

Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un centro quirúrgico privado: evaluar para mejorar

Perception of patient safety culture in a surgical private center: evaluation to improve

Augusto Alfonso Rosales Meléndez^{1*}, Cindy Regina Montoya²

¹Investigador Independiente, Tegucigalpa, Honduras

²Hospital María Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras

Resumen / Introducción. La cultura de seguridad del paciente es un pilar fundamental para mejorar la calidad de la atención en salud. El objetivo de este estudio fue caracterizar la cultura de seguridad del paciente en un establecimiento de salud privado en Francisco Morazán, Honduras, durante septiembre-octubre de 2023. **Métodos.** Estudio cuantitativo, transversal descriptivo en un centro privado de atención quirúrgica ambulatoria. La muestra incluyó 34 profesionales sanitarios con funciones de atención directa al paciente, seleccionados mediante muestreo no probabilístico a conveniencia. Se evaluó la cultura de seguridad del paciente con el Cuestionario SOPSTM versión 2.0, aplicado electrónicamente en un centro de salud privado. **Resultados.** Las variables mejor evaluadas fueron: el trabajo en equipo (77%), transferencias e intercambio de información (74%) y respuesta a los errores (71%). Las variables con menores puntuaciones fueron presión y ritmo de trabajo (54%), comunicación acerca de errores (54%) y reporte de eventos de seguridad (55%). El aprendizaje organizativo fue calificado de 69% y el apoyo por los supervisores de 67%. La calificación global de la seguridad del paciente fue de 64%. **Conclusión.** La percepción de los empleados sobre la cultura de seguridad del paciente indica que hay áreas de mejora en el hospital evaluado, debiendo mejorarse en cuanto a presión, ritmo de trabajo, comunicación sobre errores y reporte de eventos de seguridad. El uso de este cuestionario puede ayudar a mejorar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias.

Palabras Clave Administración de la seguridad, Calidad de la atención de salud, Cultura organizacional, Gestión del riesgo, Seguridad del paciente

Abstract / Introduction. The culture of patient safety is a fundamental pillar to improve the quality of health care. The objective of this study was to characterize the patient safety culture in a private health facility in Francisco Morazán, Honduras, during September-October 2023. **Methods.** Quantitative, cross-sectional descriptive study in a private outpatient surgical care center. The sample included 34 health professionals with direct patient care functions, selected through non-probabilistic convenience sampling. The patient safety culture was evaluated with the SOPSTM Questionnaire version 2.0, applied electronically in a private health center. **Results.** The best evaluated variables were: teamwork (77%), transfers and exchange of information (74%) and response to errors (71%). The variables with the lowest scores were work pressure and pace (54%), communication about errors (54%) and reporting of security events (55%). Organizational learning was rated at 69% and supervisor support at 67%. The overall patient safety rating was 64%. **Conclusion.** The employees' perception of the patient safety culture indicates that there are areas for improvement in the hospital evaluated, which should be improved in terms of pressure, work pace, communication about errors and reporting of safety events. The use of this questionnaire can help improve the safety culture in healthcare organizations.

Keywords Hospital risk reporting, Organizational cultures, Patient safety, Quality of health care, Safety management.

Recepción: 9 noviembre 2024 / Aceptación: 4 diciembre 2024 / Publicación: 23 diciembre 2024

Cita: Rosales Meléndez, A. A., Montoya C. R. (2024). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un establecimiento privado en Tegucigalpa, Honduras. *Innovare Revista de ciencia y tecnología*, 13(2), 1-7. <https://doi.org/10.69845/innovare.v13i2.382>

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño innecesario durante la atención sanitaria hasta un nivel mínimo aceptable, en función del conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en el que se brinda la atención (OMS, 2023). La seguridad del paciente busca prevenir errores y eventos adversos que puedan surgir durante el proceso de atención médica, asegurando que las

prácticas sanitarias sean seguras y eficientes para los pacientes. La cultura de seguridad del paciente incluye valores y normas que son compartidas por los miembros de una organización y que influyen en cómo se promueve dicha seguridad en el entorno sanitario (AHRQ, 2023). Esta cultura, como señala Clarke (2006), establece pautas de comportamiento que guían a los profesionales de salud en situaciones críticas, generando un entorno en el que la seguridad del paciente es una prioridad.

La cultura de seguridad del paciente es fundamental para la reducción de eventos adversos comunes en el ámbito hospitalario, como las infecciones asociadas a la atención médica, los efectos adversos de medicamentos, las úlceras por presión y los errores quirúrgicos (Slawomirski *et al.*, 2017). Estos eventos no solo impactan negativamente en la salud de los pacientes, sino que también incrementan los costos de atención y prolongan la estancia hospitalaria.

Según el Instituto de Medicina de EE. UU. (2000), los fallos en la seguridad del paciente, que se manifiestan como eventos adversos o accidentes, no suelen ser el resultado de errores individuales, sino de sistemas ineficientes que no respaldan adecuadamente la seguridad del paciente. Por lo tanto, la cultura organizacional debe considerarse un componente esencial de la cultura de seguridad del paciente (Silva *et al.*, 2021), ya que establece el marco de referencia para la conducta del personal sanitario, la gestión de errores y la implementación de mejoras.

La cultura de seguridad del paciente a nivel mundial fue evaluada en la revisión sistemática por Reis *et al.* (2020), indicando que hay un interés especial sobre esta temática entre los investigadores y profesionales de la salud de diferentes partes del mundo. La cultura de seguridad del paciente en hospitales sigue estando predominantemente subdesarrollada y es débil en términos de la seguridad del paciente en general.

En Honduras, la investigación sobre la cultura de seguridad del paciente es aún limitada. Un estudio realizado por Varela (2016) en un hospital de Tegucigalpa identificó tanto fortalezas como debilidades, resaltando la necesidad de fomentar una cultura más sólida y menos punitiva. Dado el escaso conocimiento existente sobre este tema en el país y la necesidad de profundizar en su caracterización, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la cultura de seguridad del paciente en un establecimiento de salud privado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con diseño cuantitativo, no experimental y de tipo transversal en un hospital privado del departamento de Francisco Morazán, Honduras, durante el periodo de septiembre a octubre de 2023. La muestra fue de 34 miembros del personal sanitario, entre ellos médicos especialistas, personal de enfermería, instrumentistas quirúrgicos, técnicos microbiólogos, médicos generales y doctores en microbiología que laboran en dicho centro, cuyo enfoque es principalmente quirúrgico ambulatorio.

Se incluyeron únicamente aquellos profesionales que desempeñan funciones relacionadas con la atención al paciente o que tienen contacto directo con ellos en su labor diaria y que aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Se informó a los participantes sobre el propósito, el procedimiento y la confidencialidad del estudio antes de la recopilación de datos. Se añadió al instrumento una sección específica para detallar esta información, incluyendo además un consentimiento informado. Además, se contó con el aval institucional de la gerencia y de la dirección médica del hospital.

Se utilizó el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente, versión 2.0 en español, desarrollado Sorra *et al.* (2019), el cual evalúa doce variables de la cultura de seguridad dentro de las instituciones de salud: trabajo en equipo, presión y ritmo de trabajo, aprendizaje organizativo y mejoras continuas, respuesta a los errores, apoyo de supervisores y directores para la seguridad del paciente, comunicación sobre errores, comunicación y receptividad, reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente, apoyo de los administradores, transferencias e intercambio de información, y la calificación global de la seguridad del paciente.

El cuestionario fue diseñado y autorizado para uso público por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), ha sido validado en español y ha sido utilizado en investigaciones previas en países culturalmente similares como El Salvador (Corleto y Díaz, 2022) y México (Ramírez de Ángel & Pérez Castro y Vázquez, 2021). Según la AHRQ (2020), el instrumento tiene una confiabilidad adecuada en su versión en español, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.70 en todas las variables, excepto en la variable presión y ritmo de trabajo, que presenta un valor de 0.67.

La mayoría de los ítems emplea una escala Likert de 5 puntos, que varía entre “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo” o entre “Nunca” y “Siempre”. Además, se incluye una opción adicional de respuesta: “No aplica” o “No sé” (AHRQ, 2019a). Las definiciones operativas y el número de ítems por variable se detallan en la Tabla 1, proporcionando un panorama claro de los conceptos y dimensiones consideradas para el análisis.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado con frecuencias relativas (porcentajes) para las variables independientes de tipo categórico. La herramienta estadística utilizada fue el paquete Jamovi 2.4.11. Se utilizó la herramienta SOPS Hospital Survey 2.0 Data Entry and Analysis Tool (AHRQ, 2021), previa autorización de la AHRQ para analizar las respuestas obtenidas. Esta herramienta permitió calcular el número de respuestas positivas, negativas y neutras para cada variable evaluada.

RESULTADOS

Dentro de los 34 profesionales encuestados, se observó una distribución equilibrada entre hombres (53%) y mujeres (47%), la mayoría con edades entre 40 a 49 años (38%). La mayoría de los participantes tenían entre 1 a 5 años de experiencia en su unidad o servicio actual (71%) y el 62% trabajaban en el quirófano. En cuanto a profesión, predominaron los médicos especialistas (53%), seguidos del personal de enfermería (21%). El 74% de todos los encuestados reportó que trabajaban menos de 30 horas semanales (Tabla 2).

Las variables evaluadas sobre la cultura de seguridad del paciente presentaron variaciones en las respuestas negativas, neutras y positivas. El trabajo en equipo destacó con el menor porcentaje de respuestas negativas (13.1%), un porcentaje moderado de respuestas neutras (10.1%) y el mayor porcentaje de respuestas positivas (76.8%).

Tabla 1. Variables de la Cultura de Seguridad del Paciente

Variables	Definición	No. de ítems
Trabajo en equipo	El personal es informado cuando ocurren errores, discuten formas de prevenirlos y se les informa cuando se hacen cambios.	3
Presión y ritmo de trabajo	Hay suficiente personal para manejar la carga de trabajo, el personal trabaja las horas adecuadas y no se siente presionado, y se depende de manera apropiada del personal temporal, flotante o PRN.	4
Aprendizaje organizacional-mejora continua	Los procesos de trabajo se revisan regularmente, se realizan cambios para evitar que vuelvan a ocurrir errores, y se evalúan los cambios.	3
Respuestas a los errores	El personal es tratado de manera justa cuando comete errores y se enfoca en aprender de los errores y apoyar al personal involucrado.	4
Apoyo que dan los supervisores, gerente y gestor clínico a la seguridad del paciente.	Supervisores, gerentes o líderes clínicos consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, no fomentan atajos y toman medidas para abordar preocupaciones de seguridad del paciente.	3
Comunicación acerca de errores	El personal es informado cuando ocurren errores, discuten formas de prevenirlos y se les informa cuando se realizan cambios.	3
Comunicación y receptividad	El personal habla si ve algo inseguro y se siente cómodo haciendo preguntas.	4
Informar sobre eventos relacionados con la seguridad del paciente	Se reportan los siguientes tipos de errores: (1) errores detectados y corregidos antes de llegar al paciente y (2) errores que podrían haber dañado al paciente, pero no lo hicieron.	2
Apoyo que dan administradores	La dirección del hospital muestra que la seguridad del paciente es una prioridad principal y proporciona recursos adecuados para la seguridad del paciente.	3
Transferencias e intercambios de información	La información importante sobre el cuidado del paciente se transfiere entre unidades del hospital y durante los cambios de turno.	3

Fuente: Obtenido y modificado de AHRQ (2020).

Las transferencias e intercambios de información obtuvieron bajas respuestas negativas (9.2 %), respuestas neutras intermedias (26.7 %) y respuestas positivas altas (73.3 %). En contraste, la presión y ritmo de trabajo tuvo las respuestas negativas más altas (30.3 %), acompañadas de un porcentaje intermedio de respuestas neutras (15.9 %) y las respuestas positivas más bajas (53.8 %). De manera similar, la comunicación acerca de errores presentó un porcentaje elevado de respuestas negativas (26.9 %), un porcentaje neutro considerable (19.4 %) y un bajo porcentaje de respuestas positivas (53.8 %).

Otras dimensiones como el apoyo de supervisores (19.2 % negativas, 14.0 % neutras, 66.8 % positivas) y el aprendizaje organizacional-mejora continua (14.6 % negativas, 16.8 % neutras, 68.6 % positivas) reflejaron un balance más favorable hacia las respuestas positivas, aunque con áreas de oportunidad en la reducción de respuestas negativas (Tabla 3). En cuanto a los resultados globales en las variables de la cultura de seguridad del paciente, se observó que la mayor puntuación se obtuvo en la dimensión de trabajo en equipo (77%), seguida por transferencias e intercambio de información (74%), y respuesta a los errores (71%). Ver Figura 1. Por otro lado, el aprendizaje organizativo, la mejora continua, así como el apoyo brindado por supervisores, directores o jefes clínicos para garantizar la seguridad del paciente, tuvieron puntuaciones de 69% y 67 %.

La comunicación y receptividad fue evaluada con 64 %, mientras que apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente fue de 67 %. Las variables con evaluaciones más bajas fueron presión y ritmo de trabajo (54 %), comunicación acerca de errores (54 %) e informar eventos relacionados con la seguridad del paciente (55 %).

Tabla 2. Características de los encuestados.

Variables	N=34	%
Sexo		
Mujer	18	47
Hombre	16	53
Edad		
20-29 años	6	18
30-39 años	11	32
40-49 años	13	38
Más de 50 años	4	12
Servicio		
Consulta externa	7	21
Quirófano	21	62
Hospitalización	2	6
Laboratorio	4	12
Años en la unidad o servicio		
Menos de 1 año	7	21
1 a 5 años	24	71
6 a 10 años	2	6
11 o más años	1	3
Profesión		
Médico especialista	18	53
Médico general	1	3
Personal de enfermería	7	21
Instrumentista	3	9
Odontólogo	1	3
Microbiólogo (a)	4	12
Horas de trabajo semanales		
Menos de 30 horas	25	74
30-40 horas	5	15
Más de 40 horas	4	12

Tabla 3. Porcentaje promedio de respuestas negativas, neutras y positivas para las variables de la cultura de seguridad del paciente en el centro evaluado.

Variables de la cultura de seguridad del paciente	% medio de respuestas negativas	% medio de respuestas neutras	% medio de respuestas positivas
Trabajo en equipo	13.1	10.1	76.8
Presión y ritmo de trabajo	30.3	15.9	53.8
Aprendizaje organizacional-mejora continua	14.6	16.8	68.6
Respuestas a los errores	22.7	22.8	66.2
Apoyo que dan los supervisores	19.2	14.0	66.8
Comunicación acerca de errores	26.9	19.4	53.8
Comunicación y receptividad	14.9	23.2	62.0
Informar sobre eventos relacionados con la seguridad del paciente	19.4	25.8	54.8
Apoyo que dan administradores	19.3	14.0	66.7
Transferencias e intercambios de información	9.2	26.7	73.3

El análisis del número de incidentes reportados se ilustra en la Figura 2, que muestra que la mayoría de los participantes no reportaron incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el último año (62%), pero 32% reportó entre uno y dos incidentes (32%). Por último, la

percepción sobre el cuidado de la seguridad del paciente dada por el personal sanitario que participó en el estudio fue del 64%, cayendo en la categoría de inadecuada por la escala, que considera adecuada después del umbral del 70%.

**Figura 1.** Puntuaciones de las variables de la cultura de seguridad del paciente en la opinión de los encuestados.

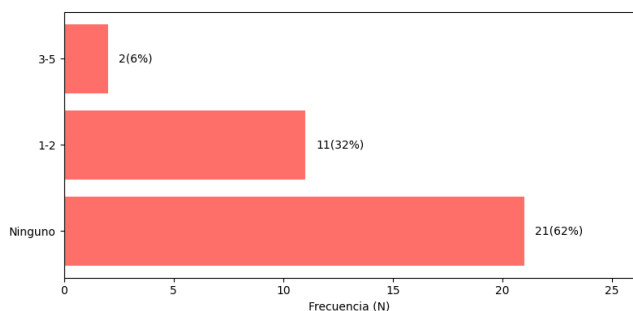


Figura 2. Incidentes relacionados con la seguridad del paciente observados por los encuestados en el último año.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las variables mejor evaluadas en este estudio sobre la cultura de seguridad del paciente fueron trabajo en equipo, transferencias e intercambio de información y respuesta a los errores, representando la percepción del personal sanitario participante en el estudio, pero sin alcanzar el nivel de adecuado según la escala aplicada. Estos resultados son consistentes con estudios previos en la región, pero el centro evaluado en esta investigación tenía un enfoque de atención quirúrgica ambulatoria.

Por ejemplo, Camacho-Rodríguez *et al.* (2022) identificaron el trabajo en equipo como una de las dimensiones más valoradas en instituciones de salud en Latinoamérica, destacando su importancia para fortalecer la colaboración en entornos clínicos. El estudio por Vásquez Moctezuma *et al.* (2021) en México también identificó fortalezas en las transferencias e intercambio de información (78%).

Lo anterior respalda que la percepción del trabajo en equipo es adecuada, reflejando una dinámica de comportamiento de cooperación entre el personal sanitario en momentos claves de la atención clínica. Por otra parte, la valoración positiva de la respuesta a los errores sugiere la ausencia de una cultura punitiva, lo que fomenta un entorno de aprendizaje y mejora continua entre los profesionales de salud. Esto es especialmente importante en el ámbito hospitalario, donde reconocer y aprender de los errores puede prevenir la recurrencia de eventos adversos y fortalecer la capacidad institucional para gestionar incidentes de manera proactiva.

En cuanto al aprendizaje organizacional y la mejora continua, Vásquez Moctezuma *et al.* (2021) obtuvieron resultados similares con un 76%. Estas cifras reflejan la importancia de promover una cultura organizacional que fomente el aprendizaje constante y la mejora de procesos como bases para una mejor seguridad del paciente. Sin embargo, tanto en México como en el presente estudio, la respuesta a los errores persiste como una dimensión con margen de mejora. Esto pone en evidencia la necesidad de adoptar políticas institucionales más efectivas para gestionar incidentes y aprender de ellos, reduciendo así la repetición de eventos adversos.

Las variables, comunicación y receptividad y el apoyo de supervisores y administradores presentaron percepciones intermedias. Álvarez (2019) encontraron datos similares en

Colombia, aunque en niveles óptimos. Esto destaca la necesidad de adoptar una actitud más comprensiva y orientada al aprendizaje por parte de los superiores, lo que no solo reduciría la incomodidad del personal sanitario al reconocer errores, sino que también fomentaría una cultura de transparencia y mejora continua.

Por otro lado, las variables con menores puntuaciones, como presión y ritmo de trabajo y comunicación sobre errores, reflejan desafíos significativos. En Honduras, Varela (2016) reportó resultados similares en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), donde las bajas puntuaciones en comunicación y retroalimentación sobre errores también fueron identificadas como áreas críticas. De manera similar, Álvarez (2019) en Colombia destacó deficiencias en la retroalimentación y comunicación sobre errores. Estos resultados a nivel regional son comunes y afectan directamente la calidad del cuidado. Es común asumir que la carga de trabajo en el entorno sanitario puede ser agotadora, afectando tanto el bienestar del personal como la calidad de la atención brindada a los pacientes. Este agotamiento puede llevar a un aumento en los errores y una disminución en la capacidad del personal para mantener una comunicación efectiva, exacerbando los desafíos en la seguridad del paciente.

Asimismo, la comunicación acerca de errores en los entornos sanitarios puede ser un tema tabú, ya que implica cuestionar decisiones y expresar preocupaciones sobre prácticas que podrían no ser adecuadas. Esto, a su vez, puede generar fricciones en el entorno laboral y crear un clima de desconfianza si no se maneja adecuadamente.

Es fundamental considerar el contexto de esta investigación, realizada en un establecimiento de salud privado, con un enfoque principalmente quirúrgico ambulatorio. Los hallazgos no son generalizables a otros centros hospitalarios del país. Sin embargo, dado el limitado abordaje del tema de seguridad del paciente en el contexto nacional, este estudio representa un aporte significativo y motiva a innovar aplicando cuestionarios como el usado en este caso. Entre las principales limitaciones se encuentran el tamaño reducido de la muestra y la ejecución del estudio en un único centro de atención clínica.

En el contexto nacional, los hallazgos de este estudio confirman fortalezas previamente identificadas, como el trabajo en equipo y el aprendizaje organizativo Varela (2016), reforzando su relevancia en la mejora de la seguridad del paciente. Sin embargo, las áreas débiles, como la comunicación sobre errores y el reporte de incidentes, continúan siendo desafíos estructurales. Esto destaca la necesidad de implementar sistemas más efectivos de reporte, desarrollar políticas orientadas a la gestión de errores y fortalecer la capacitación del personal en estos aspectos críticos.

Se identificaron fortalezas clave en el trabajo en equipo, la transferencia de información y la respuesta ante los errores, variables fundamentales para garantizar un entorno seguro para los pacientes. Sin embargo, las áreas relacionadas con la comunicación de errores, el reporte de eventos de seguridad y la gestión de la presión laboral

presentan deficiencias importantes que requieren atención prioritaria.

Para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, una de las principales recomendaciones es la creación de sistemas de reporte de incidentes, diseñados para que el personal sanitario pueda informar errores sin temor a represalias (Feeser *et al.*, 2021). Estos sistemas deben estar respaldados por políticas institucionales claras que promuevan un enfoque no punitivo y orientado al aprendizaje. Según Bañeres *et al.* (2005), la importancia de los sistemas de notificación de incidentes es ayudar a establecer un perfil de los problemas más frecuentes en la organización y con ello generar aprendizaje de los errores.

Conclusión

Es esencial establecer programas de capacitación continua en comunicación efectiva, donde se enseñen habilidades como la comunicación asertiva y el manejo de conflictos, fomentando un entorno de confianza y colaboración. En concordancia con esta necesidad, Arias *et al.* (2011) destacan que una comunicación clara y efectiva en el ámbito médico es fundamental para garantizar una atención de alta calidad, lo que a su vez contribuye, en gran medida, a mejorar la seguridad del paciente.

Por otro lado, para mejorar el apoyo de los supervisores y administradores, es recomendable capacitarlos en liderazgo positivo y gestión de equipos, con énfasis en la comprensión y resolución de problemas. La implementación de círculos de calidad también sería beneficiosa, ya que permiten analizar los incidentes reportados, identificar causas raíz y diseñar planes de acción concretos para prevenir su recurrencia (Zhang *et al.*, 2020).

Finalmente, resulta crucial abordar la presión y el ritmo de trabajo mediante la optimización en la asignación de tareas y recursos, lo que no solo garantizaría que el personal cuente con las condiciones adecuadas para brindar atención segura y de calidad, sino que también reduciría el estrés laboral y, en consecuencia, la incidencia de errores.

A la comunidad académica, se le sugiere llevar a cabo estudios longitudinales y multicéntricos que permitan comparar los avances en la cultura de seguridad en diferentes tipos de instituciones de salud en Honduras. Esto contribuiría no solo a mejorar la calidad de atención en cada institución, sino también a establecer un marco de referencia nacional para la seguridad del paciente.

Contribución de los autores

Ambos autores contribuyeron de igual forma a la preparación del manuscrito y aprobaron su versión final.

Conflictos de interés

Ninguno.

Aprobación ética

Brindada por el hospital privado objeto del estudio. Por privacidad no divulga el nombre.

Financiamiento

Ninguno.

Uso de IA

Se utilizó la inteligencia artificial para mejorar la gramática del manuscrito.

REFERENCIAS

- AHRQ. (2019). SOPSTM Hospital Survey Version: 2.0 Language: Spanish. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/survey_s/hospital/hospitalsurvey2-spanishform.pdf
- AHRQ. (2020). SOPSTM Hospital Survey Items and Composite Measures. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/survey_s/hospital/hospitalsurvey2-spanishitems.pdf
- AHRQ. (2021). Data Entry and Analysis Tools. <https://www.ahrq.gov/sops/resources/data-entry-analysis-tools.html>
- AHRQ. (2023). What Is Patient Safety Culture? <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- Alvarez, L. (2019). Cultura de Seguridad del Paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76771>
- Arias, J. L. R., Lujano, R. O., Páez, I. P., Trinidad, D. V., & Solórzano, M. E. Y. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Angeles*, 9(3), 167-174.
- Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: Una estrategia para aprender de los errores. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(4), 216-222. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74754-7](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74754-7)
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Clarke, S. (2006). The relationship between safety climate and safety performance: A meta-analytic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 315-327. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.4.315>
- Feeser, V. R., Jackson, A. K., Savage, N. M., Layng, T. A., Senn, R. K., Dhindsa, H. S., Santen, S. A., & Hemphill, R. R. (2021). When Safety Event Reporting Is Seen as Punitive: "I've Been PSN-ed!" *Annals of Emergency Medicine*, 77(4), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.06.048>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Ramirez de Angel, V. & Pérez Castro y Vázquez, J. A. (2021). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(2), 195-203. <https://doi.org/10.35366/100442>
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2020). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(7), 487. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy171>
- Silva, L. C. da, Caldas, C. P., Fassarella, C. S., & Souza, P. S. de. (2021). Efecto de la cultura organizativa para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario: Revisión sistemática. *Aquichan*, 21(2), Article 2. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.3>
- Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Solis de Corleto, L. B., & Diaz Torres, C. I. (2022). Cultura de seguridad del paciente del Hospital Militar Central según el personal de enfermería, de Junio a Diciembre 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.14492/20641>
- Sorra J, Yount N, Famolaro T, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSP233201500026I/HHSP23337004T). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2019. AHRQ Publication No. 19-0076. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
- Varela Silva, F. E. (2016). Cultura de seguridad de los usuarios internos en el servicio de neumología de adultos del Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras. Tesis, 1-68.
- Zhang, D., Liao, M., Zhou, Y., & Liu, T. (2020). Quality control circle: A tool for enhancing perceptions of patient safety culture among hospital staff in Chinese hospitals. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(1), 64-70. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz094>