EXPLORANDO EL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DEL CARCHI-ECUADOR; UNA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD

EXPLORING THE PATIENT SAFETY CLIMATE IN A HOSPITAL IN CARCHI, ECUADOR; A HEALTH STAFF PERSPECTIVE

Miguel Ángel Mora Tobar
Enfermero en formación
Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (UTN), Ibarra, Ecuador
mamorat@utn.edu.ec
https://orcid.org/0009-0003-7711-3636

Eva C. López-Aguilar
Licenciada en Enfermería
Magister en Enfermería Quirúrgica
Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (UTN), Ibarra, Ecuador
eclopez@utn.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-4256-6964

Viviana Margarita Espinel Jara
Licenciada en Enfermería
Magister en Salud Familiar
Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (UTN), Ibarra, Ecuador
vmespinel@utn.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-9903-8794

Amparo Paola Tito Pineda
Licenciada en Enfermería
Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local
Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (UTN), Ibarra, Ecuador
aptito@utn.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-7022-2819

María Ximena Tapia Paguay
Licenciada en Enfermería

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local
Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (UTN), Ibarra, Ecuador
mxtapia@utn.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-0092-7159

Artículo recibido el 30 de julio de 2023. Aceptado en versión corregida el 13 de abril de 2024.

RESUMEN
INTRODUCCIÓN: En los últimos años el registro de eventos adversos asociados con la atención en salud, constituyen un reto en la gestión del clima de seguridad del paciente. Un aspecto esencial es el clima de seguridad que influye en el comportamiento individual y organizacional reflejado como un conjunto de creencias y valores dirigidos a reducir riesgos asociados con la atención. OBJETIVO: determinar el clima de seguridad del paciente en un hospital público del Ecuador. METODOLOGÍA: estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, no experimental, aplicó el instrumento “Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad en la paciente 2.0” que evaluó el clima de seguridad, las dimensiones se expresaron en promedios de preguntas afirmativas, negativas y neutras, los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS. RESULTADOS: participaron 157 profesionales que cumplieron con criterios de inclusión. Las dimensiones con alta percepción afirmativa (≥ 45%): aprendizaje organizativo 52,2%, personal y ritmo de trabajo 50,0%, trabajo en equipo 48,2% y respuesta al error 47,7%, consideradas fortalezas, mientras que las dimensiones con percepciones negativas (≥ 35%): apertura de la comunicación 36,0%, junto a comunicación sobre errores, transferencia de información, apoyo en administración, reporte de eventos y apoyo del supervisor con porcentajes (≥ 35%) de respuestas positivas, fueron oportunidades de mejora. CONCLUSIÓN: la percepción de clima de seguridad en general es positiva, aunque existen oportunidades de mejora que pueden ser abordadas para promover un clima de seguridad sólido y comunicación efectiva entre el personal de salud.

Palabras clave: Clima de seguridad, eventos adversos, percepción, comunicación.

ABSTRACT
INTRODUCTION: In recent years the recording of adverse events associated with health care has presented a challenge in the management of patient safety. An essential aspect is the safety climate that influences individual and organizational behavior, reflected as a set of beliefs and values aimed at reducing risks associated with care. OBJECTIVE: to determine the patient safety climate in a public hospital in Ecuador. METHODOLOGY: descriptive, cross-sectional, quantitative, non-experimental study; the instrument "Hospital survey on patient safety culture 2.0" was applied, which evaluated the safety climate; the dimensions

were expressed in averages of affirmative, negative and neutral questions; the results were analyzed using the SPSS statistical program. RESULTS: 157 professionals who met the inclusion criteria participated. The dimensions with high affirmative perceptions (≥ 45%), such as organizational learning (52.2%), staff and work pace (50.0%), teamwork (48.2%) and response to error (47.7%), were considered strengths. The dimensions with negative perceptions (≥ 35%), such as openness of communication (36.0%), together with communication about errors, information transfer, management support, event reporting, and supervisor support, suggested opportunities for improvement. CONCLUSION: The perception of safety climate is generally positive, although there are opportunities for improvement that can be addressed to promote a strong safety climate and effective communication among health care staff.

Keywords: Safety climate, adverse events, perception, communication.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.95-109

INTRODUCCIÓN

Las deficiencias de seguridad en la asistencia sanitaria, se consideran actualmente un problema de salud pública. En respuesta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial, en Ginebra en el 2002, reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente, como un principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de medidas para desarrollar estándares en la seguridad del paciente [1]. Cada año, en el mundo, se producen 134 millones de eventos adversos, muchos de ellos evitables, las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan a un gran número de pacientes hospitalizados, causando la muerte de alrededor de 2,6 millones de personas con un costo aproximado para los sistemas de salud de 42 millones de dólares [2].

Un estudio llevado a cabo por la OMS concluyó que 10 de cada 100 pacientes sufren al día daños relacionados con errores en la estructura de salud; 20 de cada 100 pacientes infecciones relacionadas con la atención de salud [3]. En esta línea. la identificación de insuficiencias en los factores de comunicación interprofesionales hacia el paciente, el apoyo de la administración, el aprendizaje organizativo, y las limitadas acciones correctivas pueden aumentar el riesgo de complicaciones y muertes evitables [4].

La literatura científica refiere que promover la seguridad del paciente contribuye a evitar lesiones causadas durante la asistencia y es un componente esencial de la calidad asistencial [5]. Hoy en día, el término de seguridad del paciente se define al conjunto de actividades, acciones y proyectos destinados a promover la cultura de la seguridad y a reducir la probabilidad de ocurrencia de los incidentes [6]. En efecto, la atención sanitaria, se encuentra marcada por

procesos asistenciales de mayor complejidad, en los cuales interactúan tanto el factor humano, como el equipamiento técnico, uso de tecnologías, además de una cultura organizacional en seguridad del paciente.

En este sentido, la cultura de seguridad es entendida como el desarrollo de un conjunto de creencias compartidas por los empleados de la organización y que sustentan prácticas seguras en el proceso de trabajo en salud, en la busca continua de un cuidado efectivamente seguro[6]. Es decir, dota de sentido e identidad a la organización sobre la seguridad del paciente, llegando a ser este un factor determinante de éxito o fracaso.

Según Tosoa y Sexton [7,8], uno de los componentes medibles de la cultura de seguridad, es el clima de seguridad, siendo referido como una medida temporal del estado de la cultura de la seguridad. Es decir, un componente medible evaluado por medio de las percepciones individuales y actitudes de los profesionales. Para otros, los términos cultura y clima son vistos como sinónimos. Es así como el clima de seguridad se refleja en el modelo de comportamiento individual, organizativo, que comparte un conjunto de creencias y valores orientados a minimizar los daños asociados a la atención [9].

Mascherek y Schwappach[10], describen que el clima de seguridad del paciente está estrechamente relacionado con la cultura de seguridad, ya que representa las percepciones y prácticas organizativas de las personas que reflejan supuestos y creencias básicas basadas en la cultura. Desde este punto de vista, para lograr el desarrollo de un clima de seguridad, es necesario el esfuerzo consciente de los miembros de las organizaciones, a fin de que en el mediano y largo plazo las actitudes de los equipos asistenciales generen el clima adecuado hacia una cultura de seguridad.

No obstante, organismos como la Joint Comisión on Healthcare Organization (JCAHO) y la Agency for Healthcare Research &Quality (AHRQ) destacan las limitaciones relacionadas con un instrumento específico sobre clima de seguridad [11].

Al respecto, estudios previos, como el realizado por Amorim y da Silva [12], sustentan que uno de los instrumentos para evaluar el clima de seguridad es el cuestionario de actitudes de seguridad (seguridad actitudes cuestionario-SAQ). A diferencia de este autor, otros estudios revelan que el instrumento Hospital Survey on Patient Safety, tiene propiedades psicométricas similares con el SAQ, debido a ello, los autores, adoptan la versión española que integra la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.

En América Latina, Rocco y Garrido[5] fundamentan que la seguridad del paciente debe considerar como sus ejes fundamentales a la cultura como guía orientadora de los procesos de seguridad y al clima de seguridad del paciente, como parte sustancial de la seguridad del paciente. Estudios previos, destacan que los pacientes enfrentan una variedad de amenazas a su seguridad, incluyendo el aumento de los errores médicos, baja comunicación frente al error, notificación de eventos no reportados, dotación del

personal baja y trabajo en equipo deficiente [13,14].

En México, una investigación realizada por la UNAM sobre cultura de seguridad del paciente y eventos adversos refleja que existe debilidad en las dimensiones de respuesta no punitiva a los errores con 61,7%, y dotación de personal con un 62%, ambas correspondientes a los servicios en salud[15], lo que sugiere que podría existir una preocupación sobre cómo se manejan los errores dentro del sistema de salud, y que una proporción significativa de los encuestados considera que la respuesta a los errores no es lo suficientemente comprensiva o no se aborda de manera adecuada, lo mismo sucede con la otra dimensión antes mencionada ya que la carencia de personal en el sistema de salud, puede afectar la calidad y la seguridad de la atención brindada.

En Ecuador, los temas relacionados con la seguridad del paciente se profundizan en el año 2015, esto debido a que, dentro de las políticas gubernamentales, se establece la acreditación hospitalaria por la Joint Commission International (JCI), exigiéndose a las Instituciones, mostrar las evidencias de cumplimiento de los estándares de calidad entre ellos la seguridad del paciente.

Aunque no se tuvo información relevante, se destaca un estudio realizado en Quito-Ecuador que analizó la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre estudiantes médicos posgradistas como medida para prevenir errores médicos. Los resultados revelaron una comprensión limitada de la cultura de seguridad entre estos estudiantes, quienes mayormente la vinculan con medidas de bioseguridad y el seguimiento de protocolos institucionales. Esta interpretación puede generar confusiones al equiparar estos conceptos [16].

Por la relevancia del tema y para analizar la seguridad del paciente en los servicios de salud, se plantea efectuar un estudio, con el objetivo de describir el clima de seguridad del paciente en un hospital público del Carchi-Ecuador.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, no experimental entre abril – junio del 2023, sobre el clima de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital público del Ecuador.

La población de estudio estuvo conformada de 262 profesionales de la salud, de los cuales se obtuvo una muestra de 157 personas, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se incluyó al personal que mantenga relación laboral e interacción directa con los pacientes como personal médico, coordinadores de procesos asistenciales de enfermería de los servicios de emergencias, centro quirúrgico, cirugía y medicina interna, como también internos rotativos de medicina y enfermería. Se excluyó, personal de salud que no participa en actividades relacionadas con la seguridad del paciente y quiénes no aceptaron participar en la investigación.

La verificación de estos criterios se realizará mediante la revisión de registros de personal y revisiones continuas durante el proceso de recolección de datos.

Recolección de datos

Se utilizó la "Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad en la paciente 2.0" o (HSOPSC) por sus siglas en inglés, es un instrumento creado por *"*Agency for Healthcare Research and Quality*" (*AHRQ*)* y traducido en su versión al español [17]. Este instrumento contiene 32 ítems que evalúa 10 dimensiones: comunicación sobre errores, apertura de comunicación, transferencia de información, apoyo en la administración, aprendizaje organizativo, reporte de eventos de seguridad, respuesta al error, personal y ritmo de trabajo, apoyo del supervisor - líder, trabajo en equipo.

La escala de tipo Likert abarca desde 1 (totalmente en desacuerdo o nunca) hasta 5 (totalmente de acuerdo o siempre). Además, se incluye una opción de "no aplica o no sabe". La incorporación de esta opción facilita la discriminación de aspectos que no son relevantes para los encuestados o sobre los cuales carecen de conocimiento o experiencia para responder. Esto contribuye a reducir la frecuencia de respuestas negativas, mejorando así la precisión de las evaluaciones.

Se registró un cuestionario que abarcaba diversas variables sociodemográficas y laborales. Las variables sociodemográficas incluían edad, sexo, nivel de instrucción, lugar de residencia y estado civil. En cuanto a las variables laborales, se recopilaron datos sobre cargo, servicio, tiempo de trabajo en el hospital, área específica, horas semanales y la existencia de interacción directa con los pacientes. Este enfoque integral permitió obtener un panorama completo y detallado de la población objeto de estudio.

Análisis de datos

Durante la fase inicial de análisis por ítem, se mantienen las opciones de respuesta originales. Sin embargo, para el análisis global por dimensiones, se realiza una recodificación en tres categorías basadas en los siguientes criterios: negativo (muy en desacuerdo/en desacuerdo o nunca/raramente); neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo o a veces); y positivo (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre). Las respuestas se clasifican posteriormente en tres categorías generales: negativo, neutral o positivo, siguiendo la orientación proporcionada por la guía del desarrollador del instrumento [17].

El cálculo de las dimensiones, se expresan en frecuencias relativas, tanto para cada ítem individual como para el indicador compuesto de cada dimensión. Los indicadores compuestos de cada dimensión de la escala se obtuvieron aplicando la siguiente fórmula: ∑ número de respuestas positivas-negativas-neutras en los ítems de una dimensión/ número de respuestas totales en los ítems de una dimensión x 100 [17]. Para clasificar cada dimensión como fortaleza se utilizan los siguientes criterios alternativos: ≥ 45% de respuestas positivas o ≥ 45% de respuestas negativas. En cuanto a las oportunidades de mejora, se considera: ≥ 35% de

respuestas negativas o ≥ 35% de respuestas positivas.

Toda la información se registró en una plantilla de Excel y procesada mediante el software estadístico SPSS (versión 23.0). Durante este proceso, se empleó los estadísticos descriptivos como frecuencia y porcentajes.

Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, CEISH-UTN, que garantiza proteger la dignidad, los derechos, el bienestar y la seguridad de los seres humanos participantes del estudio tal como lo dictamina el Artículo 4 del acuerdo ministerial N° 00005 – 2022 [18].

El proceso de recopilación de información se desarrolló siguiendo los principios éticos de confidencialidad, autonomía y no maleficencia establecidos en la Declaración de Helsinki. Durante este proceso, se consideraron aspectos éticos fundamentales, incluyendo el consentimiento informado, la salvaguarda de la confidencialidad y la preservación de la privacidad de la información. Previa a la ejecución del estudio, se comunicó que la participación no implicaba riesgo mínimos o potenciales para el personal y para la institución de salud involucrada, cumpliendo así con los estándares éticos de la investigación.

RESULTADOS

Las características sociodemo-gráficas revelan que la distribución de los participantes es más frecuente en el grupo entre 20 y 30 años, seguidos por el rango de 31 a 40 años, mientras que el grupo de menor frecuencia abarca a aquellos de 51 años en adelante. La edad promedio es de 34 años, con una mediana de 32 años. Además, se destaca un predominio del sexo femenino, con la mayoría en estado civil de soltero y una residencia habitual en el sector urbano. En términos educativos, es relevante señalar que aproximadamente el 75% de la población posee estudios superiores (Tabla 1).

Se identificó que, en la muestra de participantes, fueron los profesionales de enfermería de tercer nivel, seguidos de los internos rotativos de enfermería y medicina. Los técnicos y tecnólogos tienen una presencia menor. En términos de especialización, se destaca una mayor representación de profesionales del área de medicina interna y emergencias. Estos hallazgos sugieren una distribución jerarquizada en los roles asistenciales. En cuanto a la experiencia laboral, se observa que la mayoría de los participantes cuentan con una trayectoria que oscila entre 1 y 5 años en el hospital y en sus áreas específicas. Este rango de experiencia sugiere un grupo laboral relativamente joven. Adicionalmente, se evidencia que la carga laboral promedio se sitúa en un rango de 30 a 40 horas semanales. Este aspecto es crucial para comprender la dedicación y la disponibilidad de los profesionales de la salud en el entorno hospitalario (Tabla 2).

Tabla 1. *Características sociodemográficas de los profesionales.*

Variables	*Escala*	*f*	*%*
Edad	**De 20 a 30 años**	**76**	**48,4**
	De 31 a 40 años	42	26,8
	De 41 a 50 años	31	19,7
	De 51 años a más	8	5,0
Sexo	Hombre	64	40,8
	Mujer	**93**	**59,2**
Nivel de instrucción	Secundaria	10	6,4
	Superior	**147**	**93,6**
Residencia	**Urbana**	**146**	**93,0**
	Rural	11	7,0
Estado civil	**Soltero/a**	**83**	**52,9**
	Casado/a	46	29,3
	Divorciado/a	7	4,5
	Viudo	11	7,0
	Unión libre	10	6,4

Elaboración propia.

Tabla 2. *Características laborales.*

Variables	Escala	*f*	%
Cargo que desempeña	Enfermera/o profesional de 4to nivel	8	5,1
	Enfermera/o profesional 3er nivel	**57**	**36,3**
	Interno/a de enfermería	28	17,8
	Técnico o Tecnólogo en enfermería	4	2,5
	Auxiliar de enfermería	8	5,1
	Médico especialista/ Tratante	10	6,4
	Médico residente/ General	10	6,4
	Interno/a de medicina	24	15,3
	Supervisor lideres de servicio	8	5,1
Área de trabajo	Servicio quirúrgico	39	24,8
	Medicina interna	**40**	**25,5**
	Emergencias	**40**	**25,5**
	Cirugía	38	24,2
Tiempo de trabajo en el Hospital	Menos de un año	51	32,5
	De 1 a 5 años	**59**	**37,6**
	De 6 a 10 años	27	17,2
	11 o más años	20	12,7
Tiempo de trabajo en el área	**Menos de un año**	**68**	**43,3**
	De 1 a 5 años	**68**	**43,3**

	De 6 a 10 años	16	10,2
	11 o más años	5	3,2
Horas de trabajo semanal	Menos de 30 horas	7	4,5
	De 30 a 40 horas	**82**	**52,2**
	Más de 40 horas	68	43,3
Interacción con el paciente	**Si**	**150**	**95,5**
	No	7	4,5

Elaboración propia.

Se observan variaciones en los puntajes de todas las dimensiones evaluadas, evidenciando un nivel de percepción que supera el 45% de respuestas positivas con relación al clima de seguridad del paciente esta medición integrada por cinco dimensiones: apertura de la comunicación, aprendizaje organizativo, trabajo en equipo, respuesta al error, personal y ritmo de trabajo.

Las áreas destacadas por su percepción positiva se centran en: aprendizaje organizativo 52,2%, personal y ritmo de trabajo 50,0%, trabajo en equipo 48,2% y respuesta al error 47,7%, consideradas como fortalezas. Estas se identifican como fortalezas, subrayando aspectos positivos dentro del entorno evaluado.

En contraste, se identificaron áreas de oportunidad que requieren atención con mayor número de percepciones negativas igual o superior al 35% la apertura de la comunicación 36,0%, las dimensiones de comunicación sobre errores, transferencia de la información, apoyo en la administración, reporte de eventos de seguridad y apoyo del supervisor con porcentajes ≥ 35% de respuestas positivas inadecuadas. Es importante resaltar que la dimensión "reporte de eventos de seguridad" revela un porcentaje significativo de respuestas neutrales, alcanzando 31,5%. Esta cifra sugiere la posibilidad de que existan respuestas mixtas entre los encuestados, indicando una falta de claridad en cuanto a sus opiniones sobre esta dimensión específica (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La investigación, utilizó la encuesta “Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad en la paciente”, que de acuerdo con Lee y colaboradores [19], aborda la percepción general del personal sanitario en relación con el ambiente organizacional/o clima de seguridad. Un clima de seguridad positivo aumenta la disposición para reportar eventos adversos, su confianza en los procesos de seguridad y la capacidad para comunicarse abiertamente en relación con la seguridad del paciente en el entorno del trabajo.

La fiabilidad del instrumento obtuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.83 similar a lo reportado por Filiz y Yeşildal [20].

Tabla 3. *Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.*

Dimensiones	**Negativas %**	**Positivas %**	**Neutras %**
Comunicación sobre errores	34,2	44,1	21,7
Apertura de comunicación	**36,0**	41,7	22,3
Transferencia de información	34,6	40,4	25,0
Apoyo en la administración	31,4	43,6	25,0
Aprendizaje organizativo	25,5	**52,2**	22,3
Reporte de eventos de seguridad	28,0	40,4	**31,5**
Respuesta al error	29,6	**47,7**	22,6
Personal y ritmo de trabajo	24,7	**50,0**	25,3
Apoyo del supervisor, líder	33,5	41,4	25,0
Trabajo en equipo	31,0	**48,2**	20,8

Elaboración propia

En este estudio se examinaron las dimensiones del aprendizaje organizacional, el desarrollo personal, el ritmo de trabajo, el trabajo en equipo y la respuesta al error como fortalezas dentro de la organización. Los porcentajes de respuestas positivas para estas dimensiones fueron de 52,2%, 50,0%, 48,2% y 47,7%, respectivamente. Para obtener más información, comparamos nuestros hallazgos con un estudio anterior realizado en Saltillo, Coahuila (México) [21]. En ese estudio, el trabajo en equipo también se identificó como una fortaleza, con un porcentaje significativamente mayor de respuestas positivas con 76,3%. Estos resultados similares sugieren consistencia en la percepción positiva de la efectividad del trabajo en equipo en este entorno organizacional.

Sin embargo, se observaron diferencias notables, particularmente en la dimensión de personal. Nuestro estudio reflejó un porcentaje superior (≥) de respuestas negativas. Esto indica que 37,8% de participantes, considera que el desarrollo personal dentro de la organización tiene posibilidades de mejora.

En primer lugar, es crucial destacar que las percepciones de las fortalezas organizacionales pueden variar dependiendo del contexto específico. Esto implica que cada contexto tiene sus particularidades, como la cultura organizacional, las condiciones laborales y las experiencias individuales, que influyen en la forma en que las personas perciben y valoran las fortalezas institucionales.

Es este caso, el 36,0% de los

empleados de este establecimiento de salud, perciben a la organización como más débil en apertura de la comunicación. Cifra que sugiere la existencia de áreas que podrían fortalecerse para fomentar una comunicación más transparente y efectiva en el ámbito de la seguridad del paciente.

Al analizar las demás dimensiones, se observan puntajes notablemente bajos en las dimensiones de transferencia de información (40,4%), reporte de eventos de seguridad (40,4%), apoyo del supervisor (41,4%), apoyo de la administración (31,4%) y comunicación sobre errores (44,1%). Estos resultados resaltan la necesidad de proponer medidas de mejora específicas relacionadas con la seguridad del paciente.

Comparando con otras investigaciones, se puede apreciar que estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por otros autores. Por ejemplo, Zhu [22] encontró resultados similares en cuanto a la baja transferencia de información y comunicación efectiva en entornos de atención médica. Además, resulta interesante contrastar estos hallazgos con la investigación de Gil [23], donde se observa una situación similar en la dimensión de apoyo en la administración, calificada como oportunidad de mejora es 17,64%.

Otro estudio realizado en Irán [24] reveló resultados semejantes, donde se observó que los ítems vinculados con la comunicación obtuvieron calificaciones más bajas, evidenciándose problemas de comunicación en este entorno de atención. La falta de apertura en la comunicación puede obstaculizar la identificación y la resolución de problemas, aumentando el riesgo de errores médicos o de falta de coordinación en la atención.

CONCLUSIONES

Se observa que la población estudiada, con edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, está mayoritariamente representada por mujeres solteras que residen en áreas urbanas y cuentan con un nivel de educación superior. Este grupo demográfico, que lleva trabajando entre 1 y 5 años en el hospital, constituye aproximadamente el 40% del personal de servicio analizado. Estos hallazgos proporcionan información importante sobre el perfil de los participantes en el establecimiento de salud.

En este estudio, se identificaron dimensiones que destacaron su fortaleza en relación con las mediciones del clima de seguridad del paciente. Estas dimensiones incluyen el aprendizaje organizativo, la percepción personal y del ritmo de trabajo, el trabajo en equipo y la respuesta al error. Se observó que estas áreas mostraron porcentajes iguales o superiores al 45%, lo que sugiere una competencia y efectividad significativas en aspectos clave de la seguridad del paciente. Estos resultados apuntan a la existencia de un clima de seguridad positivo en un hospital ubicado en Carchi, Ecuador.

Los hallazgos revelan áreas de oportunidad, especialmente en apertura a la comunicación, en donde se registró un porcentaje de 36,0% de respuestas

negativas y la transferencia de la información y eventos de seguridad, obtienen un 40,4% de respuestas positivas, que, de acuerdo a la interpretación de la puntuación del instrumento "Encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad en la paciente", significa oportunidades de mejora para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente.

Finalmente, promover la comunicación abierta y transparente, el aprendizaje organizativo, indican la presencia de un clima de seguridad positivo, lo que sugiere que la promoción de un clima de seguridad positivo en los entornos de atención puede contribuir de manera importante en la mejora de la calidad de la atención, beneficiando a los pacientes y al sistema de salud en su conjunto.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece especialmente al Hospital Luis G. Dávila ubicado en Ecuador y a todo el equipo de salud, pues con su colaboración fue posible desarrollar el estudio. A la Universidad Técnica del Norte por ser la institución de formación superior. Y a la PhD Janeth Vaca Auz, especialista en investigación universitaria por su colaboración y compromiso.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés. Este estudio no recibió financiamiento para su elaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. O.M.S. 2002. 24–25 p. Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/mision_medica/Normatividad/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. OMS_Centro de Prensa. 2019. Seguridad del paciente. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
3. Bravo I, Hurtado J, Padilla M. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la salud de instituciones de salud a nivel de Latinoamérica: revisión sistemática 2010-2021 [Internet]. Fundación Universitaria del Área Andina; 2022. Disponible en: https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4141
4. Prieto MMN, Fonseca REP da, Zem-Mascarenhas SH. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en hospitales brasileños a través de HSOPSC: una revisión de alcance. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021;74(6):1–10. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000600302&tlng=en
5. Rocco C, Garrido A. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad - Patient Safety and Safety Culture. Revista Médica Clínica Condes [Internet]. 2017;28(5):785–95. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268
6. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 2020 [Internet].

Osakidetza C, Gasteiz V, editores. Euskadi. Euskadi; 2018. 5–6 p. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjU0c3xrc2EAxVntoQIHSLDDlUQFnoECBgQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.euskadi.eus%2Fcontenidos%2Finformacion%2Fcinfo_estrategia_seg_paciente%2Fes_def%2Fadjuntos%2FESTRATEGIA2020

7. Tosoa G, Golleb L, De Souza T, Gehrke G, Lorod M, Aozaneb F, et al. La Cultura de seguridad del paciente en los hospitales desde la perspectiva de enfermería - Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2016;37(4):1–9. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JsfySZQgzHQ7jNZ6VvGztcP/?lang=pt

8. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. Bio Med Central [Internet]. 2016;3(6):1–15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16584553/

9. Villán YF, Villán YA, Palomar M, Madrid M. Clima de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos españolas en el marco de una estrategia multimodal para la prevención de la bacteriemia relacionada con catéter [Internet]. Universidad Complutense Madrid; 2019. Disponible en: https://docta.ucm.es/entities/publication/228d4301-47f9-439c-9f70-53992bcd6f9e

10. Mascherek A, Schwappach D. Patient safety climate profiles across time: Strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland—A cross-sectional survey study. PLoS One [Internet]. 2017;12(7):1–11. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181410

11. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. Saf Sci [Internet]. 2007;45(6):653–67. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753507000203?via%3Dihub

12. Caldas ARI, Cristinne D silva CK. Evaluacion del clima de seguridad del paciente en un hospital quirurgico oftalmico. Enfermería Global [Internet]. 2018;17(4):17. Disponible en: https://www.proquest.com/scholarly-journals/evaluation-patient-safety-climate-ophthalmic/docview/2126799660/se-2

13. Batista J, Aparecida Rambo Grimm Toledo S, dos Santos A, das Graças Chileider Klasa M, Vasconcelos Fracasso N, Terezinha Heimbecher C. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en

un hospital privado. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022;38(3):1–14. Disponible en: http://orcid.org/0000-0001-9838-1232

14. Azyabi A, Karwowski W. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Public Health [Internet]. 2021;18(2466):36. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2466

15. Ramírez M, González P. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017;14(2):111–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006

16. Gavilanes M, Aucatoma K, Moreno F, Rivas A. La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. Mediciencias UTA [Internet]. 2021;5(3):32–41. Disponible en: https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1189/1068

17. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture 2.0: User's Guide. 2021. 2021.

18. MSP. Ministerio de Salud Pública. Registro Oficial. 2022. Reglamento sustitutivo del reglamento para la aprobación y seguimiento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS). Disponible en: https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/17082-quinto-suplemento-al-registro-oficial-no-118

19. Lee WC, Wung HY, Liao HH, Lo CM, Chang FL, Wang PC, et al. Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. BMC Health Serv Res. 2010;10.

20. Filiz E, Yeşildal M. Adaptación Turca y validación de la Encuesta Hospitalaria revisada sobre Cultura de Seguridad del Paciente (TR – HSOPSC 2.0). BMC Nurs [Internet]. 2022;21(1):1–8. Disponible en: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01112-9

21. Tello García M, Pérez Briones NG, Torres Fuentes B, Nuncio Domínguez JL, Pérez Aguirre DM, Covarrubias Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. Enfermería Global [Internet]. 2023;22(2):111–38. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

22. Zhu J. Measurement equivalence of patient safety climate in Chinese hospitals: Can we compare across physicians and nurses? International Journal for Quality in Health Care. 2019;31(6):411–8.

23. Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, Moyano-Hernández C, Sánchez-Morales P, Andrés-Martínez M, et al. Valoración de la cultura de seguridad del paciente en la UCI de un hospital de segundo nivel al finalizar la tercera oleada de

COVID-19. Enferm Intensiva [Internet]. 2020;33(4). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8641921/

24. Saber A, Farbod E, Aziz R, Akbar A, Vahid R, Khalil K. Patient safety culture in hospitals of Iran: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran [Internet]. 2015;29(1):724–36. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715392/