

Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia

Patient Safety Culture Observed at Six Surgical Centers in Antioquia, Colombia

Cultura da segurança do paciente em seis centros cirúrgicos em Antioquia

Ángela María Salazar Maya¹, Diana Marcela Restrepo Marín²

Histórico

Recibido:

25 de febrero de 2019

Aceptado:

3 de febrero de 2020

1 Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. E-mail:

angela.salazar@udea.edu.co

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-7599-1193>

2 Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería E-mail:

diana.restrepo4@udea.edu.co

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-6418-5492>

Resumen

Introducción: Colombia, como otros países promueve políticas de seguridad al paciente para reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos. **Objetivo:** identificar la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos de Antioquia a través de las dimensiones descritas por el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico transversal descriptivo realizado en instituciones de 2, 3 y 4 nivel complejidad del departamento de Antioquia; de noviembre de 2016 a noviembre de 2018. Se aplicó el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* propuesto por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a 514 trabajadores del área de la salud. **Resultados:** En una escala de cero a diez, el promedio del clima de seguridad en los servicios de cirugía es 8. El 62% de las respuestas sobre la percepción de la cultura de la seguridad fue positiva. Las de mayor puntuación fueron: *aprendizaje organizacional/mejora continua* en 82,94% de los trabajadores; en el *trabajo en equipo en el servicio*, 82,94%. Las de menor puntuación fueron: *respuesta no punitiva a errores* 46,25%; y *franqueza en comunicación* 45,38%. **Discusión:** las dimensiones con mayor y menor puntuación reportadas en la investigación son comparables con las reportadas en otros estudios y requiere atención del sistema de salud y de las direcciones de las instituciones. **Conclusión:** Se detectaron fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad de los pacientes. En cuanto a las Fortalezas: el *Aprendizaje organizacional/mejora continua* y el *Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio*.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Investigación en Servicios de Salud.

Abstract

Introduction: Colombia, just like other countries, promotes patient safety policies to reduce and, if possible, eliminate the occurrence of adverse events. **Objective:** To identify the patient safety culture at six surgical centers located in Antioquia using the dimensions described in the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument. **Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional multicenter study was conducted at different healthcare institutions providing secondary, tertiary and quaternary levels of care between November 2016 and November 2018 in the department of Antioquia. The Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument proposed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) was applied to 514 health workers. **Results:** On a scale of zero to ten, the average safety perception in surgical services is 8. 62% of the responses regarding the perception of safety culture were positive. The highest scores were organizational learning/continuous improvement in 82.94% of the workers and service teamwork in 82.94%. The lowest scores were a nonpunitive response to errors in 46.25% and communication openness in 45.38%. **Discussion:** The dimensions with the highest and lowest scores reported in the research are comparable to those reported in other studies and require attention from the healthcare system and the directors of the institutions. **Conclusion:** Strengths and weaknesses in the patient safety culture were detected. The strengths were organizational learning/continuous improvement and teamwork at the unit/service.

Key words: Patient Safety; Quality of Health Care; Health Services Research.

Resumo

Introdução: A Colômbia, como outros países, promove políticas de segurança do paciente para reduzir e, se possível, eliminar a ocorrência de eventos adversos. **Objetivo:** Identificar a cultura de segurança em seis centros cirúrgicos em Antioquia através das dimensões descritas no instrumento “Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente”. **Materiais e métodos:** Estudo multicêntrico transversal descriptivo realizado em instituições de nível 2, 3 e 4 de complexidade no departamento de Antioquia; de novembro de 2016 a novembro de 2018. O instrumento “Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente”, proposto pela Agência de Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde (AHRQ em inglês) foi aplicado a 514 trabalhadores na área da saúde. **Resultados:** Em uma escala de zero a dez, o clima médio de segurança nos serviços cirúrgicos é 8. 62% das respostas relativas à percepção da cultura de segurança foram positivas. Aqueles com as pontuações mais altas foram aprendizagem organizacional/melhoria contínua em 82,94% dos trabalhadores; no trabalho em equipe no serviço em 82,94%. Aqueles com as pontuações mais baixas foram resposta não punitiva a erros em 46,25%; e abertura na comunicação em 45,38%. **Discussão:** as dimensões com as pontuações mais altas e mais baixas relatadas na pesquisa são comparáveis às relatadas em outros estudos e requerem atenção do sistema de saúde e das orientações das instituições. **Conclusões:** Pontos fortes e fracos foram detectados na cultura de segurança do paciente. Em relação aos pontos fortes foram aprendizado organizacional/melhoria contínua e trabalho em equipe na unidade/serviço.

Palavras Chave: Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

INTRODUCCIÓN

La seguridad ha estado presente en la enfermería desde Florence Nightingale quien la centró en el entorno y la definió como: “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que puede prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte”¹. Virginia Henderson identificó 14 necesidades humanas básicas, y la novena la define como: “evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros”² en las que basó la atención de enfermería. Faye Glenn Abdellah formuló los 21 problemas de enfermería, el tercero de ellos lo define como: “promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones y otros tipos de traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de infecciones”². Necesidad perdurable durante el ciclo vital; la cual debe estar presente en nuestro entorno para neutralizar situaciones de peligro sobre todo cuando el paciente requiere una intervención quirúrgica².

En el mismo sentido, el editorial de la revista estadounidense *Medical Quality*³ en 2019, recuerda el vigésimo aniversario del libro *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, el cual trata de “eventos adversos”⁴ los cuales se definen como lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

Entre ellos, están los relacionados con las infecciones asociadas a la atención en salud, a procedimientos y la medicación⁵. El estudio de Zarate et al⁶, reportó que la mayoría de los eventos adversos se clasificaron como cuasi falla en un 50% y no causaron daño al paciente, aunque la mitad de estos requirieron monitorización, el 22% ocasionó daño temporal, y el 2,2% causaron daño que oscilo entre muy grave o letal. En cuanto a su prevención el 70,5% fue evitable, el 20,2% probablemente evitable, y el 5,9% posiblemente inevitable, el 1,7% inevitable y en 1,7% no se reportó el tipo de evitabilidad.

Así mismo, el estudio de Achury et al⁷, reportó que el 34 % de eventos se relacionaron con el cuidado, de ellos el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles. Además, encontraron que podrían estar relacionados con la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento inadecuado.

Es importante anotar que la atención en salud es cada vez más compleja, la tecnología sofisticada y la atención involucra una variedad de profesionales de la salud, así como una diversidad de prácticas. Por consiguiente, la atención en salud entraña más riesgos potenciales⁸ que afectan la seguridad del paciente.

Por otro lado, del 28 a 32% de la carga mundial de enfermedad puede ser atribuidas a condiciones tratables quirúrgicamente, que incorpora una amplia gama de patologías, lo que puede llevar a la pérdida del bienestar o de la vida de millones de personas y frena el desarrollo económico de los países, como lo ha descrito los cinco mensajes claves del informe de Cirugía Global 2030⁹:

“a. billones de personas carecen de acceso a cirugía y anestesia segura, económica y oportuna... b. 143 millones de procedimientos quirúrgicos son necesarios cada año para salvar vidas y prevenir la discapacidad... c. cada año 33 millones de personas se enfrentan a gastos catastróficos debido al pago de cirugías y anestesia... d. la inversión en los servicios quirúrgicos y de anestesia es costeable, salva vidas, y promueve el crecimiento económico y e. la cirugía es una parte indivisible e indispensable de la salud...” (pag 1- 4).

En este contexto, se estima que se realizan anualmente 312,9 millones de procedimientos quirúrgicos en todo el mundo¹⁰.

Así mismo, la cirugía puede salvar vidas, pero también conlleva riesgos. Lamentablemente, las complicaciones se han medido poco en muchas partes del mundo, *verbi gratia*, en los países industrializados, la tasa de mortalidad de cirugía es de 0,4% al 0,8%, y la tasa de complicaciones mayores está entre el 3% y 17%¹⁰.

Colombia, como otros países promueve políticas de seguridad al paciente con el fin de evitar situaciones que afecten su bienestar y su salud, asimismo, reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos. En 2014 lanzó la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”¹¹ para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Para lograrlo, se hace necesario que las instituciones emprendan campañas en pro de la cultura de la seguridad en los servicios de cirugía, se capacite al equipo de salud en seguridad a través de diferentes estrategias pedagógicas como la simulación, muy utilizada en la aviación¹².

La cultura de seguridad del paciente se define como el “conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir”¹³ instituciones como *National Health Service* (NHS) y, el *National Quality Forum* (NQF) han recomendado a través de los años la medición de la cultura de la seguridad como una recomendación básica y un asunto clave para evitar, en lo posible, la aparición de efectos adversos, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implementar las estrategias para evitar su repetición. Igualmente, se reconoce que implementar una cultura de seguridad del paciente en las instituciones no es fácil debido a los cambios de hábitos y costumbres en el personal de salud. No obstante, si esta se logra, facilitaría la ejecución de prácticas seguras en la atención de los usuarios.

Por lo expuesto anteriormente, surge como objetivo: identificar la cultura de seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia a través de las dimensiones descritas por el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y muestra. Se realizó un estudio cuantitativo multicéntrico transversal descriptivo¹⁴ siguiendo los lineamientos del STROBE¹⁵. De noviembre de 2016 a noviembre de 2018. Cuya población objetivo fueron los profesionales de la salud que intervienen en los procesos quirúrgicos de seis hospitales del departamento de Antioquia. El muestreo fue no probabilístico, los sujetos de investigación se

seleccionaron a conveniencia previa invitación abierta y en él participaron 514. Los criterios de inclusión: médicos, enfermeras, instrumentadores, y auxiliares de enfermería que contaran con más de seis meses de trabajo en el centro quirúrgico de la institución. Los criterios de exclusión: otro personal que trabaje en el centro quirúrgico que no tenga contacto directo con el paciente: farmacia, camilleros, secretarias, etc.

Instrumento.

El instrumento fue diseñado para evaluar las percepciones del personal de los hospitales acerca de los problemas de seguridad del paciente, errores médicos y la información de eventos, llamado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*¹⁶ (Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales), propuesto por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). El cual se ha traducido a diferentes idiomas entre ellos al español. Fue validado en español y utilizado en España por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia con α de Cronbach que oscilo entre 0,64 a 0,88. En Colombia ha sido utilizado por diferentes instituciones y autores entre ellos la Fundación Santa Fe de Bogotá en su Hospital Universitario y el Centro Médico Imbanaco¹⁷ y Gómez Ramírez y et al¹⁸, entre otras.

El instrumento consta de 12 dimensiones: Aprendizaje organizacional/mejora continua; Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio; Notificación de eventos relacionados con la seguridad; Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio; Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades; Feedback y comunicación sobre errores; Trabajo en equipo entre unidades/servicios; Percepción global de seguridad; Dotación de personal; Respuesta no punitiva a los errores; Franqueza en la comunicación. Las preguntas son respondidas mediante escala de likert.

El cuestionario incluye adicionalmente 9 preguntas de selección múltiple, para realizar una caracterización laboral del personal participante. Este instrumento consta 42 ítems (preguntas) para evaluar 12 dimensiones (3 a 4 preguntas por dimensión). Se utilizó la traducción al español de la AHRQ para facilitar su aplicación.

Método de recolección. Para recolectar la muestra los investigadores asistieron a los diferentes centros y entregaban el consentimiento informado y el instrumento para la recolección de información: *Hospital Survey on Patient Safety Culture*¹⁶. Cada participante lo auto-diligenció.

Análisis de datos. El análisis de la información se realizó con el software *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS 23. El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. En el análisis de cada ítem se conserva las opciones de respuesta originales, pero para el análisis global por dimensiones, se invierte la escala de las preguntas que están formuladas en sentido negativo para facilitar el análisis. Por recomendación de AHRQ, se recodificó la escala de Likert en tres categorías: negativo, neutral y positivo¹⁹. ([Ver cuadro 1](#)).

Cuadro 1. Recodificación escala de likert

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. 2018: 30. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/usersguide/hospitalusersguide.pdf>.

Con esta codificación se calcularon las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión. Adicionalmente, por recomendación de AHRQ, los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon con la siguiente fórmula¹⁹:

Σ Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

El análisis y clasificación de fortalezas y oportunidades de mejora se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto, siguiendo los criterios descritos en el [cuadro 2](#). en forma global (todos los hospitales) así como por tipo de institución pública o privada. Los datos se resumieron como porcentajes, medias y desviaciones estándar. Para evaluar la consistencia interna de las dimensiones del cuestionario total y de sus dimensiones en esta población se calculó el α de Cronbach¹⁹.

Cuadro 2. Criterios para clasificar fortalezas y debilidades según AHRQ**Criterios para clasificar dimensión como fortaleza**

$\geq 75\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.

$\geq 75\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Criterios para clasificar dimensión como oportunidad de mejora

$\geq 50\%$ de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.

$\geq 50\%$ de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Fuente: Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. 2018: 30. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/usersguide/hospitalusersguide.pdf>

Aspectos éticos. Según la resolución 8430 de 1993²⁰, que regula la investigación con seres humanos en el país, esta se clasificó como de riesgo mínimo. El Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, dio su aval en el Acta N° CEI-FE 2013-15, como también los comités de ética y científicos de cada una de las instituciones participantes. Asimismo, se obtuvo el permiso para el uso del instrumento por la AHRQ.

RESULTADOS

Los hospitales que participaron del estudio se analizaron como hospitales públicos (n=4) y hospitales privados (n=2). Participaron el total: 514 trabajadores. Al analizar la participación del personal por oficio según el tipo de institución se encuentra, en primer lugar, la participación de auxiliares de enfermería 44% (n: 227), seguido de cirujanos 19% (n: 96); en este ítem se incluyeron todas las especialidades quirúrgicas, anesthesiólogos 15,4% (n: 79), instrumentadoras 14,4% (n: 74), enfermeras 7,4% (n: 38). (Ver figura 1). En cuanto al contacto que tiene el personal encuestado con los pacientes, se encontró que el 96,5% (n: 493) de los encuestados tiene contacto directo con ellos.

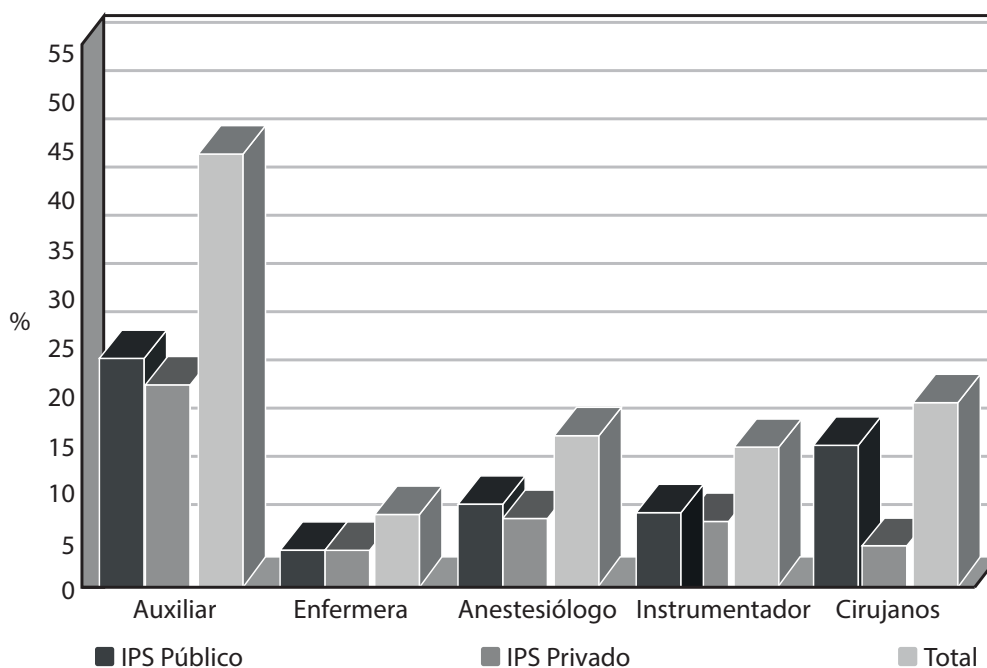


Figura 1. Distribución de participantes por oficio e Institución Prestadora de Salud (IPS) pública o privada Caracterización laboral de la población.

La media del tiempo laborado en el servicio de cirugía fue de 8,2 años (DS 7,4 años); la media de años ejerciendo la labor actual fue de 12,4 años (DS 8,8 años) ([Ver tabla 1](#)).

Tabla 1. Características laborales de la población

Característica	Media	± DE
Años desempeñando oficio actual	12,4	± 8,8
Años laborados en la institución	9,5	± 7,9
Años laborando en cirugía	8,2	± 7,4
Horas laboradas en semana	45	± 14
Número de incidentes en el último año	2	± 5

Al realizar el análisis global de las dimensiones se observan las fortalezas (porcentajes mayores al 75%) en dos dimensiones: Primero, *aprendizaje organizacional/mejora continua* con una percepción positiva del 82,94% de los trabajadores; y, segundo, *trabajo en equipo en la Unidad/Servicio*, 82,94%. Las dos dimensiones que puntuaron más bajo son: *respuesta no punitiva a los errores* 46,25%, *franqueza en la comunicación* 45,38%. Adicionalmente, se verificó la consistencia interna del instrumento a partir de la medición del α de Cronbach del instrumento 0,90 y de cada dimensión. Se encontró un rango de 0,172 a 0,790 por dimensión ([ver tabla 2](#)).

Tabla 2. Porcentaje de respuesta positiva, neutras y negativas de cada dimensión y valor del α Cronbach

Dimensión	Negativo	Neutro	Positivo	α Cronbach
1. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	8,14	8,92	82,94	0.593
2. Aprendizaje organizacional/mejora continua	8,27	8,79	82,94	0.627
3. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	16,51	12,68	70,81	0.721
4. Notificación de eventos relacionados con la seguridad	31,97	21,12	70,24	0.790
5. Expectativas y acciones de la dirección Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	14,90	15,09	70,01	0.694
6. Feed-back y comunicación sobre errores	15,58	24,77	59,65	0.711
7. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	27,92	25,92	57,25	0.746
8. Percepción global de seguridad	30,80	12,27	56,92	0.172
9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	22,84	20,94	56,21	0.686
10. Dotación de personal	39,18	10,01	50,81	0.505
11. Respuesta no punitiva a los errores	40,33	13,42	46,25	0.580
12. Franqueza en la comunicación	21,20	33,42	45,38	0.565
CULTURA DE SEGURIDAD TOTAL	21,57	15,98	62,45	0.90

Calificación del clima de seguridad

En una escala de 0 (cero) a 10 (diez), la calificación promedio del clima de seguridad en el servicio de cirugía de las instituciones fue de 8. Por otra parte, en las instituciones se reportó una media de 2 eventos adversos en el último año (DS 5 eventos). El 62,45% de las respuestas sobre la percepción de la cultura de la seguridad fue positiva. El resumen de la percepción por instituciones se describe en la [Tabla 3](#). Siendo la institución privada 1 la que mayor puntaje alcanza, seguida de la institución pública 3.

Tabla 3. Percepción de la cultura de la seguridad por instituciones

Dimensión		Institución											
		Pública # 1		Pública # 2		Pública # 3		Pública # 4		Privada # 1		Privada # 2	
		Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Notificación de eventos relacionados con la seguridad	Negativo	42	12,43	14	6,97	11	5,39	15	10,42	10	4,24	41	9,86
	Neutral	90	26,63	50	24,88	38	18,63	32	22,22	28	11,86	87	20,91
	Positivo	206	60,95	137	68,16	155	75,98	97	67,36	198	83,90	288	69,23
Percepción global de seguridad	Negativo	132	29,73	86	32,58	76	28,04	80	42,11	95	30,45	156	28,47
	Neutral	59	13,29	41	15,53	38	14,02	31	16,32	31	9,94	49	8,94
	Positivo	253	56,98	137	51,89	157	57,93	79	41,58	186	59,62	343	62,59
Expectativas y acciones de la dirección Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad	Negativo	57	12,61	31	11,57	58	21,32	32	16,75	57	18,04	71	12,79
	Neutral	56	12,39	34	12,69	40	14,71	52	27,23	51	16,14	77	13,87
	Positivo	339	75,00	203	75,75	174	63,97	107	56,02	208	65,82	407	73,33
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Negativo	25	7,40	13	6,47	8	3,94	29	20,57	14	5,93	38	9,11
	Neutral	39	11,54	20	9,95	16	7,88	21	14,89	15	6,36	24	5,76
	Positivo	274	81,07	168	83,58	179	88,18	91	64,54	207	87,71	355	85,13
Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	Negativo	42	9,33	29	10,82	24	8,82	18	9,38	30	9,49	24	4,33
	Neutral	45	10,00	31	11,57	20	7,35	31	16,15	25	7,91	31	5,60
	Positivo	363	80,67	208	77,61	228	83,82	143	74,48	261	82,59	499	90,07
Franqueza en la comunicación	Negativo	66	19,53	45	22,39	43	21,08	39	27,27	43	18,22	90	21,63
	Neutral	106	31,36	83	41,29	65	31,86	53	37,06	70	29,66	137	32,93
	Positivo	166	49,11	73	36,32	96	47,06	51	35,66	123	52,12	189	45,43
Feed-back y comunicación sobre errores	Negativo	83	24,56	17	8,54	25	12,38	23	15,97	16	6,81	75	18,03
	Neutral	66	19,53	63	31,66	46	22,77	51	35,42	55	23,40	99	23,80
	Positivo	189	55,92	119	59,80	131	64,85	70	48,61	164	69,79	242	58,17
Respuesta no punitiva a los errores	Negativo	109	32,44	67	33,33	74	36,27	68	47,89	91	38,56	210	50,48
	Neutral	50	14,88	40	19,90	20	9,80	25	17,61	32	13,56	39	9,38
	Positivo	177	52,68	94	46,77	110	53,92	49	34,51	113	47,88	167	40,14
Dotación de personal	Negativo	168	37,17	98	36,57	90	33,21	100	52,36	134	42,68	212	38,48
	Neutral	50	11,06	21	7,84	35	12,92	18	9,42	27	8,60	54	9,80
	Positivo	234	51,77	149	55,60	146	53,87	73	38,22	153	48,73	285	51,72
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Negativo	47	13,86	43	21,39	20	9,80	34	23,61	26	11,02	84	20,29
	Neutral	57	16,81	26	12,94	11	5,39	34	23,61	17	7,20	50	12,08
	Positivo	235	69,32	132	65,67	173	84,80	76	52,78	193	81,78	280	67,63
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Negativo	106	23,50	43	16,04	51	18,75	63	32,81	69	21,84	137	24,73
	Neutral	101	22,39	58	21,64	63	23,16	53	27,60	53	16,77	102	18,41
	Positivo	244	54,10	167	62,31	158	58,09	76	39,58	194	61,39	315	56,86
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Negativo	149	33,26	64	23,97	85	31,25	73	38,02	63	20,00	138	24,86
	Neutral	63	14,06	52	23,97	42	15,44	43	22,40	35	11,11	69	12,43
	Positivo	236	52,68	151	23,97	145	53,31	76	39,58	217	68,89	348	62,70
CULTURA DE SEGURIDAD TOTAL	Negativo	1026	21,72	550	19,59	565	19,82	574	28,61	648	19,61	1276	21,95
	Neutral	782	16,55	519	18,49	434	15,22	444	22,13	439	13,29	818	14,07
	Positivo	2916	61,73	1738	61,92	1852	64,96	988	49,25	2217	67,10	3718	63,97
	Total	4724	100,00	2807	100,00	2851	100,00	2006	100,00	3304	100,00	5812	100,00

DISCUSIÓN

La presente investigación aporta al conocimiento de la percepción de la seguridad en el contexto quirúrgico, a pesar del tiempo trabajado en el tema, aún hay mucho que trabajar. Los datos reportan que el personal de salud califica el clima de seguridad general de cada uno de los centros de forma positiva, ya que en una escala de 1 a 10 está valorada en promedio en 8.

La participación del personal fue voluntaria en los diferentes centros, el mayor porcentaje de encuestados fueron auxiliares de enfermería 44%, debido a que en Colombia el equipo de enfermería en su mayoría lo conforman auxiliares, lo que difiere con lo encontrado por Mekonnen et al²¹, en Etiopía con participación principal de enfermeras (39,3%) y por Carvalho et al²², en Brasil, donde los médicos fueron los profesionales que más participaron (73; 33,6%). En cuanto a la experiencia laboral Carvalho et al²², la encuentran entre 11 y 20 años (22,1%), con una media de 9,9 años (SD: 9,2), en el presente estudio se encontró de 12,4 años (DS: 8,8).

Al analizar las dimensiones del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ surgen como fortalezas las siguientes dimensiones: *Aprendizaje organizacional - mejora continua*, la cual representa una cultura de aprendizaje en la que los errores conducen a resultados y cambios, indica que las instituciones desarrollan actividades para mejorar la seguridad, implementan medidas apropiadas para evitar que ocurran nuevamente riesgos en los pacientes, así como también evalúan cambios relacionados con la seguridad²³.

Al comparar la dimensión del presente estudio 82,94% con la literatura se encontró que es superior a los reportados por la AHRQ en su base de datos del 72%²⁴; al metaanálisis de Hori et al., que reportó 70%²⁵; Marsteller et al., 66,6%²⁶. Similar a los estudios de Wang M y Tao H²⁷ de 80,15%; Qin Shu BM et al., 79,1%²⁸; y de El-Jardali F et al., de 79,6%²⁹; pero inferior al estudio de Omán que reportó 84%³⁰, la mayoría de las organizaciones realizan un esfuerzo por mejorar la seguridad.

El trabajo en equipo en la unidad/servicio. Explora aspectos relacionados con el apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en una situación normal, así como en una de sobredemanda²³. El estudio reportó una puntuación de 82,94%, inferior al reportado por Qin Shu BM et al, de 88,9%²⁸; y similar a los obtenidos en los estudios de Oman que reporta 83%³⁰; de la AHRQ 82%²⁴; y de Wang M y Tao H de 80,62%²⁷; superior al trabajo reportado por El-Jardali F et al²⁹, de 78,5%; Marsteller et al²⁶, 73,5%; el meta análisis de Hori reportó 73%²⁵; además, la revisión sistemática de Azami-Aghdash et al., de 67,4%³¹; el estudio de Mella et al, 64,6% de respuestas positivas³². Lo que enseña que en cirugía hay trabajo en equipo pues para llevar a cabo sus tareas es tan importante en la cadena de servicio el personal que no está en contacto directo con el paciente como el que lo está, pues se requiere un verdadero equipo de trabajo para el logro de los objetivos propuestos y llevar a feliz término la programación planeada.

Las dimensiones que puntúan por debajo del 70% son las siguientes:

La notificación de eventos relacionados con la seguridad, explora los errores corregidos antes de afectar al paciente, y los que podrían dañar al paciente, pero no lo hacen²³. El estudio puntuó (70.24%), superior a lo notificado por los siguientes estudios: AHRQ 67% positivas²⁴; Oman 65%³⁰; Qin Shu BM et al., 63,7%²⁸; El-Jardali F et al., 59,4%²⁹; Hori et al., 48%²⁵; Marsteller JA et al²⁶, reportaron un porcentaje de respuestas positivas de 48,6%; Azami-Aghdash S et al, 47,3%³¹ y Wang M, Tao H 32,22%²⁷. Contrario a lo que presentó el estudio de Pérez-Bolaños del 87% de respuestas positivas³³. Sin embargo, esta dimensión requiere un trabajo profundo en cada una de las instituciones donde el personal libremente pueda presentar sus eventos adversos, o cuasi errores pues aún hay temor para reportar estos asuntos, pues las consecuencias pueden ser la pérdida del empleo o el reporte en la hoja de vida.

Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, se relaciona con el clima de trabajo que proporciona la gerencia promoviendo la seguridad como una prioridad²³. El estudio reportó 70,81%, es una indicación de que el equipo de gestión proporciona un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente, pero puede ser mejorada; inferior a lo reportado por los estudios de Pérez-Bolaños del 84,6% de respuestas positivas³³; Qin Shu BM et al., 81,1²⁸ y de la base de datos de AHRQ 72% de respuestas positivas²⁴. Pero superior a los reportados en los estudios de Oman 67%³⁰; Marsteller JA et al²⁶, puntuó 65,8%; Wang M, Tao H, 61,83²⁷; Mella et al., reportó 58,3%³²; Azami-Aghdash S et al., 53,3%³¹ y Hori et al, 53%²⁵. Lo que nos enseña que se requiere una verdadera integración de la gerencia al apoyo de la seguridad del paciente, no solo que este entre sus políticas de acción, sino que verdaderamente se muestre un interés de las directivas dentro de la organización.

Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio, explora como los supervisores/gerentes consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente, elogiar al personal por realizar procedimientos de seguridad al paciente, y no pasar por alto problemas de seguridad del paciente²³. En el presente estudio fue de 70,01%, inferior a lo reportado por la base de datos de AHRQ 80% positivas²⁴ y el estudio de Qin Shu BM et al., 73,3²⁸. Superior a lo reportado en los estudios de Wang M, Tao H, 69,42%²⁷; Mella et al, reportó 67%³²; Marsteller JA et al, 66,2%²⁶; Hori y et al, 61%²⁵; El-Jardali Fy et al, 60,6%²⁹; Oman 60%³⁰; y Azami-Aghdash S et al, 58,1%³¹. Aunque con datos más bajos que la dimensión de apoyo de la gerencia se relaciona con las acciones de la dirección y supervisión de la unidad o servicio. Si no hay un verdadero interés de la gerencia en los asuntos de seguridad probablemente en la dirección de la unidad tampoco lo haya.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, explora la información de la atención al paciente cuando se transfiere a través de las unidades hospitalarias y en los cambios de turno²³, en el presente puntuó 57,25%, inferior a lo reportado por: Pérez-Bolaños del 94,4% de respuestas positivas³³; Wang M, Tao H 65,40%²⁷ y superior a los reportados por El-Jardali F et al, 51,5%²⁹; Qin Shu BM et al, 48,6%²⁸; AHRQ 48% positivas²⁴; Hori y et al, 45%²⁵; Oman 44%³⁰ Azami-Aghdash S et al³¹, 36,4% Marsteller JA et al²⁶, con 39,9% de respuestas positivas y el estudio de Mella et al., reportó 48,6%³² de respuestas negativas; El asunto de comunicación está presente como problema no solo en esta investigación, sino en muchas otras, pues la comunicación del estado y evolución del paciente ha estado reportada en muchos estudios probablemente la técnica SBAR³⁴ puede colaborar para mejorar y estandarizar la entrega de los pacientes, pero también requiere de la creación de una cultura en la manera como damos la información de los pacientes que están a cargo del cuidado.

Feed-back y comunicación sobre errores, se relaciona con la información dada al personal sobre los errores que ocurren, la retroalimentación sobre los cambios implementados, y la discusión sobre la prevención de los errores²³, puntuó 59,65%; inferior a lo reportado por AHRQ 69% de respuestas positivas²⁴; Qin Shu BM et al., 67,9%²⁸; El-Jardali F et al, 63,3%²⁹; el estudio de Oman 62%³⁰; Wang M, Tao H 60,98%²⁷; Hori et al, 54%²⁵; Azami-Aghdash S et al, 52%³¹ y Marsteller JA et al²⁶, 46,9%. En cambio, en el estudio de Pérez-Bolaños registró 72,1% de respuestas positivas³³.

En la gran mayoría de los revisados se muestra la pobre retroalimentación que se imparte entre el equipo de salud sobre los errores para poder prevenirlos.

Trabajo en equipo entre unidades/servicios, explora la cooperación y coordinación dada entre las unidades hospitalarias para proporcionar la mejor atención a los pacientes²³ con un porcentaje de respuestas positivas de 56,21%, muy inferior a lo reportado por: el estudio de Pérez-Bolaños del 90% de respuestas positivas³³; Qin Shu BM et al, 69,0%²⁸; Wang M, Tao H 65,98%²⁷; Oman 83%³⁰; AHRQ 62% positivas²⁴; El-Jardali.,61,6%²⁹ el trabajo de Marsteller JA²⁶, puntuó 54,4% similar al presente, y superior a Hori et al, 50%²⁵ y Azami-Aghdash S et al, 47,4%³¹.

Percepciones global de seguridad, definida como una indicación de buenos procedimientos y sistemas para prevenir errores y la falta de problemas de seguridad del paciente²³. El porcentaje de respuesta positiva para este estudio fue de 56,92% más bajo que los estudios de Pérez-Bolaños del 88,9% de respuestas positivas³³, Marsteller JA et al²⁶ reportó 66,2%, AHRQ 66% positivas²⁴; El-Jardali et al.,65,3%²⁹; Wang M, Tao H 58,89%²⁷; pero superior a los estudios de Hori y et al, 54%²⁵; Azami-Aghdash S y et al, 53,2%³¹; Oman 53%³⁰; Qin Shu BM y et al, 48,1%²⁸.

Las dimensiones con puntuaciones inferiores al 50% se relacionan con: *la Franqueza en la comunicación*, *Respuestas no punitivas a los errores*, *Dotación de personal*, las cuales requieren estrategias para su mejoramiento.

Dotación de personal, muestra si una unidad de cuidado de la salud tiene una adecuada asignación de personal para manejar la carga de trabajo y si las horas de trabajo son apropiadas para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes²³. El porcentaje de las respuestas positivas para esta dimensión es el más bajo para la cultura de seguridad del paciente en la encuesta de Qin Shu et al, 29,4%²⁸; Oman reporta el 30%³⁰; El-Jardali F et al, 35,1%²⁹; el metaanálisis reporta 36%²⁵ y Wang M y Tao H²⁷ de 37,71%. Comparada con la nuestra que fue de 50,81% y diferente de la AHRQ, que fue de 53%²⁴. En cambio, el estudio de Mella et al., lo reporta con un porcentaje de 60,1% de respuestas negativas³².

La respuesta no punitiva al error mide lo que el personal del hospital siente con relación a que sus errores no conllevan consecuencias de tipo administrativo, pecuniario o de otra índole en contra ellos, y que, a su vez, no se guarden en su archivo personal. La tasa de respuesta positiva para esta dimensión fue inferior al 50%. En el presente estudio de 46,25%, similar al reportado por la AHRQ en su base de datos 47%²⁴ pero superior a los estudios reportados por Qin Shu BM, 18,2%²⁸; Oman 25%³⁰; El-Jardali F et al²⁹, 26,8%; la revisión sistemática de los 10 hospitales iraníes 32,4%³¹; el meta análisis de Hori 33%²⁵; Marsteller et al, 37,7%²⁶ y Wang M y Tao H²⁷ 38,68%.

La “Franqueza en la comunicación” estudia la libertad que tiene el personal para tratar las situaciones que condicionan un evento adverso²³. Fue la dimensión con más bajo puntaje en el estudio, 45,38%. No obstante, lo anterior, se encuentra en oportunidad de mejora al igual que el estudio de Qin Shu BM 38,7%²⁵; El-Jardali F et al²⁹, 42,9%; meta análisis de Hori reporta 47%²⁵.

Estudios como los de Marsteller et al²⁶, reportaron 51,5%; Omán reportó 54%³⁰; Wang M y Tao H²⁷ de 55,93; AHRQ en su base de datos 66%²⁴.

El análisis de confiabilidad de las dimensiones mostró una consistencia interna satisfactoria, con α de Cronbach = 0,9, superior a lo encontrado por autores como Mekonnen et al²¹, en Etiopia y Carvalho et al²², en Brasil, con α de Cronbach de 0,77 y 0,84 respectivamente. A su vez, hay similitud con la

variación entre las dimensiones de ambos estudios que oscilan entre 0,16 a 0,75 (Etiopia) y 0,4 a 0,76 (Brasil). En el presente estudio variaron de 0,172 a 0,790. En el estudio realizado en Etiopia se halló el coeficiente más alto en la dimensión “Notificación de eventos relacionados con la seguridad” resultado similar a este.

Percepción del clima de seguridad. En general, la tasa de respuesta positiva media para las 12 dimensiones de cultura de seguridad de pacientes en Antioquia fue de 62,45% inferior a la reportada por AHRQ- en su base de datos *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report* del 65%²⁴ y superior a la reportada en los hospitales iraníes que fue del 50,5%³¹ y en el estudio de Etiopia, 46%²¹. Al igual que el estudio de Carvalho et al²², otras investigaciones en el contexto internacional sugieren que las puntuaciones superiores a 80 indican un fuerte consenso entre los profesionales sobre el clima de seguridad.

Similar al estudio desarrollado por Gama Zenewton André da Silva et al³⁵, en el que los participantes consideran que su unidad/servicio tiene un grado de seguridad moderadamente alto (calificación 7,3), aunque mejorable. En el presente trabajo de investigación la calificación fue de 8.

Una de las principales limitaciones del estudio fue la participación de las instituciones de salud y del personal, aunque en el caso del personal fue voluntaria y anónima, muchos no aceptaron participar; por lo tanto, la selección de los participantes no fue aleatoria y se observó más participación de algunos oficios que de otros. En cuanto a las instituciones, por tratarse de un tema sensible relacionado directamente con la seguridad del paciente, algunas fueron invitadas y se negaron. Solo una institución se retiró en el transcurso de la investigación, lo que prolongó el tiempo de recolección de datos. Por ser un estudio transversal los resultados evaluados en el estudio reflejan la situación de la institución en el momento de la medición y esta puede cambiar. Para evitar sesgos las investigadoras permitían que los participantes diligenciaran de forma individual, las encuestas y en la tabulación de los datos la realizó una persona y posteriormente se revisaron todas las encuestas.

CONCLUSIONES

El mayor personal de la muestra fueron las auxiliares de enfermería, seguido de los médicos cirujanos de las diferentes especialidades y los anestesiólogos, instrumentadores y el menor personal fueron las enfermeras. Estos se caracterizaron por llevar más de 8 años trabajando en los servicios de cirugía y ejerciendo su labor más de 12 años, con un promedio de 45 horas a la semana; es decir, el personal de dichos centros tiene amplia experiencia laboral, lo que podría aumentar el conocimiento acerca de riesgos inherentes al servicio.

El Aprendizaje organizacional/mejora continua y el Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio son percibidas como fortalezas en las seis instituciones; por tanto, el personal es proactivo en relación con la seguridad del paciente. En cuanto al *trabajo en equipo* dentro de los servicios de cirugía se observó el apoyo mutuo, la colaboración como un equipo, el trato respetuoso y, cuando hay sobrecarga, se cuenta con ayuda de los compañeros.

El instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* permite la comparación de resultados con estudios realizados en otras partes del mundo y aporta información para que las instituciones inicien o continúen trabajando en la cultura de la seguridad y su mejoramiento a partir de diversas intervenciones en pro de la calidad de la atención en salud.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Nightingale F.** Notas de Enfermería ¿qué es y qué no es? Barcelona: Salvat.1990
2. **Pokorry ME.** Nursing theorists of historical significance. In: Raile alligood M. Nursing theorists and their work. 9 ed. St. Louis Missouri: *Elsevier*; 2018. 11-47.
3. **Li E, Nash DB.** The gift of fine China: an appropriate 20th anniversary look back. *Am J Med Qual.* 2019; 4(5):425-29. <https://doi.org/10.1177/1062860619865143>
4. **Seguridad del paciente:** glosario. *Arch. argent. pediatr.*2015; 113(5): 469-72. <https://doi.org/10.5546/aap.2015.469>
5. **Parra CV, López JS, Bejarano CH, Puerto AH, Galeano ML.** Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2017; 35(2): 284-92. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>
6. **Zárate-Grajales RA, Salcedo-Álvarez RA, Olvera-Arreola SS, Hernández-Corral S, Barrientos-Sánchez J, Pérez-López MT, et al.** Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enferm Univ.* 2017; 14(4):277-85. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>
7. **Achury SD, Rodríguez SM, Díaz JC, Cavallo E, Zarate GR, Vargas TR, et al.** Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enferm. Glob.* 2016;15(42):324-40. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.2.215791>
8. **República de Colombia. Ministerio de la protección social.** Observatorio de calidad de la atención en salud. Promoción de la cultura de seguridad del paciente.Bogotá: El Ministerio; 2006.
9. **Meara J, Leather A, Hagander L.** Cirugía Global 2030: evidencia y soluciones para el logro de la salud, el bienestar y el desarrollo económico. 2014.
10. **Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al.** Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet.* 2015; 385(Suppl. 2): S1-S57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60806-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60806-6)
11. **Colombia. Ministerio de salud.** Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. 2014.
12. **Macra C.** Errors and near misses: what health care could learn from aviation. Rockville: Departamento de Salud y Servicios Humanos; 2016.
13. **Rocco C, Garrido A.** Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev. Med. Clin.* 2017; 28(5): 785-95. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>
14. **Hernández SR, Mendoza TCP.** Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta. México DF: *Mc Graw Hill.* 2018
15. **STROBE Statement.** Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. 2014.
16. **Agency for Healthcare Research and Quality.** Spanish translation of AHRQ's medical office survey on patient safety. Rockville: *AHRQ*; 2006.
17. **Agency for Healthcare Research and Quality.** Hospitals in Colombia use AHRQ's hospital survey on patient safety culture.Rockville: *AHRQ*; 2006.
18. **Gómez RO, Arenas GW, González VL, Garzón SJ, Mateus GE, Soto GA.** Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc enferm.* 2011; 12 (3): 97-111 <https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
19. **Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ.** Hospital Survey on Patient Safety Culture:User's Guide.2018: 30.

20. **Colombia. Ministerio de Salud.** Resolución 8430 de 1983, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1983
21. **Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE, Mekonnen D, Abay Z.** Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in health*. [internet] 2017 [Cited 2019 Sep. 20]; 3(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40886-017-0062-9>
22. **Carvalho PA, Göttems Leila B D, Pires MR, Oliveira, MLC de.** Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud. *Rev. Latinoam. Enfermagem*. 2015; 23(6): 1041-48. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
23. **Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ.** Hospital survey on patient safety culture: user's guide. 2018: 3-4.
24. **Famolaro T, Dier Yount N, Hare R, Thornton S, Meadows K, Fan L et al.** Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. *Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ*. 2018.
25. **Hori OJH, Freire GT, Tolentino SM.** Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *Scientific World Journal*. 2018; 11 screens. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
26. **Marsteller JA, Wen M, Yea-Jen H, Bauer LC, Schwann NM, Young CJ. et al.** Safety culture in cardiac surgical teams: Data from five programs and national surgical comparison. *Ann Thorac Surg*. 2015; 100(6):182-89. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.05.109>
27. **Wang M, Tao H.** How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan City of China? *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14(10): 1123; <https://doi.org/10.3390/ijerph14101123>
28. **Qin SBM, Miao CBM, Hong-bing T, Zhao-hui C, Jing Chen BM, Yin-huan H, et al.** What does a hospital survey on patient safety reveal about patient safety culture of surgical units compared with that of other units?. *Medicine*. 2015; 94(27):1-8. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001074>
29. **El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A.** Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv. Res*. 2014; 4(1): 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
30. **Al-Mandhari A, Al-Zakwani I, Al-Kindi M, Tawilah J, Dorvlo ASS, Al-Adawi S.** Patient safety culture assessment in Oman. *Oman Med J*. 2014; 29(4): 264-70. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.70>
31. **Azami-Aghdash S, Ebadifard AF, Rezapour A, Azami A, Rasi V, Klvanly K.** Patient safety culture in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis *Med J Islam Repub I r a n* . 2015;29: 251.
32. **Laborde MM, Gea VMT, Aranaz AJM, Ramos FG, Compañ RAF.** Analysis of the patient safety culture in a university hospital. *GacSanit*. 2018 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
33. **Pérez Bolaños L.** Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. *Rev. cubana. Enfermer*. 2017;33(2).
34. **National Health Service.** SBAR communication tool – online library of quality, service improvement and redesign tools situation, background, assessment, recommendation. 2019
35. **Gama ZAS, Saturno-Hernández PJ, Ribeiro DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al.** Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00026215>