 360 enfermeros, utilizando el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo e inferencial y estudios de confiabilidad y validez.

Resultados: los enfermeros tienen en promedio 42 años de edad, 19 años de experiencia profesional y la mayoría es de sexo femenino. Se obtuvo buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,83) e índices aceptables de bondad de ajuste del modelo. El trabajo en equipo dentro de las unidades, las expectativas del supervisor, el *feedback* y la comunicación del error fueron las dimensiones que presentaron puntajes superiores al 60%. La respuesta al error no punitiva, la frecuencia de notificación, el apoyo a la seguridad por parte de los gestores, la dotación de personal, presentaron puntajes por debajo del 40%. Estas dimensiones son influenciadas por la edad, la educación y la experiencia profesional. **Conclusión:** las propiedades psicométricas del cuestionario certifican su calidad. El trabajo en equipo puede considerarse un factor que potencia la cultura de seguridad. La evaluación de la cultura de seguridad permitió identificar las dimensiones que tenían problemas y poder planificar futuras intervenciones.

Descriptor: Enfermeros; Práctica Profesional; Seguridad del Paciente; Gestión de la Seguridad; Cultura Organizacional; Hospitales.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "La comunicación como determinante de la cultura de seguridad del paciente", presentada en la Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, PT, Portugal.

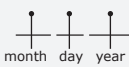

¹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E), Coimbra, PT, Portugal.

² Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde (UICISA: E/ESEnFC - ESSI/IPV), Viseu, PT, Portugal.

³ Universidade de Huelva, Departamento de Enfermagem, España.

⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS/ESEP, Portugal, Porto, PT, Portugal.

Como citar este artículo

Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Patient safety culture in nurses' clinical practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3837. [Access ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>

Introducción

La seguridad de los usuarios sigue siendo uno de los grandes retos de las organizaciones sanitarias en el siglo XXI, cuya principal misión es brindar una atención de alta calidad. Se asume que la prestación de cuidados es una actividad riesgosa por su complejidad, contexto y recursos disponibles, que incluye la posibilidad de que haya eventos inciertos e indeseables⁽¹⁾. Algunos estudios muestran que, en promedio, 1 de cada 10 pacientes está sujeto a un evento adverso mientras recibe atención hospitalaria⁽²⁾. El plan nacional para la seguridad del paciente 2021-2026 en Portugal reforzó la importancia de promover la seguridad del paciente en un esfuerzo coordinado y constante de todos los gestores, mandos intermedios y profesionales de la salud para mejorar la conciencia pública sobre los temas de seguridad del paciente⁽³⁾. Es fundamental analizar los problemas reales relacionados con las prácticas seguras en los entornos asistenciales y la *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), permite evaluar la cultura de seguridad, realizando la medición de múltiples dimensiones relacionadas con valores, creencias, normas organizacionales, notificaciones de eventos adversos, comunicación, liderazgo y gestión⁽⁴⁾. La evaluación de la cultura de seguridad permite diagnosticar la cultura de seguridad, identificar áreas de mejora, monitorear la evolución de la cultura de seguridad en el tiempo, además de posibilitar el *benchmarking* interno y externo para mejorar la calidad de la atención en salud e implementar procesos de cambio⁽⁵⁾.

Promover la seguridad del paciente no es una misión que le competa solo un sistema de salud, sino que es un esfuerzo colaborativo en el que todos los sistemas deben participar y esa colaboración incluye comparar la cultura de seguridad entre países⁽⁶⁾. La *HSOPSC Comparative Database* es el único repositorio central que permite comparar los datos sobre la evaluación de la cultura de seguridad del paciente⁽⁴⁾. Una evaluación de rutina de la cultura de seguridad con difusión y divulgación de resultados a nivel institucional, la planificación de acciones de mejora con el apoyo de la cúpula y los gestores, los programas multifacéticos y las capacitaciones fueron intervenciones que permitieron a seis hospitales mejorar sus niveles de cultura de seguridad⁽⁷⁾.

Durante estos últimos años, hemos sido testigos de cambios a nivel organizativo y en las prácticas de los enfermeros portugueses, pero todavía no llegamos al nivel deseado de cultura de seguridad. Si revisamos los datos de la evaluación nacional de la cultura de seguridad realizada en 2018, se puede ver que hay dimensiones que siguen necesitando intervención

urgente, específicamente la frecuencia de notificación de eventos, la dotación de personal y la respuesta no punitiva al error⁽⁸⁾. Si nos referimos a la evaluación de aspectos relacionados con el Plan Nacional Portugués de Seguridad del Paciente hasta 2020, encontramos que existen fallas de comunicación entre las distintas estructuras/departamentos de las instituciones de salud, falta de compromiso de los profesionales, especialistas y pacientes en las acciones de seguridad del paciente, falta de acercamiento e interacción entre gerencia, servicios y profesionales de la salud, ausencia de legislación que proporcione confidencialidad y protección a los profesionales involucrados en la notificación de un evento adverso⁽³⁾.

El cambio de cultura en el sistema de salud depende en gran medida del compromiso y la participación de todos los empleados, pero particularmente de los enfermeros, que son los profesionales que más interactúan con los pacientes, dado que brindan atención ininterrumpida. En la prestación de atención a la salud, las características individuales y/o sociales de los participantes son determinantes para la cultura de seguridad, debido a que con el tiempo los profesionales adquieren la cultura a través de la participación y convivencia en el ambiente organizacional⁽⁹⁾. En algunos estudios, la edad, el sexo, la experiencia laboral y el nivel educativo fueron predictores significativos de las percepciones de los enfermeros sobre la cultura de seguridad del paciente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Es fundamental que más estudios evalúen la cultura de seguridad del paciente desde el punto de vista de los enfermeros, para que puedan identificarse más fácilmente los problemas actuales de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Desarrollar una cultura de seguridad es un trabajo arduo que no ocurre automáticamente, es un desafío, fundamentalmente en hospitales grandes, como el hospital en cuestión. Es fundamental crear equipos de trabajo organizados, resilientes, con fuerte poder comunicativo y con capacidad de mantener acciones que respondan y se adapten a la presión de los diferentes riesgos clínicos intrínsecos a las actividades de prestación de servicios de salud⁽¹²⁻¹³⁾. El objetivo del presente estudio fue evaluar las características psicométricas del HSOPSC, caracterizar la cultura de seguridad del paciente y evaluar la influencia de variables sociodemográficas y profesionales en las dimensiones de la cultura de seguridad.

Método

Tipo de estudio

Se trata de un estudio metodológico, observacional, analítico, de corte transversal. El estudio metodológico⁽¹⁴⁾

tomó como referencia los procedimientos psicométricos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ para establecer y verificar la confiabilidad y validez del HSOPSC, según el protocolo COSMIN⁽¹⁷⁾ (*Consensus-based standards for the Selection of health Measurement Instruments*) de la red EQUATOR. El estudio observacional fue guiado por la herramienta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁸⁾, que permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales en las dimensiones de la cultura de seguridad.

Lugar de estudio

La recolección de datos se llevó a cabo en un centro hospitalario y universitario de la región central de Portugal. Este hospital es una institución que forma parte del Servicio Nacional de Salud, que brinda cobertura a aproximadamente 2.231.346 habitantes de la región central de Portugal y cuenta con una atención de salud diferenciada y de alta calidad. Posee una oficina de calidad y seguridad del paciente, donde funciona un comité de calidad y seguridad del paciente, con el objetivo de consolidar una cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos en consonancia con la Estrategia para la Calidad en Salud en Portugal. En el ámbito de la calidad clínica organizativa, las actuaciones se centraron en el sistema de gestión integrada de medicamentos. Para reforzar la seguridad del paciente se realizaron acciones formativas dirigidas al área de comunicación, participación del paciente en su propia seguridad, seguridad contra incendios, precauciones básicas para el control de infecciones y gestión de riesgos en salud.

Periodo

La recolección de datos se realizó desde septiembre de 2018 hasta mayo de 2019.

Población

La población accesible estuvo conformada por 2891 enfermeros de un centro hospitalario y universitario de la región central de Portugal.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión fueron: enfermeros que desempeñaban funciones de atención directa al usuario y que voluntariamente accedieron a participar en el estudio. Los criterios de exclusión establecidos fueron: desempeñar funciones como jefe de enfermería y estar ausente temporalmente del servicio durante el período de recolección de datos, por licencia médica, vacaciones u otra licencia.

Definición de la muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, conformado por 360 participantes. El cálculo del tamaño de la muestra consideró las directrices de la guía del usuario propuesta por la AHRQ, que recomienda una tasa de respuesta mínima del 50%, dependiendo del tamaño mínimo de la muestra y de la población de estudio⁽¹⁹⁾. En este caso, para una población entre 1000 y 2999 individuos, 300 individuos es el límite mínimo para alcanzar la tasa de respuesta mínima del 50%⁽²⁰⁾. La muestra del estudio consta de 360 participantes, que es ligeramente superior a lo recomendado.

VARIABLES DE ESTUDIO

Se consideró como variable dependiente las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y como variables independientes las variables sociodemográficas (sexo, franja etaria, formación académica) y el contexto profesional (título de especialización, área de especialización y años de experiencia profesional).

Instrumento utilizado para la recolección de datos

El instrumento para la recolección de datos consistió en un cuestionario *ad hoc* para la caracterización sociodemográfica (sexo, edad, estado civil, formación académica) y profesional (título de especialización, área de especialización y años de experiencia profesional) y el HSOPSC – versión 1, creado por la AHRQ. Este instrumento tiene gran potencial para identificar los factores que determinan la cultura de seguridad, evaluar las opiniones que los profesionales tienen sobre la seguridad del paciente, sobre el error y la notificación de eventos, que guían la inversión continua en la seguridad del paciente⁽²¹⁾. La versión original fue traducida, adaptada culturalmente y validada para el portugués de Portugal, y contempla a todos los profesionales de la salud de tres hospitales (enfermeros, médicos, auxiliares médicos, técnicos superiores, técnicos administrativos, diagnósticos y terapéuticos)⁽²²⁾. En este estudio, la población está compuesta por enfermeros portugueses, por ende, la evaluación psicométrica del instrumento es relevante para confirmar la bondad de ajuste del modelo, y comprobar la estructura interna del HSOPSC.

El HSOPSC consta de cuarenta y dos ítems, con una escala tipo *Likert* que consta de cinco niveles, desde 1 (totalmente en desacuerdo o nunca) hasta 5 (totalmente de acuerdo o siempre). El HSOPSC fue diseñado para evaluar 12 dimensiones de la cultura de seguridad, y los autores recomiendan que, para el análisis de los resultados, estas mismas dimensiones se agrupen en tres dimensiones más grandes. Las dimensiones

a *nivel de servicios/unidades* comprenden: dimensión 1-trabajo en equipo dentro de las unidades (4 ítems), dimensión 2-expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente (4 ítems), dimensión 3 - aprendizaje organizacional-mejora continua (3 ítems), dimensión 4-apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores (3 ítems), dimensión 6-*feedback* y comunicación del error (3 ítems), dimensión 7-apertura en la comunicación (3 ítems), dimensión 10-dotación de profesionales (4 ítems) y dimensión 12-respuesta al error no punitiva (3 ítems). Las dimensiones a *nivel de hospital* incluyen la dimensión 9-trabajo en equipo entre unidades (4 ítems) y la dimensión 11-derivaciones y transiciones (4 ítems). Las *variables de resultado* de la cultura de seguridad abarcan la dimensión 5-percepciones generales sobre la seguridad del paciente (4 ítems) y la dimensión 8-frecuencia de notificación de eventos (3 ítems). El cuestionario consta de dos variables de un solo ítem que se evalúan por separado, y que no forman parte de las dimensiones (nivel de seguridad del paciente y número de eventos informados en los últimos 12 meses)⁽¹⁹⁾.

Recolección de datos

Se les entregó a los enfermeros los cuestionarios en formato papel junto con el formulario de consentimiento informado, y se les recalcó el carácter anónimo y confidencial del tratamiento de la información. Se realizaron varias visitas informales a los servicios para recoger los cuestionarios, ver las dificultades de cumplimentación y promover la participación de los enfermeros en la investigación. Los cuestionarios fueron devueltos en un sobre cerrado separado del consentimiento informado. Se entregaron en total 620 cuestionarios, y devolvieron 360, esto representa un índice de adherencia del 58,0%, que supera la meta mínima del investigador, que sería del 50% según los criterios de la AHRQ⁽¹⁹⁾.

Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis e interpretación de los resultados del HSOPSC se siguió la metodología propuesta en la guía del usuario de la AHRQ⁽¹⁹⁾. Los ítems formulados negativamente fueron sometidos a una inversión (A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F11). Las autoras de la escala recomiendan que, para facilitar el análisis de los datos, los cinco niveles de respuesta de la escala tipo *Likert* se recodifiquen en 3 niveles de respuesta (positivo, neutro, negativo). El porcentaje de respuestas positivas corresponde a la suma de participantes que respondieron "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" o "siempre" o

"la mayor parte del tiempo", según las categorías de respuesta utilizadas en cada ítem. El nivel considerado neutro está constituido por el punto medio de la escala, y corresponde a la suma de respuestas "ni de acuerdo ni en desacuerdo" o "a veces". El porcentaje de respuestas negativas corresponde a la suma de participantes que respondieron "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" o "nunca" o "pocas veces", según las categorías de respuesta utilizadas en cada ítem. Los ítems del instrumento se agruparon en dimensiones de la cultura de seguridad según la AHRQ. Las dimensiones de la cultura de seguridad se calcularon determinando el valor promedio (no ponderado) de las calificaciones de los ítems por dimensión. La AHRQ considera que las calificaciones positivas iguales o superiores al 75% indican dimensiones que representan áreas fuertes de la cultura de seguridad y que los valores medios de respuestas positivas iguales o inferiores al 50 % indican dimensiones que representan áreas con problemas. El porcentaje de respuestas positivas a los ítems se calculó dividiendo el número de respuestas positivas por el número total de respuestas (positivas, neutras, negativas)⁽²³⁾.

En cuanto a los ítems de caracterización sociodemográfica y profesional, los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, que abarca un conjunto de medidas de tendencia central y dispersión. Para identificar los grupos que difieren estadísticamente entre sí, se utilizó la prueba no paramétrica U de *Mann-Whitney* y se consideró un error tipo I del 5%⁽²⁴⁾. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático IBM® SPSS® *Statistics* para Windows, versión 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., EE. UU.).

En este estudio, la consistencia interna de los ítems se determinó a través del coeficiente alfa de Cronbach, se consideró que los valores superiores a 0,7 indican buena consistencia interna. En el análisis del modelo factorial, se verificó la sensibilidad de los ítems a través de medidas de forma (asimetría y curtosis) y asociación (correlación de Pearson), según el tipo de variable y la escala de medida. La validez de constructo se determinó mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el *software* AMOS® 27 (*Analysis of Moment Structures*)⁽²⁵⁾. Se consideró que valores de asimetría absoluta inferiores a 3 y valores de aplanamiento inferiores a 7 no comprometen la sensibilidad de los modelos⁽²⁶⁾. Como técnica adicional para verificar la calidad de la medición, se determinó la confiabilidad compuesta (CC) y la varianza media extraída (VME) para cada una de las dimensiones. Se recomienda tomar como valores de referencia para la CC índices superiores a 0,70, aunque los valores inferiores pueden ser aceptables para investigaciones

exploratorias y para la VME se consideran que valores mayores o iguales a 0,50 son indicadores de validez adecuada, ese límite se puede extender hasta 0,40⁽²⁷⁾.

Se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste global: la razón entre chi-cuadrado y grados de libertad (χ^2/gl), el ajuste es perfecto si (χ^2/gl) es igual a 1, bueno cuando es menor a 2 y aceptable cuando es menor a 5. El índice de bondad de ajuste GFI (*Goodness of Fit Index*) y el CFI (*Comparative Fit Index*) se consideran buenos cuando son superiores a 0,90. RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), RMR (*Root Mean Residual*) y SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) se consideran adecuados cuando son inferiores a 0,08⁽²⁸⁾.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue presentado y aprobado por el comité de ética integrado en la unidad de innovación y desarrollo - centro de ensayos clínicos y por el consejo de administración del centro hospitalario y universitario de la región central de Portugal, y se obtuvo la autorización formal para la realización la investigación - Registro N.º 8742/2017. Se solicitó la autorización de la autora que realizó la validación del HSOPSC para la población portuguesa.

Resultados

La muestra del estudio está compuesta principalmente por enfermeros del sexo femenino (82,8%), con una edad media de 42 años. La mayoría de los enfermeros están casados o vive en pareja (63,6%). Predominaron los enfermeros que poseen el título de licenciado en enfermería (78,6%) y sólo el 38,3% tiene el título profesional de enfermero especialista. De estos, el 50,4% posee especialización en enfermería en salud materna y obstétrica (ESMO) y el 49,6% especialización en otras áreas de enfermería. En promedio, los enfermeros tienen 19 años de experiencia profesional.

Evaluación de las características psicométricas del instrumento HSOPSC

Todos los ítems del HSOPSC fueron testeados mediante el AFC. Al analizar la sensibilidad de los ítems, se observó que, en general, los valores absolutos de asimetría y curtosis no comprometen el desempeño del AFC^(26,28), dado que los valores absolutos oscilan entre 0,069 y 1,253 para asimetría y entre 0,048 y 2,13 para curtosis.

En cuanto a la validez relacionada con el constructo, la mayoría de los ítems tienen saturaciones mayores a 0,50 con el factor correspondiente, excepto los ítems A16, A7, F4 y la confiabilidad individual de los ítems presenta índices mayores a 0,25, excepto el ítem A7, pero se decidió mantenerlos igual que en la versión original de la guía AHRQ⁽¹⁹⁾.

Los índices de bondad de ajuste global en la primera evaluación presentan un buen ajuste para: $\chi^2/\text{gl}=1,990$; RMR=0,053; SRMR=0,059 y RMSEA=0,053 y pobre para GFI=0,830; CFI=0,861. Se reespecificó el modelo, por medio de los índices de modificación propuestos por el programa AMOS, y se obtuvieron índices de ajuste global que son indicativos de un modelo ajustado con valores de $\chi^2/\text{gl}=1,842$; RMR= 0,053 y SRMR=0,058 y RMSEA=0,048, y siguen siendo tolerables para GFI=0,844; CFI=0,882⁽²⁸⁾. Considerando que la mayoría de los factores tenía valores de correlación altos, se asume que estas correlaciones sugieren que hay un factor de segundo orden. Por ende, se propuso una estructura jerárquica con un factor de segundo orden denominado "cultura de seguridad" (CS). Los valores de bondad de ajuste global se mantuvieron con ligeras diferencias respecto a los valores mencionados anteriormente: $\chi^2/\text{gl}=2,176$; RMR=0,064, SRMR=0,072, RMSEA=0,057, GFI=0,807; CFI=0,824. Observamos que los índices indican un buen ajuste del modelo en relación a χ^2/gl , RMR, SRMR y RMSEA y uno pobre para GFI y CFI, hecho que puede estar relacionado con el tamaño de la muestra⁽²⁸⁾. Las dimensiones que mejor explican el constructo cultura de seguridad son las dimensiones "aprendizaje organizacional - mejora continua", "percepciones generales sobre la seguridad del paciente", "feedback y comunicación del error" y "apertura en la comunicación", como lo ilustra la Figura 1.

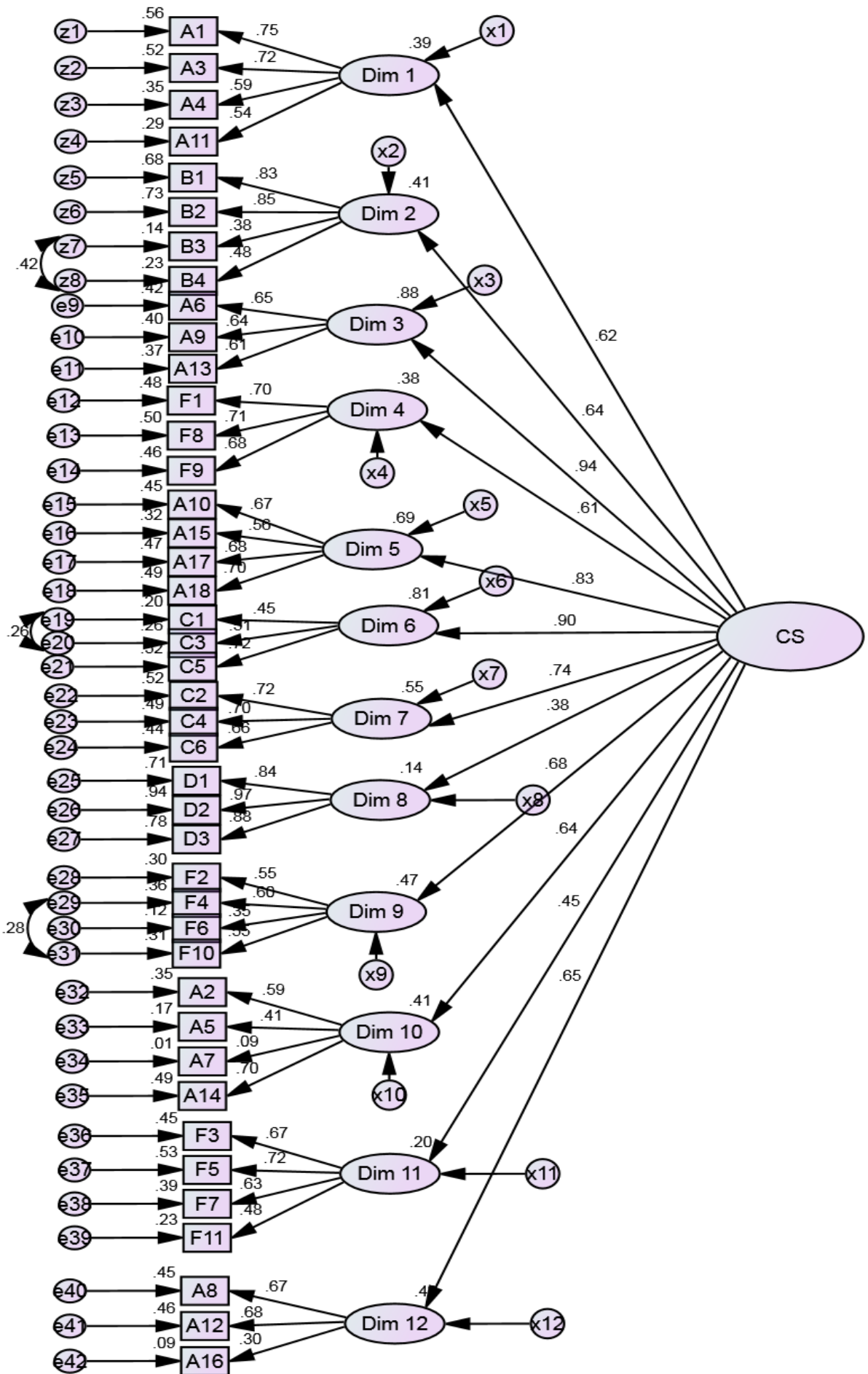


Figura 1 - Estrutura jerárquica de segundo orden

Se realizó el análisis de confiabilidad o consistencia interna, evaluado por el coeficiente alfa de Cronbach (α). En las doce dimensiones de la cultura de seguridad, se observaron coeficientes que oscilan entre 0,49 (débil) y 0,93 (muy bueno), que son valores muy próximos a

los del estudio de validación de la escala en Portugal⁽²²⁾. El puntaje global de este instrumento mostró buena consistencia interna ($\alpha=0,832$)⁽²⁹⁻³⁰⁾. También se observó que las dimensiones en estudio no tienen una distribución normal ($p > 0.05$), como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1 – Valores de alfa de Cronbach y estadísticas relacionadas con las doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente del instrumento HSOPSC* de los 360 enfermeros. Coímbra, PT, Portugal, 2018-2019

	N.º ítems	M [†] (±DE [‡])	α^{\S} estudio actual (2019)	α estudio Eiras, et al. (2014)	valor p
<i>Dimensiones a nivel de servicios/unidades</i>					
Trabajo en equipo dentro de las unidades	4	3,73 (±0,62)	0,73	0,73	0,001
Expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente	4	3,69 (±0,67)	0,75	0,72	0,001
Aprendizaje organizacional - mejora continua	3	3,53 (±0,64)	0,66	0,71	0,001
Apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores	3	2,87 (±0,76)	0,73	0,62	0,001
<i>Feedback</i> y comunicación del error	3	3,56 (±0,65)	0,64	0,76	0,001
Apertura en la comunicación	3	3,47 (±0,70)	0,73	0,67	0,001
Dotación de profesionales	4	2,96 (±0,69)	0,49	0,48	0,001
Respuesta al error no punitiva	3	2,86 (±0,69)	0,57	0,57	0,001
<i>Dimensiones a nivel de hospital</i>					
Trabajo en equipo entre unidades	4	3,15 (±0,55)	0,61	0,69	0,001
Derivaciones y transiciones	4	3,35 (±0,65)	0,72	0,71	0,001
<i>Variables de resultado de la cultura de seguridad</i>					
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente	4	3,22 (±0,78)	0,75	0,62	0,001
Frecuencia de notificación de eventos	3	2,67 (±1,02)	0,93	0,90	0,001
<i>Ítems totales</i>	42		0,83	0,91	

*HSOPSC = *Hospital Survey on Patient Safety Culture*; [†]M = Media; [‡]DE = Desviación Estándar; [§] α = Alfa de Cronbach; ^{||}p = Prueba de Kolmogorov-Smirnov (valor $p < 0,001$)

Los valores de las variables de la escala y las correlaciones entre las doce dimensiones fueron evaluados por la Matriz de Correlación de Pearson. Los resultados obtenidos indican dimensiones positivas y significativamente correlacionadas, excepto la correlación entre la dimensión 8 y las dimensiones 10, 11 y 12, que no es significativa.

Caracterización de la cultura de seguridad por parte de los enfermeros

Hay dimensiones con porcentajes de respuestas positivas que varían entre el 22,6% y el 70,5%. Ninguna

de las dimensiones alcanzó un puntaje superior al 75%, como mencionan las autoras de la escala⁽²³⁾. Las dimensiones "trabajo en equipo dentro de las unidades", "expectativas del supervisor/gestor de promover la seguridad del paciente" y "feedback y comunicación del error" asumen porcentajes positivos más altos (entre 64,8% y 70,5%). Hay siete dimensiones con un porcentaje de respuestas positivas por debajo del 50%, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 - Porcentaje promedio de respuestas negativas, neutras y positivas para las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente de los 360 enfermeros. Coímbra, PT, Portugal, 2018-2019

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente	% media de respuestas negativas	% media de respuestas neutras	% media de respuestas positivas
<i>Dimensiones a nivel de servicios/unidades</i>			
Trabajo en equipo dentro de las unidades	9,8	19,7	70,5
Expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente	11,0	23,8	65,2
Aprendizaje organizacional - mejora continua	11,5	31,2	57,3
Apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores	35,9	36,3	27,8
<i>Feedback</i> y comunicación del error	13,7	21,5	64,8
Apertura en la comunicación	16,0	26,3	57,7
Dotación de profesionales	39,6	23,3	37,1
Respuesta al error no punitiva	39,5	33,9	26,6
<i>Dimensiones a nivel de hospital</i>			
Trabajo en equipo entre unidades	26,0	40,9	33,1
Derivaciones y transiciones hospitalarias	19,5	31,4	49,1
<i>Variables de resultado de la cultura de seguridad</i>			
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente	26,6	27,5	45,9
Frecuencia de notificación de eventos	45,3	32,1	22,6

En lo que respecta a la evaluación del grado de seguridad del paciente en el servicio/unidad, se observó que el 50,8% de los enfermeros lo consideró *aceptable*, el 36,9% *muy bueno*, el 10,5% *débil* o *muy débil* y el 1,7% *excelente*.

En cuanto a la frecuencia de notificación de eventos, se constató que la mayoría de los enfermeros (79,4%) no notificó ningún evento en los últimos 12 meses. El 10,6% de los participantes notificó de 3 a 5 eventos y 8,9% de los enfermeros notificaron solo de 1 a 2 eventos.

Relación entre las variables sociodemográficas y profesionales y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

En cuanto a las variables sociodemográficas, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre

la variable sexo y las dimensiones de la cultura de seguridad. Sin embargo, si consideramos que el nivel de significancia fue del 10% ($p < 0,10$), podemos asumir que los resultados son marginalmente significativos⁽²⁷⁾. Para la dimensión 10, los enfermeros del sexo masculino otorgaron las clasificaciones promedio más altas. Mientras que el grupo etario, tuvo significancia estadística en las dimensiones 2, 3, 5 y 11, confirmando que los enfermeros que tienen 40 años o más presentan las clasificaciones promedio más elevadas. La formación académica influye en las dimensiones 3, 5, 6 y 8, y son los enfermeros con título de Licenciado los que tienen las clasificaciones medias más altas, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 – Asociación entre las variables sociodemográficas (sexo, franja etaria, formación académica) de los enfermeros (n=360) y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Coímbra, PT, Portugal, 2018-201

Variable	Sexo		valor p*	Franja etaria		valor p*	Formación Académica		
	Femenino	Masculino		< 40 años	=> 40 años		L [†]	M/D [‡]	valor p*
	Clasificación media		Clasificación media		Clasificación media				
Dim. 1 [§]	180,8	179,0	0,897	171,3	188,3	0,118	183,5	166,8	0,242
Dim. 2	178,8	188,6	0,496	166,1	192,7	0,015	182,6	170,7	0,402
Dim. 3 [¶]	181,5	175,6	0,679	167,0	191,9	0,022	186,9	150,8	0,011
Dim. 4 ^{**}	180,7	179,8	0,95	171,9	187,8	0,147	180,0	182,9	0,839
Dim. 5 ^{††}	180,2	182,2	0,889	164,0	194,4	0,005	187,3	149,1	0,007
Dim. 6 ^{‡‡}	180,0	182,9	0,835	172,3	187,5	0,157	189,1	140,7	0,001
Dim. 7 ^{§§}	179,5	185,4	0,676	181,1	180,0	0,918	180,6	180,1	0,971
Dim. 8	179,7	184,4	0,741	175,9	184,4	0,432	188,3	144,5	0,002
Dim. 9 ^{¶¶}	178,7	189,3	0,46	173,0	186,9	0,202	184,7	161,2	0,099
Dim. 10 ^{***}	175,7	203,7	0,052	170,2	189,2	0,081	184,7	160,9	0,095
Dim. 11 ^{†††}	181,0	178,2	0,844	167,0	191,9	0,022	181,8	174,4	0,603
Dim. 12 ^{‡‡‡}	179,5	185,3	0,686	181,3	179,8	0,892	177,5	194,6	0,227

*Prueba de Mann-Whitney, valor p<0,05; †L = Licenciado; ‡M/D = Maestría/Doctorado; §Dim. 1 = Trabajo en equipo dentro de las unidades; ||Dim. 2 = Expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente; ¶Dim. 3 = Aprendizaje organizacional - mejora continua; **Dim. 4 = Apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores; ††Dim. 5 = Percepciones generales sobre la seguridad del paciente; ‡‡Dim. 6 = Feedback y comunicación del error; §§Dim. 7 = Apertura en la comunicación; |||Dim. 8 = Frecuencia de notificación de eventos; ¶¶Dim. 9 = Trabajo en equipo entre unidades; ***Dim. 10 = Dotación de profesionales; †††Dim. 11 = Derivaciones y transiciones; ‡‡‡Dim. 12 = Respuesta al error no punitiva

En cuanto a las variables profesionales, se identificó que había diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones 3, 5 y 8, en lo que respecta a tener título de especialización, lo que confirma que las clasificaciones medias son más altas en los enfermeros que no tienen título de especialización. En cuanto al área de especialización, se constató que hubo significancia estadística en las dimensiones 2, 4 y 12, los enfermeros que tienen especialidad en ESMO tienen

puntajes promedio más bajos en estas dimensiones que los enfermeros de otras áreas de especialización en enfermería. La experiencia profesional tiene una influencia significativa en las dimensiones 2, 4, 3 y 5. Los enfermeros con más de 20 años de experiencia profesional tienen clasificaciones medias más altas en las dimensiones mencionadas que los enfermeros con menos años de experiencia profesional, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4 – Asociación entre las variables profesionales (título de especialización, área de especialización, experiencia profesional) de los enfermeros (n=360) y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Coímbra, PT, Portugal, 2018-2019

Variable	Título de especialización		valor p*	Área de especialización		valor p*	Experiencia profesional		valor p*
	No	Sí		†ESMO	Otra área		<= 20 años	> 20 años	
	Clasificación media		Clasificación media		Clasificación media				
Dim. 1 [‡]	176,5	186,9	0,353	74,1	65,8	0,217	179,6	181,8	0,841
Dim. 2 [§]	180,5	180,6	0,995	62,7	77,4	0,03	170,2	194,7	0,026
Dim. 3	191,3	163,4	0,012	65,9	74,1	0,222	168,1	197,7	0,007
Dim. 4 [¶]	178,8	183,3	0,688	57,9	82,3	0,001	170,4	194,5	0,028
Dim. 5 ^{**}	191,6	162,8	0,01	65,9	74,1	0,228	167,3	198,8	0,004
Dim. 6 ^{††}	187,4	169,6	0,106	65,6	74,4	0,191	173,0	190,9	0,099
Dim. 7 ^{‡‡}	178,1	184,4	0,572	67,9	72,2	0,525	176,1	186,6	0,334

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Título de especialización		valor p*	Área de especialización		valor p*	Experiencia profesional		valor p*
	No	Sí		ESMO	Otra área		<= 20 años	> 20 años	
	Clasificación media			Clasificación media		Clasificación media			
Dim. 8 ^{§§}	195,2	157,2	0,001	67,0	73,0	0,371	174,8	188,5	0,213
Dim. 9	178,1	184,4	0,573	74,7	65,3	0,165	175,0	188,1	0,236
Dim. 10 ^{***}	179,3	182,4	0,778	66,1	74,0	0,247	171,8	192,6	0,059
Dim. 11 ⁺⁺⁺	172,5	193,2	0,063	71,1	68,9	0,743	173,6	190,1	0,134
Dim. 12 ⁺⁺⁺	178,7	183,4	0,675	56,7	83,5	0,001	178,3	183,6	0,629

*Prueba de Mann-Whitney, valor $p < 0,05$; †Enfermería de Salud Materna y Obstétrica; ‡Dim. 1 = Trabajo en equipo dentro de las unidades; §Dim. 2 = Expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente; ||Dim. 3 = Aprendizaje organizacional - mejora continua; ¶Dim. 4 = Apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores; **Dim. 5 = Percepciones generales sobre la seguridad del paciente; ††Dim. 6 = *Feedback* y comunicación del error; †††Dim. 7 = Apertura en la comunicación; §§Dim. 8 = Frecuencia de notificación de eventos; ||||Dim. 9 = Trabajo en equipo entre unidades; ***Dim. 10 = Dotación de profesionales; +++Dim. 11 = Derivaciones y transiciones; +++Dim. 12 = Respuesta al error no punitiva

Discusión

Los resultados indican que el instrumento de medición de la cultura de la seguridad tiene una confiabilidad satisfactoria, con un alfa de Cronbach global de 0,83. La "dotación de profesionales" y la "respuesta no punitiva" fueron las dimensiones con baja confiabilidad, como se observó en el estudio de validación de la escala⁽²²⁾. La validez de constructo se consideró adecuada y todas las dimensiones se correlacionaron positivamente. La bondad de ajuste global del modelo es aceptable, y conserva la estructura multidimensional del cuestionario inicial, lo que no afecta la comparabilidad con otros estudios.

En el presente estudio, hubo mayor prevalencia de enfermeros del sexo femenino (82,8%), lo que coincide con los resultados de otros estudios, que indican que la tasa de feminización es alta en los profesionales de enfermería y en otros profesionales del área de la salud⁽³¹⁻³²⁾.

Se constató que ninguna de las doce dimensiones de la cultura de seguridad alcanzó el porcentaje de respuestas positivas necesario como para ser considerada una dimensión fuerte de la cultura de seguridad del paciente⁽²³⁾. Todas las dimensiones presentan resultados por debajo del porcentaje positivo promedio en comparación con los resultados de las dimensiones de la Base de Datos de Investigación Hospitalaria de la AHRQ⁽⁴⁾. Sin embargo, los resultados de este estudio son bastante similares a los obtenidos en la evaluación de la cultura de seguridad a nivel nacional y en la región central de Portugal⁽⁶⁾.

El "trabajo en equipo" dentro de las unidades fue la dimensión que obtuvo los mejores resultados (71%), al igual que en otros estudios⁽³³⁻³⁵⁾, lo que sugiere que esa dimensión puede ser un factor que potencie una cultura de seguridad⁽³⁶⁾. Una buena interacción entre los equipos, el apoyo mutuo y el respeto tienen un impacto positivo en la atención de enfermería⁽³⁷⁾. Sin embargo, el trabajo

en equipo entre unidades fue un área débil (33%), como señala la literatura internacional⁽³⁸⁻⁴⁰⁾, que indica que hay falta de apoyo y coordinación entre departamentos.

Las expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente presentaron un promedio positivo de 65%, lo que permite suponer que los enfermeros reconocen el papel del supervisor en la promoción de la seguridad del paciente. Resultados similares se encuentran en estudios internacionales⁽⁴¹⁻⁴³⁾, que comprueban que el liderazgo promueve una cultura de aprendizaje y sensibiliza a los empleados. La cultura organizacional se correlaciona positivamente con el comportamiento del líder, debido a que influye en el desarrollo de comportamientos, valores y creencias de sus empleados⁽¹³⁾. Esta premisa también se observa en los resultados de la dimensión *feedback* y comunicación del error (65%), como se puede ver en algunos estudios^(36,42-43), que señalan que se les informa a los profesionales los errores que cometen y ellos discuten abiertamente las formas de prevenirlos. A pesar de todo, es importante seguir apostando por la apertura en la comunicación, dado que esa dimensión obtuvo un promedio positivo que llega apenas al 58%, valor confirmado por otros estudios internacionales^(33,35,44), y que abarca una cultura de comunicación entre diferentes niveles jerárquicos. Una herramienta importante para prevenir errores es mejorar los procesos de trabajo mediante una comunicación efectiva y hay que fomentarla para obtener una atención de calidad⁽³³⁾. En esta dimensión, se destaca uno de los ítems "los profesionales hablan libremente si notan que algo afecta negativamente la atención del paciente", lo que permite deducir que los enfermeros tienen un alto sentido de responsabilidad en lo que respecta a la seguridad del paciente, y no ignoran los problemas que existen.

A pesar de esa apertura en la comunicación y del *feedback*, los enfermeros siguen siendo renuentes a notificar eventos. La dimensión "frecuencia de notificación"

tiene una evaluación positiva media significativamente baja (23%), al igual que en estudios nacionales e internacionales^(8,45). Este resultado se debe al elevado número de profesionales en este estudio que no notificaron eventos en los últimos 12 meses. También se observó en un estudio internacional, que la mitad de los profesionales de la salud no reportó incidentes relacionados con la seguridad del paciente durante el último año⁽⁴⁶⁾. La verificación del error y la notificación inmediata es crucial para implementar intervenciones y medidas preventivas, a fin de reducir el daño⁽⁴⁰⁾. Los principales motivos que mencionaron los profesionales de la salud para no realizar las notificaciones se relacionan con la presión de los gestores, la sobrecarga de trabajo, el olvido, la desvalorización del error, la falta de conocimiento sobre cómo realizar la notificación y la falta de *feedback* sobre las notificaciones que realizan⁽⁴⁷⁾. La subnotificación suele estar relacionada con la dimensión "respuesta al error no punitiva", que también obtuvo uno de los promedios positivos bajos (27%), resultado similar al de los estudios realizados en otros países^(36,43,48). La baja frecuencia de notificación de eventos adversos puede sugerir la existencia de una cultura punitiva, presente aún en algunas organizaciones de salud⁽⁴³⁾. Esta situación también está relacionada con el hecho de que el sistema de notificación en Portugal, incluso cuando es anónimo, no garantiza que no se identifique a los profesionales. Mientras no haya una regulación legal de los sistemas de incidentes en Portugal, que asegure la confidencialidad y que no se sancionarán las notificaciones, la notificación de un evento adverso puede ser utilizada como prueba en un proceso judicial y, por ende, la subnotificación seguirá existiendo, impidiendo el aprendizaje organizacional⁽⁴⁹⁾.

Los enfermeros consideran que es fundamental que haya una cultura de aprendizaje donde los errores conduzcan a cambios positivos, dado que la dimensión aprendizaje organizacional-mejora continua se destaca con un promedio positivo del 57%, resultado que coincide con los identificados en otros estudios^(37,40,44,50), en los cuales las actividades de monitoreo de la cultura y el *feedback* sobre los resultados de seguridad refuerzan los procesos de competencia profesional.

La percepción general sobre la seguridad del paciente tiene un promedio positivo de 46%, muy cercano a los resultados de estudios internacionales^(36,43,44,51). Los enfermeros son conscientes de la naturaleza de alto riesgo de que tienen las organizaciones de salud que lleva a que se produzcan incidentes derivados de una serie de factores sistémicos, que incluyen las estrategias de la organización, la cultura, las prácticas de trabajo, la prevención de riesgos⁽¹³⁾, por lo tanto, consideran que la gestión hospitalaria debe priorizar la seguridad del paciente. Sin embargo, la dimensión apoyo a la

seguridad del paciente por parte de los gestores obtuvo una media positiva del 28%, revelando que los enfermeros consideran que los directivos del hospital están poco comprometidos y brindan poco apoyo, dato similar al de otros estudios⁽⁵²⁻⁵³⁾, en los que la gestión hospitalaria no proporciona un ambiente de confianza y motivación en el lugar de trabajo. La dimensión dotación de profesionales también fue considerada un área débil en la evaluación de la cultura de seguridad, con una media positiva baja (37%), que también fue baja en varios hospitales internacionales^(36,44). La mayoría de los enfermeros de un hospital en Suecia mencionaron que el trabajo a menudo se realizaba con reducción de personal, lo que provocaba fatiga y agotamiento que repercutían en la calidad de la atención del paciente⁽³⁶⁾. La dimensión derivaciones y transiciones hospitalarias alcanzó un promedio positivo de 49%, que coincide con los de otros estudios^(33,44-45), ello demuestra que es un área de la cultura de seguridad que también necesita mejorar. Con la fragmentación de los sistemas de salud, los enfermeros se enfrentan a un aumento de las derivaciones, por lo tanto, a una mayor probabilidad de fallas de comunicación.

Por consiguiente, se deduce que el sexo solo puede explicar la dimensión "dotación de profesionales" de la cultura de seguridad del paciente, lo que permite inferir que los profesionales de enfermería del sexo masculino parecen tener una percepción más positiva sobre la cultura de seguridad sobre esta dimensión. Se encontraron divergencias en un estudio⁽¹⁰⁾, que afirma que los profesionales de enfermería del sexo femenino revelaron una mayor cultura de seguridad.

En este estudio, tanto los enfermeros con más de 20 años de experiencia profesional, como los enfermeros con 40 años de edad o más, manifestaron una percepción más positiva sobre la cultura de seguridad en las dimensiones "expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente", "aprendizaje organizacional - mejora continua" y "percepciones generales sobre la seguridad del paciente". De acuerdo con la literatura internacional, se comprobó que los enfermeros de mayor edad tenían una mejor percepción sobre la seguridad del paciente que los enfermeros más jóvenes, a medida que aumentaban los años de experiencia de los enfermeros, la percepción general sobre la seguridad del paciente aumentaba progresivamente⁽¹¹⁾. Se constató que los enfermeros con edad entre 40 y 60 años tienen una visión más positiva de la cultura de seguridad del paciente y una mejor comprensión de las necesidades del paciente⁽⁴⁶⁾. Estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que los profesionales más experimentados tienen mayor probabilidad de detectar riesgos y se sienten más seguros para revelar sus verdaderas percepciones⁽⁴⁰⁾. También en un hospital

universitario brasileño, una mayor edad y un mayor tiempo de experiencia profesional se asociaron con mayor percepción sobre la cultura de seguridad del paciente en las dimensiones "expectativas del supervisor/gestor y acciones para promover la seguridad del paciente", "aprendizaje organizacional - mejora continua"⁽⁵³⁾. Se verificó que los enfermeros con título de Licenciado, así como también los enfermeros sin título de especialidad, muestran una percepción más positiva sobre la cultura de seguridad en las dimensiones "aprendizaje organizacional - mejora continua", percepciones generales sobre la seguridad del paciente" y "frecuencia de notificación de eventos". Los resultados también mostraron que los enfermeros con título de Licenciado muestran una percepción más positiva sobre la cultura de seguridad con respecto a la dimensión "feedback y comunicación del error". Esos datos sugieren que los enfermeros con menor nivel académico están dispuestos a mejorar sus conocimientos, y esperan que se diferencien más los contenidos sobre la seguridad del paciente. Un estudio reveló que la dimensión "frecuencia de notificación de eventos" era significativamente diferente según la formación académica, e inversamente proporcional a la escolaridad⁽⁵³⁾. Sin embargo, se encontraron datos que revelan que los profesionales de la salud con maestría, con mejor nivel educativo, tienen puntuaciones más altas en la cultura de seguridad del paciente que aquellos con licenciatura⁽¹⁰⁾.

Los enfermeros de otras áreas de especialización de enfermería expresaron una percepción más positiva sobre la cultura de seguridad en las dimensiones "expectativas y acciones del supervisor/gestor para promover la seguridad del paciente", "apoyo a la seguridad del paciente por parte de los gestores" y "respuesta al error no punitiva" que los enfermeros de las áreas ESMO. Los resultados de esta dimensión sugieren que los enfermeros de la ESMO sienten que hay debilidades en cuanto al apoyo del gestor y de la dirección del hospital en la promoción de la seguridad del paciente. Se encontraron diferencias en un estudio⁽⁵⁴⁾, que afirma que los enfermeros del servicio materno-infantil revelaron aspectos de una cultura de seguridad más fuertes que los servicios de la clínica médica y la clínica quirúrgica.

Como limitaciones del presente estudio, se identifica el hecho de que la muestra no es probabilística, lo que condiciona la representatividad de los datos, imposibilitando la extrapolación de los resultados a otras muestras. La evaluación de la cultura de seguridad puede incluir el uso de métodos cualitativos que posibiliten una comprensión más profunda de las percepciones de los enfermeros y proporcionar *insights* sobre las áreas de mejora. A pesar de dichas limitaciones, este estudio aporta importantes contribuciones al conocimiento de la

cultura de seguridad del paciente que servirán de base para trabajar en el desarrollo de acciones que garanticen cuidados de enfermería seguros en las instituciones de salud. Este estudio proporcionó datos importantes que podrían ser utilizados para discutir el tema en los planes de estudio de la licenciatura en enfermería, en los cursos de maestría y posgrado en enfermería.

Conclusión

Las características psicométricas del HSOPSC garantizan que este instrumento es una herramienta que permite evaluar de manera consistente la cultura de seguridad del paciente, y brinda una estructura adecuada para lo que se pretende medir.

Se evaluó la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los enfermeros, la misma tiene dimensiones con valores cercanos a los necesarios para poder ser considerados potenciadores de una cultura de seguridad positiva (trabajo en equipo dentro de las unidades, expectativas y acciones del supervisor/gestor y *feedback* y comunicación del error). Las dimensiones aprendizaje organizacional - mejora continua, apertura en la comunicación, derivaciones y transiciones hospitalarias, percepciones generales sobre la seguridad del paciente también obtuvieron evaluaciones positivas, pero requieren alguna intervención para que puedan ser consideradas como aspectos fuertes de la cultura de seguridad. Por otro lado, se encontraron cinco dimensiones con problemas que requieren una intervención prioritaria (respuesta de error no punitiva, frecuencia de notificación de eventos, apoyo de la gestión para la seguridad, dotación de personal y trabajo en equipo entre unidades). Las múltiples dimensiones tienen la capacidad de influenciarse entre sí y también están influenciadas por la edad, la experiencia profesional y la formación académica.

Este estudio revela que es fundamental evaluar continuamente la cultura de seguridad para diagnosticar áreas de mejora con el fin de promover la calidad y seguridad de la atención del paciente. Los datos del estudio exponen áreas débiles de una de las instituciones de salud de Portugal, es un escenario que se repite a nivel nacional e internacional, y que compromete a la dirección, los gestores y la cúpula del hospital para que implementen abordajes y métodos de mejora que reduzcan el impacto en la seguridad de los pacientes. Se sugiere que se realicen intervenciones en las dimensiones consideradas más débiles, para que haya un ambiente para la práctica clínica con mayor cooperación entre hospitales, con dotación adecuada, que mejore el *feedback* de la información y fomente la notificación de eventos para promover una atención más segura para los pacientes y profesionales de la salud.

Referencias

- Ramos S, Sales L, Barroso F. Segurança do doente: princípios e conceitos. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 3-10.
- World Health Organization. Global Patient Safety action Plan 2021–2030 towards Zero Patient Harm in Health Care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4
- Sousa P, Paiva SG, Lobão MJ, Van-Innis AL, Pereira C, Fonseca V. Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021-2026: A Robust Methodology Based on the Mixed-Method Approach. *Port J Public Heal.* 2021;39(3):175-92. <https://doi.org/10.1159/000521722>
- Famolaro T, Hare R, Yount N, Fan L, Liu H, Sorra J. Surveys on patient safety culture - hospital survey 1.0: 2021 user database report [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2021 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [tps://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hsops1-database-report-part-I.pdf)
- Churruca K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: A systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open.* 2021;11(7):1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
- Flott K, Fontana G, Darzi A. The Global State of Patient Safety [Internet]. London: Imperial College London; 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19\[2\].pdf](https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalStateofPS_DIGITAL_16Sep19[2].pdf)
- Campione J, Famolaro T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(1):23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>
- Eiras M. Cultura de segurança do doente: novos desafios para uma mudança de paradigma. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 41-50.
- Sousa-Uva A, Serranheira F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 115-38. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Ayisa A, Getahun Y, Yesuf N. Patient safety culture and associated factors among health-care providers in the university of gondar comprehensive specialized hospital, northwest ethiopia. *Drug Healthc Patient Saf.* 2021;13:141-50. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S291012>
- Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, Ghafari M, Dehghandar Z, Raeissi P. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
- Fragata J, Sousa P, Santos R. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In: Sousa, P, Mendes W, organizators. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019. p. 17–36. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: Sousa, P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: CDEADE, ENSP, Editora Fiocruz; 2019 [cited 2021 Sep 13]. p. 75-99. Available from: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
- Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educacao. 5ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.
- Price LR. Psychometric Methods: theory into practice. New York: The Guilford Press; 2017.
- Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick D, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-study-designing-checklist_final.pdf
- Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014;12(12):1500-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital survey on patient safety culture: user's guide. [Internet]. Rockville, MD: Agency of Healthcare Research in Quality; 2018 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
- Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 5ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições; 2017.
- EUNetPaS. Use of patient safety culture instruments and recommendations [Internet]. 2010 [cited 2021 Sep 21]. Available from: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_

- pd/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommendations-april-8-2010.pdf
22. Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2014 [cited 2021 Sep 13];27(2):111-22. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
 23. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2021 Sep 13]. Available from: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User guide HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf)
 24. Marôco J. *Análise estatística com o SPSS statistics*. 7ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2018.
 25. Arbuckle JL. *Amos (Version 27.0) [Computer Program]*. Chicago: IBM SPSS; 2014.
 26. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.
 27. Marôco J. *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 8ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
 28. Marôco J. *Análise de equações estruturais : fundamentos teóricos, software & aplicações*. 3ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2021.
 29. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
 30. Hill MM. *Investigação por questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2016.
 31. Pérez-Sánchez S, Madueño SE, Montaner J. Gender Gap in the Leadership of Health Institutions: The Influence of Hospital-Level Factors. *Health Equity*. 2021;5(1):521-5. <https://doi.org/10.1089/hecq.2021.0013>
 32. Kearns T, Mahon P. How to attain gender equality in nursing- an essay. *BMJ*. 2021;373:14-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1232>
 33. Madalozzo MM, Lucas JIP, Kanan LA, Marcon SRA, Souza AS, Michelin FT, et al. Culture of patient safety in an accredited high complexity hospital. *Res Soc Dev*. 2021;10(6):e55510616113. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16113>
 34. Granel N, Manresa-Domínguez JM, Watson CE, Gómez-Ibáñez R, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>
 35. Lee SE, Dahinten VS. The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52(5):544-52. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>
 36. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
 37. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
 38. Calvache JA, Benavides E, Echeverry S, Agredo F, Stolker RJ, Klimek M. Psychometric Properties of the Latin American Spanish Version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire in the Surgical Setting. *J Patient Saf*. 2021;17(8):e1806-13. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000644>
 39. Tlili MA, Aouicha W, Sahli J, Zedini C, Ben Dhiab M, Chelbi S, et al. A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. *Aust Crit Care*. 2021;34(4):363-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>
 40. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZA. Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
 41. Andrade LEL, Lopes JM, Souza MCM Filho, Vieira RF Júnior, Farias LPC, Santos CCM, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):161-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
 42. Cho SM, Choi JS. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(5):549-57. <https://doi.org/10.1111/jnu.12413>
 43. Sanchis DZ, Haddad MCFL, Girotto E, Silva AMR. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
 44. Rocha RC, Abreu IM, Carvalho REFL, Rocha SS, Madeira MZDA, Avelino FVSD. Patient Safety Culture in Surgical Centers: Nursing Perspectives. *Rev Esc Enferm*. 2021;55:1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>
 45. Alquwez N, Cruz JP, Almoghairi AM, Al-Otaibi RS, Almutairi KO, Alicante JG, et al. Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):422-31. <https://doi.org/10.1111/jnu.12394>
 46. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>

47. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: An integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2895-908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
48. Magalhães EV, Paiva FO, Alves MES, Almeida MC. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. *Rev Cuidarte*. 2021;12(3):e1990. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990>
49. Bruno P. Segurança do doente e o direito. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, editors. *Guia prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; 2021. p. 97-106.
50. Galvão TF, Lopes MCC, Oliva CCC, Almeida MEA, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
51. Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Cultura de Segurança do Paciente: Avaliação Pelos Profissionais De Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>
52. Notaro KAM, Corrêa AR, Tomazoni A, Rocha PK, Manzo BF. Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167>
53. Okuyama JHH, Galvão TF, Crozatti MTL, Silva MT. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the hospital survey on patient safety culture. *Sao Paulo Med J*. 2019;137(3):216-22. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0430140319>
54. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Figueiredo MCAB. Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>


Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte. **Obtención de datos:** Cláudia Patrícia da Costa Brás. **Análisis e interpretación de los datos:** Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte. **Análisis estadístico:** Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte. **Redacción del manuscrito:** Cláudia Patrícia da Costa Brás. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Cláudia Patrícia da Costa Brás, Manuela Maria Conceição Ferreira, Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, João Carvalho Duarte. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 09.05.2022
 Aceptado: 07.09.2022

Editora Asociada:
 Andrea Bernardes

Autor de correspondencia:
 Cláudia Patrícia da Costa Brás
 E-mail: claudiabras@esenfc.pt
 <https://orcid.org/0000-0001-8990-1187>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
 Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.