

Adela Vázquez-Díaz^{1a}, Martha Leticia Villanueva-Romero^{2b}, Luis Flores-Padilla^{3c}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 2, Departamento de Enfermería. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 6, Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

³Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Instituto de Ciencias Biomédicas. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Aprobado por el Comité de Ética R-2025-801-064

Doi: 10.5281/zenodo.23165646

ORCID

0009-0008-5389-7815^a

0009-0004-1577-2211^b

0000-0002-8462-9855^c

Palabras clave (DeCS):

Seguridad del Paciente

Evento Adverso

Pausa de Seguridad en la Atención
a la Salud

Percepción

Personal de Enfermería en Hospital

Keywords (DeCS):

Patient Safety

Adverse Event

Time Out, Healthcare

Perception

Nursing Staff, Hospital

Correspondencia:

Luis Flores Padilla

Correo electrónico:

lflopa@yahoo.com.mx

Fecha de recepción:

29/01/2026

Fecha de aceptación:

10/07/2026

Resumen

Introducción: evaluar la cultura de seguridad del paciente es esencial para medir el compromiso de los profesionales, sus creencias, actitudes y comportamientos que impactan en la seguridad del paciente durante su proceso de atención.

Objetivo: evaluar las percepciones del personal de enfermería sobre las dimensiones y prácticas para la seguridad del paciente.

Metodología: estudio descriptivo transversal con personal de enfermería ($n = 290$). Se evaluaron las percepciones del personal sobre las prácticas de seguridad con el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) adaptado en español ($\alpha = 0.89$). Los porcentajes de respuestas positivas $\geq 75\%$ indican áreas fuertes de cultura de seguridad y las respuestas positivas $\leq 50\%$ representan áreas con problemas. Los datos se analizaron mediante SPSS versión 24.

Resultados: la percepción general de seguridad fue del 38.3%. Las áreas fuertes: trabajo en equipo (73.8%), aprendizaje organizacional (66.6%), apoyo de gestión hospitalaria (57.2%), frecuencia de eventos notificados (57.2%), la comunicación sobre errores (56.6%). Las áreas débiles: dotación de personal (32.1%), colaboración interdepartamental (40.7%), transferencias hospitalarias (39.7%).

Conclusión: en las dimensiones evaluadas no se alcanzó el umbral $\geq 75\%$ de respuestas positivas para considerar la fortaleza organizacional. El evaluar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, deja ver una realidad compleja donde la disposición del personal de enfermería en específico colisiona con barreras estructurales sistémicas.

Abstract

Introduction: Assessing patient safety culture is essential for measuring the commitment of professionals, as well as the beliefs, attitudes, and behaviors that impact patient safety during the care process.

Objective: To evaluate nursing staff perceptions regarding patient safety dimensions and practices.

Methodology: A descriptive cross-sectional study involving nursing staff ($n = 290$). Staff perceptions of safety practices were assessed using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) questionnaire, adapted into Spanish ($\alpha = 0.89$). Positive response rates of $\geq 75\%$ indicate areas of strength in safety culture, while rates of $\leq 50\%$ represent problem areas. Data was analyzed using SPSS version 24.

Results: The overall perception of safety was 38.3%. Areas of strength included teamwork (73.8%), organizational learning (66.6%), hospital management support (57.2%), frequency of event reporting (57.2%), and communication regarding errors (56.6%). Weak areas included staffing (32.1%), interdepartmental collaboration (40.7%), and hospital handoffs (39.7%).

Conclusion: None of the evaluated dimensions reached the $\geq 75\%$ positive response threshold required to be considered an organizational strength. Assessing patient safety culture in the hospital setting reveals a complex reality in which the disposition of nursing staff, specifically, clashes with systemic structural barriers.

Introducción

La seguridad del paciente se define como una práctica esencial orientada a reducir daños innecesarios vinculados a la atención sanitaria.¹ Según la Organización Mundial de la Salud, implica mitigar riesgos hasta un mínimo aceptable, considerando los recursos disponibles y el contexto específico.² No obstante, en la actualidad, los avances tecnológicos y la creciente complejidad del proceso de atención han evidenciado deficiencias críticas que amenazan tanto la calidad de la atención como la integridad del paciente.³

Para enfrentar estos desafíos, es imperativo establecer una cultura de seguridad sólida, derivada de la identidad organizacional, mediante la cual se amalgaman las creencias, los valores y comportamientos que dictan cómo el personal percibe y actúa frente a los riesgos. En este sentido, asegurar la calidad implica la implementación de procesos que garanticen el cumplimiento de normas bajo los principios de prevención y mejora continua.⁴

Por lo anterior, es imprescindible el compromiso y participación de todos los involucrados en el proceso de atención, en particular en el proceso de continuidad de los cuidados por parte del personal de enfermería.⁵ Asimismo, resulta esencial promover en el personal sanitario la cultura de prácticas seguras de la organización, que incluye la evaluación constante de los resultados, la revisión de hábitos arraigados y el desarrollo de guías clínicas consensuadas y apoyadas por evidencia científica.⁶

Bajo la premisa de que toda actividad humana comporta un margen de error, la asistencia clínica no es la excepción. Por ello, los eventos adversos se han consolidado como indicadores clave para evaluar la seguridad del paciente; estos eventos pueden ser evitables o inevitables, pero su aparición está intrínsecamente ligada al entorno asistencial.⁷

El *Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos* (IBEAS) es una investigación internacional que midió la frecuencia de los daños o efectos no deseados causados por la atención médica en hospitales de Latinoamérica. En América Latina, 10 de cada 100 pacientes hospitalizados sufren algún daño en un día específico, cifra que se duplica al considerar toda la estancia hospitalaria.⁸ En el caso de México, se reportó una prevalencia del 7.7%, lo que impulsó la creación del *Sistema Integral de Calidad en Salud* (SICALIDAD) y la posterior obligatoriedad de las *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente* (AESP); dichas acciones son fundamentales para promover la cultura de seguridad en las ins-

tituciones de servicios de salud.⁹ El beneficio de adoptar la cultura de seguridad del paciente demuestra una mayor eficiencia en la prevención de incidentes.¹⁰

En el contexto nacional, la seguridad del paciente se sustenta en la NOM-004-SSA3-2012 (del expediente clínico); en esta norma se mandata documentar con precisión cada intervención y reducir los riesgos derivados de omisiones o fallas en la comunicación de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de atención.¹¹

Bajo el principio de *“lo que no se mide no se puede mejorar”*, se utiliza el modelo de la *Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud* (AHRQ, por sus siglas en inglés), el cual se enfoca en generar evidencia científica, herramientas y estrategias prácticas para que los sistemas de salud ofrezcan una atención más segura, eficiente y de alta calidad. Con el modelo de indicadores de la AHRQ, se mide la calidad de la atención médica, los resultados de los servicios de salud y los eventos adversos o complicaciones prevenibles en pacientes hospitalizados. Se evalúan 12 dimensiones críticas, tales como el aprendizaje organizacional y la respuesta no punitiva al error; con este enfoque, se puede transitar de una visión punitiva a una proactiva, donde el error se convierte en una oportunidad de rediseño institucional.^{12,13}

La cultura de seguridad del paciente puede abordarse desde una perspectiva funcionalista (prácticas y percepciones) o antropológica (el ser humano como ente dinámico); en ambos métodos se requiere de una evaluación crítica. En este ámbito, el profesional de enfermería es esencial debido a su presencia continua al lado del paciente.¹⁴ No obstante, para optimizar esta cultura, el personal de enfermería enfrenta múltiples desafíos, tales como la falta de recursos, deficiencias en infraestructura y un liderazgo con escaso compromiso, aunado a una falta de supervisión efectiva y una gestión donde las incidencias se manejan de manera individual, sin un seguimiento real de los reportes.¹⁵

Si bien la responsabilidad profesional en la seguridad del proceso de atención es compartida con los actores del sistema sanitario, el grupo de enfermería tiene un rol relevante por su exposición directa e indirecta en la continuidad del cuidado de las personas, factores que pueden obstaculizar la interacción efectiva y un entorno de trabajo saludable.¹⁶ Al respecto, en la notificación de eventos adversos entre 2016 y 2018, el 80.38% de los reportes fue realizado por personal de enfermería, con una incidencia del 1.94% por paciente/día, siendo la flebitis, las caídas y las complicaciones quirúrgicas los sucesos más

frecuentes.¹⁷ Esta vigilancia es crítica en unidades de cuidados intensivos, donde el 60% de los sucesos adversos se consideran evitables.¹⁸

En respuesta, se han elaborado guías técnicas para prevenir el riesgo de eventos adversos relacionados con el proceso de atención.¹⁹ No obstante, la implementación efectiva de estas pautas está condicionada a circunstancias laborales como la carga de asistencia excesiva y la rotación constante del personal, las cuales problematizan la aplicación de las normas, lineamientos o guías y comprometen la seguridad del paciente.²⁰

El punto de partida es la necesidad fundamental de evaluar la percepción del personal de enfermería sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente para identificar fallas ocultas en los procesos de atención y prevenir errores.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal con personal de enfermería elegido mediante un muestreo probabilístico con una estimación de error del 5%; en total, se seleccionó a 290 participantes por conglomerados respecto a su categoría y turno laboral.

Instrumentos de medición

- Para la caracterización sociodemográfica se utilizó un instrumento conformado por: edad en años, sexo, estado civil, categoría laboral (auxiliar de enfermería general, enfermera general, enfermera general clínica, enfermera especialista, enfermera jefa de piso, subjefa de enfermeras), turno laboral (matutino, vespertino, nocturno), área de servicio (medicina interna, urgencias, quirófano, consulta externa, unidad de cuidados intensivos, pediatría, unidad de cuidados intensivos neonatal y cirugía) y antigüedad laboral en años de servicio.
- Para evaluar las percepciones, valores y normas de los profesionales y el personal sobre las prácticas de seguridad y los errores médicos, se aplicó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS, por sus siglas en inglés), desarrollado originalmente por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y adaptado al español.²¹ El cuestionario fue diseñado para medir la cultura de seguridad del paciente dentro de las organizaciones de salud. Se realizaron pruebas estadísticas de validación interna en la población estudiada y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89. Consta

de 42 ítems organizados en 4 secciones y 12 dimensiones que proporcionan información sobre la percepción del clima de seguridad: 1) Frecuencia de eventos notificados (3 ítems), 2) Percepción de la seguridad (4 ítems), 3) Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad (4 ítems), 4) Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems), 5) Trabajo en equipo en la unidad/servicio (4 ítems), 6) Franqueza de la comunicación (3 ítems), 7) Feedback y comunicación sobre errores (3 ítems), 8) Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems), 9) Dotación de personal (4 ítems), 10) Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (3 ítems), 11) Trabajo de equipo entre unidades (4 ítems), 12) Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems). Para el total de ítems, las opciones de respuesta son de tipo Likert, que van desde *Totalmente en desacuerdo* (1), *En desacuerdo* (2), *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* (3), *De acuerdo* (4) hasta *Totalmente de acuerdo* (5). Los resultados se expresan en porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas por cada ítem y dimensión.

Con base en los criterios de la AHRQ, la cultura de seguridad se clasifica como fortaleza si se obtiene un porcentaje $\geq 75\%$ de respuestas positivas (*Totalmente de acuerdo* y *De acuerdo*) para las preguntas formuladas en positivo, o un porcentaje $\geq 75\%$ de respuestas negativas (*Totalmente en desacuerdo* y *En desacuerdo*) para las preguntas formuladas en negativo. La AHRQ considera que los porcentajes de respuestas positivas iguales o superiores al 75% indican dimensiones que representan áreas fuertes de la cultura de seguridad, mientras que los porcentajes iguales o inferiores al 50% indican dimensiones que representan áreas con problemas.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y porcentajes, con un valor de $p = 0.05$.

Los procedimientos cumplieron con las normas éticas; el proyecto fue aprobado por el comité de ética R-2025-801-064, contando con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

Hubo un predominio del sexo femenino con un 69.7%, con una edad modal de 36 a 40 años. El 39.7% de

los participantes contaba con una antigüedad laboral ≥ 16 años. El 38.6% tenía la categoría de enfermera general y el 18.3% la de auxiliar de enfermería. Los participantes con grado académico de licenciatura, maestría o doctorado conformaron el 43.7%. Las áreas de trabajo con mayor representación fueron urgencias (24.8%) y medicina interna (21%). El 74.8% refirió tener conocimiento previo sobre la cultura de seguridad del paciente (cuadro I).

En la dimensión percepción general de seguridad, el 38.3% de las respuestas fueron positivas. Se destaca que el 57.9% de los participantes respondió positivamente a la pregunta: *“En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo del que podemos manejar”*. En cuanto a la dimensión frecuencia de eventos adversos notificados, se obtuvo un 57.2% de respuestas positivas. Un 52.8% de respuestas favorables se registró en el ítem: *“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de que afecte al paciente, se notifica”*. Respecto a la dimensión expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promueven la seguridad del paciente, se obtuvo un 46.9% de respuestas favorables, así como un 61.4% de respuestas positivas para: *“Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos”*.

En la dimensión aprendizaje organizacional – mejora continua, las respuestas positivas fueron emitidas por el 66.6% de los participantes; en esta dimensión resalta la pregunta: *“Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente”*, con el 64.8% de respuestas positivas. El trabajo en equipo constituyó la dimensión con mayor porcentaje de respuestas positivas (73.8%); se destaca que el 73.1% del personal se trata con respeto.

En referencia a la dimensión de apertura de comunicación, esta alcanzó el 45.9% de respuestas positivas; cabe señalar que el personal se manifiesta libremente cuando percibe algo que podría afectar el cuidado del paciente, con un 56.6% de respuestas positivas.

Respecto a la dimensión de respuesta no punitiva al error, el resultado fue de 49.7% de respuestas positivas. En este sentido, al personal le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral, con un 45.5% de afirmaciones positivas. En el rubro de dotación de personal se logró un 32.1% de respuestas positivas, específicamente para el ítem: *“Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo”*, con un 30.3% de respuestas positivas. Aunque la dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso adverso el 47.2% dio respuestas afirmativas. Los participantes respondieron positivamente

(57.2%) al considerar el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente.

El trabajo en equipo entre departamentos del hospital presentó un 40.7% de respuestas positivas; en la pregunta: *“Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes”*, se obtuvo un 42.8% de respuestas afirmativas. La dimensión transferencias y transiciones hospitalarias registró un 39.7% de respuestas positivas; el ítem: *“Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital”*, obtuvo un 39.7% de respuestas positivas.

En relación con los comentarios y comunicación sobre errores, se alcanzó un 56.6% de respuestas positivas, en coincidencia con la pregunta: *“Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio”*, con un 52.8% (cuadro II).

El análisis entre categorías reveló diferencias estadísticamente significativas en diversas dimensiones e ítems del cuestionario. En la dimensión percepciones generales de seguridad, en el ítem: *“Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio”*, el resultado fue significativo ($p = 0.059$) para la categoría laboral de enfermera jefe de piso. En la dimensión frecuencia de eventos adversos notificados, se observaron diferencias significativas en dos ítems: *“Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de que afecte al paciente, se notifica”* ($p = 0.034$) y *“Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, se notifica”* ($p = 0.049$), ambos en la categoría laboral de enfermera especialista. Respecto a la dimensión expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promueven la seguridad del paciente, el ítem: *“Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos”* ($p = 0.058$) y el ítem: *“Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes”*, mostraron diferencias significativas en las categorías laborales de auxiliar de enfermería ($p = 0.01$) y enfermera especialista ($p = 0.004$). En la dimensión aprendizaje organizacional, mejora continua, el ítem: *“Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo”*, obtuvo significación en la categoría enfermera jefe de piso ($p = 0.067$). Al evaluar la efectividad del ítem: *“Después de introducir cambios para mejorar la seguridad del paciente”*, esta fue significativa en la categoría de enfermera especialista ($p = 0.037$).

En la dimensión trabajo en equipo entre los departamentos, las diferencias significativas se identificaron en los ítems: *“En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente”* ($p = 0.029$) respecto a la categoría laboral de enfermera general clínica ($p = 0.026$). El ítem: *“Cuando tenemos*

Cuadro I Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería (n = 290)

Variable		Frecuencia	%
Edad	25-30 años	50	17.2
	31-35 años	44	15.2
	36-40 años	66	22.8
	41-45 años	29	10.0
	46-50 años	42	14.5
	51-55 años	38	13.1
	56-60 años	21	7.2
Sexo	Masculino	88	30.3
	Femenino	202	69.7
Estado civil	Soltero	125	43.1
	Casado	129	44.5
	Unión libre	21	7.2
	Divorciado	14	4.8
	Viudo	1	.3
Categoría laboral	Auxiliar de Enfermera General	53	18.3
	Enfermera General	112	38.6
	Enfermera General Clínica	48	16.6
	Enfermera Especialista	27	9.3
	Enfermera jefe de Piso	22	7.6
	Subjefe de Enfermeras	9	3.1
	Camillero de Unidad Hospitalaria	19	6.6
Área de Trabajo	Urgencias	72	24.8
	Medicina interna	61	21.0
	Quirófano	31	10.7
	Toco cirugía	16	5.5
	Unidad de Cuidados Intensivos	15	5.2
	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediatría	17	5.9
	Cirugía	37	12.8
	Consulta Externa	23	7.9
	Ginecología	12	4.1
	Quimioterapia	3	1.0
	Otro	3	1.0
Turno	Matutino	120	41.0
	Vespertino	85	29.3
	Nocturno	85	29.3
Antigüedad laboral	menos 1 año	41	14.1
	1 a 5 años	39	13.4
	6 a 10 años	45	15.5
	11 a 15 años	50	17.2
	16 a 20 años	58	20.0
	21 a 25 años	40	13.8
	más 26 años	17	5.9
Escolaridad	Secundaria	4	1.4
	Preparatoria	30	10.3
	Técnico	129	44.5
	Licenciatura	116	40.0
	Maestría	10	3.4
	Doctorado	1	0.3
Tiene hijos	Si	211	72.8
	No	79	27.2
Conocimiento del tema	Si	217	74.8
	No	73	25.2
Actividad extrainstitucional	Si	61	21.0
	No	229	79.0

Fuente: Elaboración propia, 2025

Cuadro II Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería (n = 290)

Cultura de seguridad	Respuestas					
	Negativa		Neutral		Positiva	
	F	%	F	%	F	%
I. Percepciones generales de seguridad	24	8.3	155	53.4	111	38.3
• En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo	53	18.3	69	23.8	168	57.9
• Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir	103	35.5	66	22.8	121	41.7
• Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio	167	57.6	74	25.5	49	16.9
• Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área	116	40	73	25.2	101	34.8
II. Frecuencia de eventos adversos notificados	41	14.1	83	28.6	166	57.2
• Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	58	20	79	27.2	153	52.8
• Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	67	23.1	74	25.5	149	51.4
• Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es dañado?	64	22.1	85	29.3	141	48.6
III. Expectativas y acciones de supervisión /gerentes que promuevan la seguridad del paciente	29	10	125	43.1	136	46.9
• Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	51	17.6	61	21	178	61.4
• Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	58	20	71	24.5	161	55.5
• Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	133	45.9	84	29	73	25.2
• Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez	145	50.0	75	25.9	70	24.1
IV. Aprendizaje organizacional- mejora continua	22	7.6	75	25.9	193	66.6
• Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	41	14.1	61	21.0	188	64.8
• Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	68	23.4	90	31.0	132	45.5
• Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	57	19.7	81	27.9	152	52.4
V. Trabajo en equipo dentro de los departamentos	13.0	4.5	63	21.7	214	73.8
• En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	34	11.7	61	21.0	195	67.2
• Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	60	20.7	77	26.6	153	52.8
• En este servicio, el personal se trata con respeto	27	9.3	51	17.6	212	73.1
• Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda de sus compañeros	62	21.4	61	21.0	167	57.6
VI. Apertura de comunicación	22.0	7.6	135	46.6	133	45.9
• El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	42	14.5	84	29.0	164	56.6
• El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	90	31.0	84	29.0	116	40.0
• El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente, no está bien	130	44.8	83	28.6	77	26.6
VII. Respuesta no punitiva al error	44.0	15.2	102	35.2	144	49.7
• El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	88	30.3	98	33.8	104	35.9
• Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema	105	36.2	81	27.9	104	35.9
• Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	72	24.8	86	29.7	132	45.5
VIII. Dotación de personal	43.0	14.8	154	53.1	93	32.1
• Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	126	43.4	76	26.2	88	30.3
• El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	129	44.5	83	28.6	78	26.9

Continúa en la página: 7

Dimensiones	Negativa		Neutral		Positiva	
	F	%	F	%	F	%
• Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	135	46.6	70	24.1	85	29.3
• Con frecuencia trabajamos como en forma de crisis tratando de hacer mucho y muy rápidamente	78	26.9	92	31.7	120	41.4
IX. Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente	26	9	98	33.8	166	57.2
• La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	89	30.7	92	31.7	109	37.6
• Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	75	25.9	83	28.6	132	45.5
• La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	77	26.6	76	26.2	137	47.2
X. Trabajo en equipo entre departamentos del hospital	21	7.2	151	52.1	118	40.7
• Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	79	27.2	107	36.9	104	35.9
• Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes	78	26.9	88	30.3	124	42.8
• Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos	92	31.7	91	31.4	107	36.9
• En este hospital con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios	121	41.7	98	33.8	71	24.5
XI. Transferencias y transiciones hospitalarias	59	20.3	116	40	115	39.7
• La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	115	39.7	94	32.4	81	27.9
• A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turnos	113	39.0	86	29.7	91	31.4
• con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital	96	33.1	108	37.2	86	39.7
• Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	92	31.7	97	33.4	101	34.8
XII. Comentarios y comunicación sobre errores	34	11.7	92	31.7	164	56.6
• Se nos informa sobre los errores que se comenten en este servicio	62	21.4	75	25.9	163	52.8
• Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado	86	29.7	98	33.8	106	36.6
• En este servicio, discutimos como se pueden prevenir errores para que no vuelvan a suceder	61	21.0	77	26.6	152	52.4

Fuente: elaboración propia, 2025

mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo”, fue significativo en la categoría de auxiliar de enfermería ($p = 0.001$) y subjefe de enfermeras ($p = 0.027$). En el ítem: “En este servicio el personal se trata con respeto”, las diferencias se identificaron en las categorías de auxiliar de enfermería ($p = 0.001$) y enfermería especialista ($p = 0.031$).

En la apertura de comunicación, el ítem: “*El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente no está bien*”, mostró diferencia en la categoría de enfermera jefe de piso ($p = 0.004$). Ante la respuesta no punitiva al error, se identificaron diferencias en los ítems: “*El personal siente que sus errores son utilizados en su contra*”, en particular en la categoría de enfermera general clínica ($p = 0.06$); “*Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema*”, referente a la categoría enfermera jefe de piso ($p = 0.061$), y “*Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral*”, en las categorías de enfermera general clínica ($p = 0.052$) y subjefe de enfermeras ($p = 0.048$).

En relación con la dotación de personal, se evidenciaron diferencias en los ítems: “*El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente*”, en la categoría de enfermera especialista ($p = 0.016$); y “*Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente*”, con la enfermera especialista ($p = 0.029$) y enfermera jefe de piso ($p = 0.06$). En la dimensión trabajo en equipo entre departamentos del hospital, en el ítem: “*Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos*”, el resultado fue significativo en la categoría auxiliar de enfermería ($p = 0.026$). En cuanto a la dimensión transferencias y transiciones hospitalarias, en el ítem: “*Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital*”, fue significativa en la enfermera jefe de piso ($p = 0.055$). En la dimensión comentarios y comunicación sobre errores, en el ítem: “*Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio*”, se identificó significancia en la enfermera especialista ($p = 0.003$).

Se encontraron diferencias significativas en varios ítems y categorías laborales relacionadas con la dimensión de apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente: “*La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente*” (enfermera especialista, $p = 0.032$); “*Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria*” (enfermera jefe de piso, $p = 0.059$); y “*La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso adverso*” (enfermera general, $p = 0.017$).

Estos hallazgos indican que las percepciones sobre la cultura de seguridad del paciente varían significativamente según la categoría profesional (cuadro III).

Discusión

La evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante el HSOPSC evidenció un perfil demográfico y profesional concordante con el reportado en la literatura internacional. Respecto al predominio del sexo femenino, este se acerca a los valores habitualmente descritos en estudios recientes de diversos países, que oscilan entre el 76% y el 89%. Esta elevada feminización de las muestras refleja la composición de la fuerza laboral en enfermería.^{15,22,23}

Acerca de la relación significativa entre el conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente y el grado académico de los participantes, este hallazgo es similar a lo que se ha reportado respecto al nivel educativo como uno de los cinco factores asociados con una mejor percepción de la cultura de seguridad del paciente. Es probable que este efecto se deba a una mayor exposición a formación específica y a protocolos institucionalizados de seguridad del paciente.^{24,25,26}

En el presente estudio, al igual que en otras investigaciones realizadas con metodología similar, se identificó que tener conocimiento previo sobre la cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la percepción del ámbito laboral.^{23,27}

Para evaluar la fortaleza de la organización estudiada, cabe señalar que no se alcanzó el umbral de respuestas positivas para considerarse fuerte; estos hallazgos son consistentes con la literatura regional y nacional reciente, donde se observa una percepción de moderada a baja en la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios, particularmente en instituciones públicas de segundo y tercer nivel de atención.^{28,29,30}

En un metaanálisis de 30 estudios latinoamericanos que utilizaron la HSOPSC, el puntaje global de percepción po-

sitiva fue del 48%. En México, se reportan puntajes similares entre el 35% y el 50% de respuestas positivas globales, acentuando la necesidad de intervenciones sistémicas para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.^{31,32,33}

Con base en el puntaje considerado como bajo en las dimensiones de dotación de personal, percepción general de la seguridad y respuesta no punitiva a los errores, estas emergen como áreas prioritarias de oportunidad alineadas con los patrones de investigaciones recientes de la región.^{34,35,36} De acuerdo con lo reportado en hospitales mexicanos y saudíes sobre la respuesta no punitiva, el temor a represalias inhibe la notificación de eventos adversos y afecta el aprendizaje organizacional.^{37,38} A pesar de una percepción positiva en la unidad de cuidados intensivos, la tasa baja de notificación de eventos adversos se alinea con estudios mexicanos donde los profesionales no los reportan por temor al castigo.³⁹ Se recomienda que en futuras investigaciones se aborde el estudio de las barreras expresivas en enfermería.⁴⁰

El trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional fueron las dimensiones con mayor fortaleza, de manera similar a los hallazgos positivos de la literatura internacional y nacional.^{41,42}

Conclusiones

Dado que en las dimensiones evaluadas no se alcanzó el umbral del 75% de respuestas positivas para considerar la fortaleza organizacional, evaluar la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario deja ver una realidad compleja donde la disposición del personal de enfermería colisiona con barreras estructurales sistémicas.

Si bien el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional emergen como pilares de resiliencia y compromiso ético, estos esfuerzos individuales y colectivos parecen insuficientes frente a una organización que aún muestra rasgos de reactividad.

Se entiende que la seguridad del paciente es un proceso transversal e integrado de la institución. Un punto de reflexión crítica es la deficiencia percibida en la dotación de personal y la sobrecarga laboral que comprometen la seguridad y sitúan al personal en una vulnerabilidad ética constante; esta situación empeora por una comunicación interdepartamental fragmentada y problemas en las transiciones hospitalarias.

El análisis pone de manifiesto la persistencia de una cultura del miedo e indica que el enfoque punitivo sigue prevaleciendo sobre el aprendizaje sistémico. A pesar de

Cuadro III Percepción de las dimensiones de cultura de seguridad en relación con la categoría laboral (n = 290)

Dimensiones / ítems	Categoría laboral	%	p
Percepciones generales de seguridad			
Solo por casualidad ocurren más errores en este servicio	Enfermera Jefe de Piso	31.8	0.059
Frecuencia de eventos adversos notificados			
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	Enfermera Especialista	33.3	0.034
	Camillero Unidad Hospitalaria	31.6	0.056
Cuando se comete un error, pero no tiene potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	Enfermera Especialista	33.3	0.049
Expectativas y acciones de supervisión/gerentes que promuevan la seguridad del paciente			
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos	Enfermera Especialista	44.4	0.058
Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes	Auxiliar de Enfermera General	11.3	0.01
	Enfermera Especialista	48.1	0.004
	Camillero Unidad Hospitalaria	36.8	0.008
Aprendizaje organizacional- mejora continua			
Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	Enfermera Jefe de Piso	63.6	0.067
Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	Enfermera Especialista	33.3	0.037
Trabajo en equipo de los departamentos			
En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	Enfermera General Clínica	79.2	0.029
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como equipo para terminarlo	Auxiliar de Enfermera General	39.6	0.001
	Subjefe de Enfermeras	89	0.027
En este servicio, el personal se trata con respeto	Enfermera Especialista	55.6	0.031
Apertura de comunicación			
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo aparentemente, no está bien	Enfermera Jefe de Piso	50	0.004
Respuesta no punitiva al error			
El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	Enfermera General Clínica	48	0.06
Cuando se informa de un evento adverso, siente que se juzga a la persona y al problema	Enfermera Jefe de Piso	54.5	0.061
Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	Enfermera General Clínica	58.3	0.052
	Subjefe de Enfermeras	78	0.048
Dotación Personal			
El personal de este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente	Enfermera Especialista	7.4	0.016
	Camillero Unidad Hospitalaria	47.4	0.037
Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	Enfermera Especialista	11.1	0.029
	Enfermera Jefe de Piso	45.5	0.06
Apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente			
La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	Enfermera Especialista	18.5	0.032
Las acciones de la dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	Enfermera Jefe de Piso	27.3	0.059
La dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso	Enfermera General	38.4	0.017
Hay una buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos	Auxiliar de Enfermera General	22.6	0.026
Transferencia y transiciones hospitalarias			
Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	Enfermera Jefe de Piso	54.5	0.055
Comentarios y comunicación sobre errores			
Se nos informa sobre los errores que se comenten en este servicio	Enfermera Especialista	26	0.003

Fuente: elaboración propia

que exista una intención de reporte de eventos adversos, el personal teme que los errores afecten su expediente laboral o se utilicen en su contra. Esta visión se refuerza con la percepción de una alta dirección reactiva, cuya preocupación por la seguridad del paciente parece activarse primordialmente tras la ocurrencia de incidentes graves, en lugar de sostener una vigilancia proactiva y preventiva.

Las discrepancias en la percepción de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente están mediadas

por la formación académica y la posición jerárquica. Para modificar esta realidad, es imperativo un cambio de paradigma organizacional que fomente un liderazgo transformacional comprometido con la prevención y gestión de riesgos en el ambiente laboral y el clima organizacional. La seguridad del paciente en este contexto no es una meta administrativa, es un imperativo humano que requiere de una intervención estructural profunda.

Referencias

1. Dos Santos-Bezerril M, Goncalves-da Costa ME, de Araújo-Lima Fraire V, Belmiro-Andrade F, Barreto Tavares-Chiavone F, Pereira-Santos VE. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud. *Enfermería Global*, 2022, vol. 21 (3) ;376-408 DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.503031>
2. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Meléndez-Mogollón IC, Macías-Maroto M, Álvarez-González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2020; 36(2):1-14.
4. Pineda YP, Zapata-Lopera PA, Vásquez-Trespalcacios EM. Impacto de la cultura organizacional en las instituciones de salud: énfasis en la seguridad del paciente. Una revisión sistemática. *Rev Nure Inv*. 2022; 19(117); 1-10
5. Burquez-Hernández GJ, Zeladita-Huaman JA, Carceles-Reluz. Cultura de seguridad del paciente y reportes de eventos adversos en enfermeras intensivistas y emergencistas. *Rev Cubana Enfermer* 2024;40:1-14
6. Blanco-Quintana RM, Mora-Pérez Y, Solange Bosi de Souza-Magnago T, Navarro-Martiatu LM, Sánchez-García ZT, Iglesias-Armenteros AL. Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *Medisur*. 2023; 21(4); 854-864
7. Jaimes-Valencia ML, Alvarado-Alvarado AL, Mejía-Arciniegas CN, López-Galán AV, Mancilla-Jiménez VA, Padilla-García CI. Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*. 2021;12(1);1-16. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
8. Organización Panamericana de la Salud. Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de calidad y política social. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
9. Diario Oficial de la Federación: Consejo de Salubridad. Acuerdo por el que declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento dominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (internet). México; 02/12/2025. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5692439
10. Banderas-Ocampo MA, López-Jacinto EA, Roque-Pimentel C, Bojórquez-Sabido GA, Ramírez-Contreras L, Chan-Molina D, et al. Cultura de seguridad del paciente en hospitales regionales de alta especialidad. *Hosp Med Clin Manag*. 2020; 13:116-123. <https://doi.org/10.24875/HMCM.20000004>
11. Segura-García M.T, Castro-Vida M.Á, García-Martín M, Álvarez Ossorio-García de Soria R, Cortés-Rodríguez A.E, López-Rodríguez M.M. Cultura de seguridad del paciente en un hospital terciario: un estudio transversal. *Resolución Int. J. Ambiental de Salud Pública* 2023, 20 (3); 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032329>
12. Mella-Laborde M, Gea-Velázquez MT, Aranaz-Andrés JM, Ramos-Forner G, Compañ Rosique AF. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2020; 34(5):500-513. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
13. Ramirez de AV, Pérez CVJA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la investigación sanitaria y la calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Med*. 2021; 19(2): 195-203. <https://dx.doi.org/10.35366/100442>
14. Larico-Peralta Y, Rosas-Itucayasi ML, Mutter-Cuellar KI. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Rev. méd. Basadrina*, 2021; 15(2): 11-20 <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>
15. Brás CPC, Ferreira MMC, Figueiredo MCAB, Duarte JC. Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. *Rev. latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:1-15. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>
16. Zuleta-González L, Silva-Jiménez D, Infante-Peñañiel A. Cultura de calidad y seguridad del paciente. Una revisión narrativa. *Revista Gestión de las personas y Tecnología* 2024; 50 (17): 66-87 <https://doi.org/10.35588/2qp8yt25>
17. López-Nieto Z, Estrada-Durán DM, Montes-Osorio MG. Sistema de notificación de eventos adversos como estrategia para la cultura de calidad y seguridad del paciente. *Rev Méd IMSS*. 2024; 32 (1):1-5 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1037102>
18. Flores-González E, Godoy-Pozo J, Burgos-Grob F, Salas-Quijada CL. Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Cienc. enferm* 2021; 27: 1-7. <https://dx.doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía técnica para la prevención de eventos adversos relacionados con la atención médica. México: IMSS; 2021. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/guias_practicaclinica?field_categoria_gs_value=17
20. Escandell-Rico FM, Pérez-Fernández L. La seguridad del paciente en las enfermeras de atención primaria. *Rev ciencias médicas*. 2023; 27: 1-10.
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*. 2023;22(2):111-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>

22. Secretaría de salud. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Consejo de salubridad general 2023: 77. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/919499/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo: invertir en educación, empleo y liderazgo. Informe técnico 2020; 38-144 disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>
24. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Estrategia global 2021:1-86. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
25. Elaine-Haas L, Angela-Gaedke M, Mendes-Santos JA. Cultura de la seguridad del paciente en los servicios de alta complejidad en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Cogitare Enferm*. 2022; 27:1-15 <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87866>
26. Morales-Díaz N, Moreno-García LC, Martínez-Delgado L. Conocimiento y aplicación de la política de seguridad del paciente por el personal de enfermería, para la prevención y reporte del evento adverso en un hospital de segundo nivel de Cundinamarca. *Revista cultural del cuidado enfermería* 2022; 19(2): 8-25
27. Massaroli A, De Carli-Rodríguez ME, Kooke K, De Brito-Pitilin E, Brum-Haag F, et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital del sur de Brasil. *Cienc. enferm* 2021; 27;10:1-12. <https://doi.org/10.29393/CE27-10ACAM60010>
28. Rawas H, Abou-Hashish EA. Predictors and outcomes of patient safety culture at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. A nursing perspective. *BMC Nursing* 2023(22);229:1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01391-w>
29. Yaseen-Mohammed A, Alrabae MSN, Aboshaiqah AE, Tumala RB. The association between self-reported workload and perceptions of patient safety culture: A study of intensive care unit nurses. 2021(30);7-8:1003-1017 <https://doi.org/10.1111/jocn.15646>
30. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and Comparison of Patient Safety Culture Among Health-Care Providers in Shenzhen Hospitals. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2020(13):1543-1552. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>
31. Alaska, Yasser A, Alkutbe, Rabab B. What Do We Know About Patient Safety Culture in Saudi Arabia? A Descriptive Study. *Journal of patient safety*. 2023;19(8): 517-524. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001165>
32. He H, Chen X, Tian L, et al. Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals: a cross-sectional survey. *BMC Nurs*. 2023(22):329;1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01494-4>
33. Alsulami A, Aaqoulah A, Almutairi N. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Front. in Public Health* 2022; 1-10 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953393>
34. Walter C, Begum T, Boyle JA, Ward J, Barzi F. Preconception Health of Indigenous Peoples in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2024;21(3):1-39. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030345>
35. Batista J, de Almeida-Cruz ED, Taporosky-Alpendre F, Parreira-da Silva D, Borges-Brandao M. et al. Diferencias entre los profesionales de enfermería y medicina respecto a la cultura de la seguridad del paciente quirúrgico. *Enfermería Global*. 2021: (20)3; 1-14. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>
36. Kakemam E, Gharaee H, Rajabi MR, Nadernejad M, Khakdel Z, Raeissi P, et al. Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: a national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing* 2021;20(60):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>
37. Kakemam E, Hajizadeh A, Azarmi M, Zahedi H, Gholizadeh M, Roh YS. Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management* 2021;(29)5:1-14. <https://doi.org/10.1111/jonm.13257>
38. Cheghini Z, Kakemam E, Asghari-Jafarabadi M, Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. *BMC Nurs* 2020; (19) 89; 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
39. Camacho-Rodríguez DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud*. 2020; 25 (1): 141-153 <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>
40. Eman-Sayed H, Safaa-Mohamed AE, Faten-Ali A, Heba-Dakrory A. Perceptions of Staff Nurses about Patient Safety Culture at Minia General Hospital. *Revista Científica de Enfermería Minia* 2021;(10) 1:68-77. <https://doi.org/10.21608/msnj.2021.199347>
41. Majeda Abdullah SA, Arun Vijay S. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. *Elsevier, Informatic in Medicine Unlocked* 2022; (28);1-6. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100858>
42. Aranaz-Andrés JM, Espinel-Ruiz MA, Roldan-Moll F. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad de Madrid y acciones de mejora. *Revista de Investigación de Calidad Sanitaria*. 2025; (40)2; 97-106 <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.12.005>

..... Cómo citar este artículo/To reference this article:

Vázquez-Díaz A, Villanueva-Romero ML, Flores-Padilla L. Percepción del personal de enfermería sobre las dimensiones y prácticas de cultura de seguridad del paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026; 34(4):e1613. doi: 10.5281/zenodo.23165646