

Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias

Patient safety and safety culture in health institution managers

Eler Borneo Cantalicio ^{1,2,a}

Filiación y grado académico

¹ Universidad de Huanuco, Huánuco, Perú.

² Red de Salud Huánuco.

^a Magister Salud Pública.

ORCID iD de Eler Borneo

<https://orcid.org/0000-0002-6273-9818>

Fuentes de financiamiento

Universidad de Huánuco.

Conflictos de interés

El artículo no tiene conflictos de intereses.

Recibido: 28-08-2020

Arbitrado por pares

Aceptado: 27-11-2020

Citar como

Borneo, E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias. Rev Peru Cienc Salud. 2020; 2(4): 233-9. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.4.225>

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en gestores y la seguridad del paciente. **Métodos.** Se ha realizado un estudio de diseño correlacional con 55 gestores e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Red de Salud Huánuco, durante los años 2019 y 2020. Se empleó una escala de cultura de seguridad del paciente y una lista de cotejo de seguridad del paciente. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de correlaciones de r de Pearson. **Resultados.** El 90,9 % (50) de las IPRESS presentaron seguridad del paciente de nivel bajo y un 49,1 % (27) de los gestores de las mismas mostraron una cultura de seguridad del paciente negativa. Por otro lado, la cultura de seguridad del paciente en gestores se relaciona significativamente con la seguridad del paciente de las IPRESS. Además, la seguridad del paciente se relaciona significativamente con las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en gestores: compromiso de la organización, planificación estratégica, gestión de la información, participación de los profesionales, participación del paciente y su familia; todas con un $p \leq 0,05$. **Conclusiones.** Predominaron valores bajos de la cultura de seguridad del paciente en gestores asociados con cumplimiento bajo de la seguridad del paciente de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco.

Palabras clave: seguridad del paciente; cultura; gestión de la información; gestor de salud (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between the patient safety culture in managers and patient safety. **Methods.** A correlation design study has been carried out with 55 managers and Health Services Provider Institutions (IPRESS) of the Huanuco Health Network, during the years 2019 and 2020. A patient safety culture scale and a patient safety checklist were used. Pearson's r correlation test was used in the inferential analysis. **Results.** 90.9% (50) of the IPRESS showed low-level patient safety and 49.1% (27) of the IPRESS managers showed a negative patient safety culture. On the other hand, the culture of patient safety in managers is significantly related to the patient safety of IPRESS. In addition, patient safety is significantly related to the dimensions of the patient safety culture in managers: organizational commitment, strategic planning, information management, professional involvement, patient and family involvement; all with a $p \leq 0.05$. **Conclusions.** Low patient safety culture values predominated in managers associated with low patient safety compliance of the IPRESS of the Huanuco Health Network.

Keywords: patient safety; culture; information management; health manager (Source: MeSH - NLM).

Correspondencia

Eler Borneo Cantalicio.

Jr. San Luis Gonzaga, N.º 104-Amarilis.

Cel.: 956419046

Email: ebornec50@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente representa un problema muy serio de salud pública a nivel mundial ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud estimó en el año 2018 que, a nivel internacional, existían 421 millones de hospitalizaciones anuales y 42,7 millones de eventos adversos en los pacientes durante esas hospitalizaciones. Más aún, el daño al paciente corresponde a la decimocuarta causa de morbilidad y mortalidad ⁽²⁾.

Asimismo, las revisiones a la literatura reciente han evidenciado que los errores médicos en el ámbito de atención primaria acontecen entre 5 y 80 veces por cada 100 000 consultas. Los errores administrativos, aquellos vinculados con los sistemas y procesos de atención, corresponden a tipos de errores informados con alta frecuencia en la atención primaria. Se estima que del 5 al 50 % de los errores en atención primaria son errores administrativos ⁽²⁾.

En una revisión sistemática de la literatura sobre atención primaria a nivel internacional, Panesar, De Silva, Carson-Stevens, Cresswell, Salvilla, Slight, *et al* ⁽³⁾ informan que los errores de seguridad del paciente son relativamente frecuentes: entre 1 y 24 incidentes por cada 100 atendidos, con un promedio de 2 a 3 incidentes por cada 100 consultas. En el 96 % de los casos no se producen daños graves al paciente. Las tres clases de errores más comunes son administrativos y por comunicación, diagnósticos y empleo de medicamentos. Los errores en diagnóstico y prescripción corresponden a los más propensos a inducir daños evitables.

En el Reino Unido, se desarrolló uno de los mayores estudios epidemiológicos en cuanto a eventos adversos en atención primaria a nivel nacional, con un seguimiento de 9 años (n = 74 763). La incidencia de eventos adversos fue de 8 eventos por cada 10 000 consultas (6 por cada 1000 personas * año). El 72 % de los eventos adversos se hallaban con mayor frecuencia en los grupos clasificados como quirúrgicos y con medicación. Se establecieron como factores de riesgo de la ocurrencia de un evento adverso una mayor edad de los pacientes y un alto número de consultas previas ⁽⁴⁾.

En España, la prevalencia de eventos adversos es del 11,2 % de las consultas de atención primaria. El 6,7 % de los pacientes tuvo más de un evento adverso. El 54,7 % de los eventos adversos se clasificaron como leves, el 38,0 %, moderados y el 7,3 % graves ⁽⁵⁾. En una cohorte de cuatro países latinoamericanos (México, Perú, Brasil y Colombia), la prevalencia de eventos adversos en 6 meses de seguimiento fue de 5,2 %. El 73 % de los eventos

adversos fueron clasificados como "relacionados con la medicación", seguido de fallos en la comunicación entre el personal de salud y personal de salud-paciente ⁽⁶⁾.

En la región de Huánuco (Perú), no existe una investigación que nos permita conocer la incidencia o prevalencia de los eventos adversos en atención primaria de salud. Los factores causales de muchos eventos adversos son factores sistémicos, tales como: deficiencias en la organización sanitaria, falta de comunicación, capacitación inadecuada e interrelaciones de trabajo deficientes ^(7,8). Otras causas se encuentran referidas a la confusión de los roles específicos de cada trabajador, a los individuos que puedan controlar el servicio, por no tener suficiente número de supervisores y, en ocasiones, por falta de autoridad en el servicio. Todos estos factores causales generan riesgos en la seguridad del paciente ⁽⁹⁾.

Al respecto, la literatura sobre el rol de los directivos/gestores en la seguridad del paciente sugiere que estos no dedican suficiente atención (ni tiempo) a definir y dirigir una clara estrategia en materia de seguridad en los centros asistenciales ⁽¹⁰⁾. En Europa, la cultura punitiva posterior a un evento adverso persiste; son escasas las investigaciones para establecer la efectividad de las intervenciones para disminuir la repetición de un mismo tipo de evento adverso y apenas existen experiencias que describan las actuaciones que se realizan cuando sucede un evento adverso, para recuperar la confianza de los pacientes y de la población en general de las instituciones de salud ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Por otro lado, la primera iniciativa para mejorar la seguridad del paciente pasa por fomentar, crear y conservar una cultura de la seguridad positiva en las instituciones de servicios de salud ⁽¹⁴⁾. La cultura de seguridad del paciente se cimienta en el aprendizaje a partir de los eventos adversos, en el desarrollo de estrategias preventivas en la evitación de su ocurrencia y en admitir y estar junto a los que han sufrido un daño innecesario e involuntario a causa de la atención sanitaria recibida. Progresar en la cultura de seguridad del paciente lleva consigo permitir la implantación de estas conductas en el personal de salud con normativas acordes ⁽¹⁵⁾.

Múltiples investigaciones demuestran que al implementar de manera positiva una cultura de seguridad del paciente en el ámbito laboral se previene la aparición de eventos adversos, debido a que se atienden e identifican los factores que contribuyen a un incidente; asimismo permite establecer la causa que los origina, reconocer los sucesos que los preceden, cambiar procedimientos y aprender de los errores para prevenir la reaparición de estos ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, según Kalckmann de Macedo et al.⁽¹⁷⁾ es necesario trabajar hacia una cultura de seguridad del paciente con potencialidades y fragilidades amerita para el fortalecimiento de la calidad y seguridad del paciente en la atención primaria a la salud. Camacho⁽¹⁸⁾ concluye que la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de atención primaria de salud de Colombia no se percibe como una fortaleza, mostrando la necesidad de planes de mejoramiento alineados a esta área.

A su vez, Giménez *et al.*⁽¹⁹⁾ ponen en evidencia que el personal directivo/gestor certifica la existencia de una multiplicidad de problemas de seguridad del paciente y la reconocen como prioritaria de manera más teórica que práctica. Por último, la evaluación particular en personal directivo/gestor sobre la cultura de seguridad del paciente ha sido objeto de escasas investigaciones⁽²⁰⁾, y de ninguna desarrollada particularmente en la región de Huánuco, pese a que dicho grupo posee la responsabilidad de permitir el cambio en la cultura de seguridad del paciente en la institución que lidera⁽²¹⁾.

Ante este panorama, el objetivo de este trabajo de investigación es determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en gestores y la seguridad del paciente de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red de Salud Huánuco, 2019.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, prospectivo y transversal.

Área del estudio

Red de Salud Huánuco, que abarca la jurisdicción de la provincia de Huánuco, departamento de Huánuco.

Diseño del estudio

El diseño utilizado fue el correlacional.

Población y muestra

La población estuvo constituida por 55 gestores y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) pertenecientes a la jurisdicción de la Red de Salud Huánuco.

Definición de variables

Variable de supervisión: seguridad del paciente

Dimensiones:

- Registro de historia clínica.
- Recursos humanos.
- Uso/administración de medicamentos.

- Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el trabajo.
- Señalización y seguridad dentro del servicio.

Variable de asociación: cultura de seguridad del paciente

Dimensiones:

- Compromiso de la organización.
- Planificación estratégica.
- Gestión de la información.
- Participación de los profesionales.
- La participación del paciente y su familia.

Instrumentos de recolección de datos

Como instrumento de investigación se utilizó una escala para medir la cultura de seguridad del paciente en gestores de Giménez-Júlvez *et al.*⁽¹⁹⁾, la cual estuvo compuesta por 34 ítems, valorados con respuestas tipo Likert. El instrumento abordó cinco dimensiones: compromiso de la organización, planificación estratégica, gestión de la información, participación de los profesionales y participación del paciente y su familia. Tanto para las dimensiones como para la variable en general se tuvo en cuenta la valoración cualitativa: "positivo", "en transición" o "negativo". Asimismo, se realizó el análisis de fortalezas (75 %) y oportunidades de mejora (debilidades) (50 %) de cada ítem, por dimensiones. Además, se pudo determinar la confiabilidad de la escala obteniéndose un valor de 0,984; lo cual indica una muy alta confiabilidad.

Para la medición de la variable seguridad del paciente, se empleó una lista de cotejo compuesta por 51 ítems a través de la revisión u observación de aspectos como: historia clínica, roles del personal, farmacia, ambientes del establecimiento, medidas de bioseguridad y señalización. El instrumento fue construido a través de la Directiva Sanitaria N.º 003-IGSS/V.1: Rondas de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente del Perú⁽²²⁾. Mediante esta directiva se tuvo en cuenta el cumplimiento de la seguridad del paciente a través de la calificación: alta (85 % a más), moderada (70 a 84 %) y baja (menor de 70 %).

Procedimientos de la recolección de datos

La recolección de los datos, propiamente dicha, se realizó entre los meses de diciembre del 2019 y enero del 2020 en las mismas IPRESS. En primer lugar se empleó el formato de consentimiento informado y la escala de cultura de seguridad del paciente a los gestores para que lo completen; seguidamente se efectuó la observación según los componentes de la variable, en donde:

Respecto al registro de la historia clínica, fueron solicitadas dos de ellas teniendo en consideración las últimas atenciones brindadas a los usuarios, donde se evaluó la calidad del llenado del registro de acuerdo

a los ítems seleccionados, amparado en la NTS N.º 139-MINSA-2018. Sobre recursos humanos se verificó el rol de turnos que estuvo publicado y si los profesionales se encontraban trabajando según programación.

Acerca del uso/administración de medicamentos se realizó la verificación de la organización de los medicamentos en el servicio, teniendo en cuenta el almacenamiento adecuado, la rotulación y la fecha de vencimiento. Con relación al cumplimiento de las normas de bioseguridad en el trabajo, se solicitó si contaban con las normas y se preguntó a los trabajadores si conocían que acción tomar en el caso de un accidente de trabajo; además, se observó si cada consultorio médico contaba con un lavamanos y si el personal había institucionalizado la higiene de las manos.

Con respecto a la señalización y seguridad, dentro del servicio se realizó la observación acerca de si la IPRESS contaba con la señalización de evacuación y seguridad y si los profesionales conocían el uso de los extintores ante la presencia de algún incendio que podría presentarse en el establecimiento; asimismo, se observó la adecuación de los servicios para la atención a las personas con discapacidad y si los materiales médicos se encontraban operativos. Por último, con relación a la disposición de residuos sólidos, se realizó la verificación de si el personal estaba cumpliendo con las normas sobre los desechos de los residuos sólidos y si, además, contaban con los materiales adecuados.

Análisis de datos

Respecto al análisis descriptivo de los datos, se utilizaron las medidas de frecuencia y los porcentajes. En la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de correlaciones r de Pearson, con una probabilidad de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22,0.

Aspectos éticos

La participación de los gestores fue mediada por un consentimiento informado y la ejecución del estudio fue aprobada con el Comité de Ética de la Universidad de Huánuco.

RESULTADOS

En cuanto a las características generales prevalecieron los gestores de una edad adulta, sexo femenino, condición solteros, con una educación continuada, situación laboral nombrada y con experiencia en la jefatura entre 1 y 6 años (ver tabla 1).

Respecto a la percepción de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en gestores, estos tuvieron percepción negativa en mayor porcentaje (más

Tabla 1. Características generales de los gestores de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco, 2019-2020

Características generales	fi (n = 55)	%
Edad en años		
Menor de 30	10	18,2
30 a 54	45	81,8
Sexo		
Masculino	18	32,7
Femenino	37	67,3
Estado civil		
Casado	15	27,3
Conviviente	13	23,6
Soltero	27	49,1
Nivel de estudios		
Especialidad	9	16,4
Maestría	16	29,1
Educación continuada	37	67,3
Situación laboral		
Nombrado	30	54,5
Contratado	18	32,7
SERUMS	7	12,7
Año en que empezó a trabajar en el puesto jefatural		
1 a 6	44	80,0
7 a 12	7	12,7
13 a 19	3	5,5
20 a 26	1	1,8

del 50 %) en las dimensiones “planificación estratégica” y “compromiso de la organización”. Asimismo, por orden de importancia, hubo predominio de la percepción negativa en las dimensiones “participación de los profesionales”, “gestión de la información” y “participación del paciente y su familia”. En general, se encontró el predominio de una cultura de seguridad del paciente negativa (49,1 %) (ver figura 1).

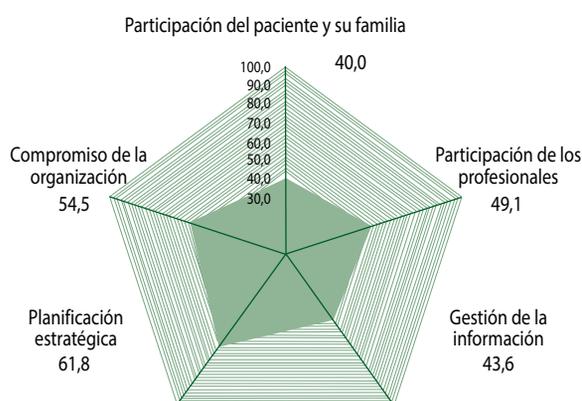


Figura 1. Percepción negativa de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente de los gestores de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco, 2019-2020

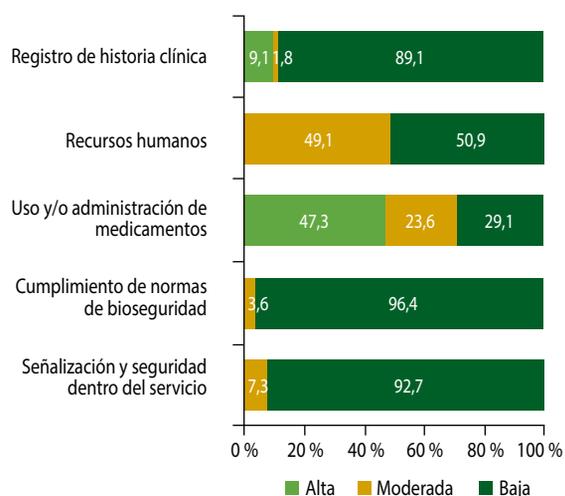


Figura 2. Baja seguridad del paciente de cada dimensión de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco, 2019-2020

En lo concerniente a las dimensiones de la seguridad del paciente, existió baja seguridad del paciente en las dimensiones de “cumplimiento de normas de bioseguridad” (96,4 %), “señalización y seguridad dentro del servicio” (92,7 %), “registro de historia clínica” (89,1 %) y “recursos humanos” (50,9 %). En cambio, en la dimensión “uso o administración de medicamentos”, el 47,3 % de las IPRESS presentaron nivel alto de seguridad. En general, el 90,9 % (50 instituciones) mostraban baja seguridad del paciente (ver figura 2).

En cuanto a la relación entre la cultura de seguridad del paciente de los gestores y la seguridad del paciente de las Instituciones en estudio, se encontró un coeficiente r de Pearson de 0,5 y una p = 0,000; siendo por lo tanto significativa estadísticamente. Asimismo, hubo relación significativa entre la seguridad del paciente y las

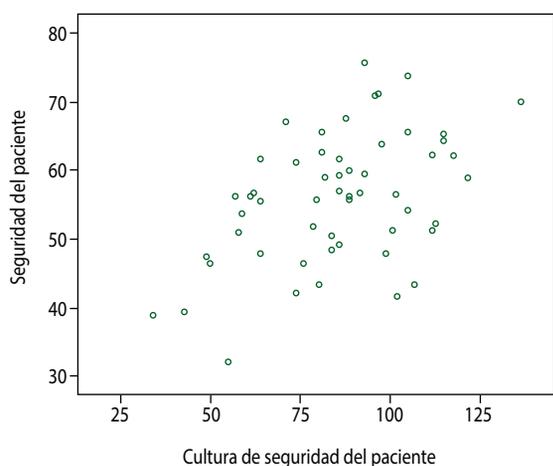


Figura 3. Dispersión de puntos entre la cultura de seguridad del paciente de los gestores y la seguridad del paciente de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco, 2019-2020

Tabla 2. Relación entre la cultura de seguridad del paciente de los gestores y la seguridad del paciente de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco, 2019-2020

Variables/dimensiones	Seguridad del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Cultura de seguridad del paciente	0,5	0,000
Compromiso de la organización	0,4	0,002
Planificación estratégica	0,3	0,013
Gestión de la información	0,5	0,000
Participación de los profesionales	0,4	0,002
Participación del paciente y su familia	0,3	0,010

dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, como: “compromiso de la organización” (p ≤ 0,002), “planificación estratégica” (p ≤ 0,013), “gestión de la información” (p ≤ 0,000), “participación de los profesionales” (p ≤ 0,002) y “participación del paciente y su familia” (p ≤ 0,010) (ver tabla 2). Además, podemos indicar asociación de valores bajos entre la variable cultura de seguridad del paciente de los gestores y los valores bajos de la variable seguridad del paciente de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco (ver figura 3).

DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación representa el primer estudio realizado en la región de Huánuco sobre la cultura de seguridad del paciente, particularmente en personal de dirección o gestión en el ámbito de la atención primaria de salud. No obstante, en el ámbito internacional, salvo muy pocos estudios realizados en directivos^(19,20), las investigaciones desarrolladas en este grupo laboral institucional solo han presentado hallazgos de validación de cuestionarios de cultura de seguridad del paciente⁽²³⁾ o han evaluado la cultura de seguridad del paciente en *leaders*⁽²⁴⁾, vocablo que no se corresponde exclusivamente con el/la de directivo/a, al incluir a jefes/as de servicio y supervisores/as.

No hay evidencia de estudios en atención primaria de salud sobre la relación entre estas variables; sin embargo, consideramos los aportes de estudios de otros ámbitos, donde son concordantes con el nuestro, como el de Parand *et al*⁽¹⁰⁾, quienes informan que la cultura de la seguridad del paciente en los centros sanitarios guarda relación con el papel y el compromiso de los directivos en la mejora de la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

Investigadores como Gutiérrez-Cía., *et al*⁽²⁵⁾ o Aranaz y Agra⁽²⁶⁾ concluyen que el apoyo y estímulo del equipo

directivo es clave para promover unas condiciones de trabajo que potencien la seguridad del paciente. La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente ⁽²⁷⁾ indica que el personal directivo/gestor posee la responsabilidad de mantener el cambio en la cultura de seguridad del paciente en las instituciones que lideran, demostrando la importancia de la seguridad tanto en la teoría como en la práctica.

Sorra *et al* ⁽²⁸⁾ advierten, por su parte, que la evaluación de la cultura de seguridad del paciente posee un efecto importante en sí misma, sensibilizando sobre el rol individual, colectivo y organizativo de la promoción de un ambiente seguro para el paciente. Sorra y Nieva ⁽²⁹⁾ comunican que existe consenso acerca de que algunos atributos culturales de la institución contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación.

Según Wang *et al* ⁽³⁰⁾, el desarrollo y la mejora de la cultura de seguridad del paciente inciden directamente en una atención más segura; es por ello que y por tanto que la cultura de seguridad del paciente ha sido considerada un elemento clave de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Español, desde sus orígenes en 2005, viene constituyéndose la primera línea estratégica en la última versión de la misma para el periodo 2015-2020 ⁽³¹⁾. Igualmente, el impulso de la cultura de seguridad del paciente constituye uno de los ejes principales de la última Estrategia de Seguridad del Paciente en el Servicio Madrileño de Salud ⁽³²⁾; un sistema que destaca por su amplia trayectoria en el impulso de la seguridad del paciente, desde la creación del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente en el 2004 ⁽³³⁾.

Finalmente, la generación de una cultura de alto rendimiento y seguridad es probablemente el principal desafío al que se enfrentan las organizaciones de salud en este siglo. Como sucede con cualquier cambio fundamental en el sector salud, la principal responsabilidad para acelerar los progresos en seguridad la tienen los líderes institucionales, en búsqueda del compromiso generalizado de toda la fuerza de trabajo ⁽³⁴⁾. Una de las principales limitaciones está en la medición de la variable seguridad del paciente, ya que será necesario considerar también otras dimensiones como prevención de lesiones, caídas o comunicación efectiva, entre otras.

Se concluye que la cultura de seguridad del paciente en gestores se relaciona con la seguridad del paciente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red de Salud Huánuco, predominando valores bajos

de la variable "cultura de seguridad del paciente" de los gestores que se asocia con valores bajos de la variable "seguridad del paciente" de estas instituciones.

Se sugiere la implementación de planes de mejoramiento acorde con los hallazgos encontrados. Asimismo, se recomienda implementar programas de vigilancia para garantizar la producción de información para la toma de decisiones y estimular así el compromiso de todos con la transparencia en la atención de la salud y la responsabilidad con la mejoría de la seguridad. También, se sugiere gestionar bonos de incentivos para los ejecutivos de acuerdo a su desempeño en áreas claves de calidad y seguridad, así como también los objetivos financieros para sus operaciones, buscando motivarlos para llegar a las metas de seguridad y trabajo en el equipo de la organización. En última instancia, incentivar a las IPRESS para que continúen con los programas de seguridad del paciente y llevar procesos de evaluación aún más rigurosos; no solo con el personal de salud sino con todo el personal involucrado en la atención a la salud.

REFERENCIAS

1. López E, Vicente MA, Cruz C. Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horiz. sanitario* [Internet] 2019; 18(2): 201-210 [Consultado 2020 Abr 23] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000200201&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre seguridad del paciente [internet] [Consultado 2020 Abr 23] Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
3. Panesar SS, De Silva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. ¿Qué tan segura es la atención primaria? Una revisión sistemática. *BMJ Qual Saf.* 2016; 25: 544-53.
4. Tsang C, Bottle A, Majeed A, Aylin P. Adverse events recorded in English primary care: observational study using the General Practice Research Database. *Br J Gen Pract.* 2013; 63(613): e534-42. doi: 10.3399/bjgp13X670660
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
6. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care.* 2015 Feb;27(1):52-9. doi: 10.1093/intqhc/mzu100
7. Weinger MB. Seguridad del paciente. *Bay Univ Med Cent.* 2008; 21(1): 914.
8. Waring J, McDonald R, Harrison S. Seguridad y complejidad: las relaciones interdepartamentales como una amenaza para la seguridad del paciente en el departamento operativo. *J Health Org and Man.* 2006; 20 (3): 227-242.
9. Nicklin W, McVeety JE. Percepciones de las enfermeras canadienses sobre la seguridad del paciente en los hospitales. *Can Nurs Leadersh.* 2002; 15(4): 5.

10. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. El papel de los gerentes de los hospitales en la calidad y la seguridad del paciente: una revisión sistemática. *BMJ Open*. 2014; 4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
11. Van Gerven E, Seys D, Panella M, Sermeus W, Euwema M, Federico F, et al. Participación de los profesionales de la salud en un evento adverso: el papel de la gerencia en el apoyo a su fuerza laboral. *Pol Arch Med Wewn*. 2014; 124: 313-20.
12. Panella M, Leigh F, Rinaldi C, Donnarumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Medicina defensiva: resumen de la literatura. *Ig Sanita Pubbl*. 2015; 71: 335-51.
13. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 341.
14. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, de la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*. 2017; 31(2): 145-149.
15. Romeo CM, Urruela A, Peiró E, Alava F, Gens M, Iriarte I. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? *Journal of Healthcare Quality Research*. 2019; 34(5): 258-265.
16. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón SA, Lezana-Fernández MA, et al. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Revista CONAMED*. 2015; 20(2): 54-63.
17. Kalckmann de Macedo SM, Campos de Almeida AR, Borges F, Figueiredo KC, Peres AM, Assis F. Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. *Enfermería Global*. 2019; 56: 365-375. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>
18. Camacho DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud*. 2020; 25 (1): 141-153 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.11
19. Giménez-Júlvez T, Hernández-García I, Aibar-Remón C, Gutiérrez-Cía I, Febrel-Bordejé M. Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gac Sanit*. 2017; 31(5): 423-426. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>
20. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluación de la cultura de seguridad: encuesta de médicos y gerentes en un centro médico académico. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 405-10.
21. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria [Internet]. 2006. [Consultado 2019 Dic 2]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60044&>
22. Perú. Ministerios de Salud. Directiva sanitaria N.º 003-IGSS/V.1: Rondas de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente. San Isidro, Perú: Instituto de Gestión de Servicios de la Salud; 2016.
23. Hammer A, Ernstmann N, Ommen O, Wirtz M, Manser T, Pfeiffer Y, et al. Propiedades psicométricas de la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente para la gestión hospitalaria (HSOPS M). *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 165.
24. Härenstam KP, Elg M, Svensson C, Brommels M, Øvretveit J. Seguridad del paciente según la percepción de los líderes suecos. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009; 22: 168-82.
25. Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado MC, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(Supl.1): 37-44.
26. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(Supl.1): 1-2.
27. La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente. Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria [internet]. 2005. [Consultado 2020 May 23]. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf
28. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Explorar las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente y las evaluaciones de los pacientes sobre la atención hospitalaria. *J Nurs Adm*. 2014; 44(10 Suppl): S45-53.
29. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture (Prepared by Westat, under Contract No.290-96-0004) [Internet] [Consultado 2020 Feb 15] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>
30. Wang X, Liu K, You L, Xiang J, Hu H, Zhang L, et al. La relación entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos: una encuesta por cuestionario. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014; 51(8): 1114-22 [Consultado 2020 Ene 15] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418106>
31. Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Medicina Clínica*. 2008; 131: 1-3.
32. Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del Servicio Madrileño de Salud; Periodo 2015-2020 [Internet] [Consultado 2020 Ene 02] Disponible en: http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/534_586_memoria_actuaciones_estrategia_sp_2015_-_2020_0.pdf
33. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Observatorio Regional de Seguridad del Paciente. [Internet]. [Consultado 2020 Ene 22]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
34. Vítole F. Cultura de seguridad [Internet] [Consultado 2020 Mar 15] Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf