

Artículo original/Original article/Artigo original

Clima de seguridad del paciente en un hospital público de Imbabura, Ecuador

Patient safety climate in a public hospital in Imbabura, Ecuador

Clima de segurança do paciente em um hospital público em Imbabura, Equador

Joselyn Gabriela Mera Chávez¹

<https://orcid.org/0009-0005-3378-9313>

Viviana Margarita Espinel Jara¹

<https://orcid.org/0000-0001-9903-8794>

María Ximena Tapia Paguay¹

<https://orcid.org/0000-0003-0092-7159>

Amparo Paola Tito Pineda¹

<https://orcid.org/0000-0002-7022-2819>

Eva Consuelo López Aguilar¹

<https://orcid.org/0000-0002-4256-6964>

Resumen

Objetivo: Describir el clima de seguridad del paciente en un hospital del cantón Ibarra en Ecuador. **Material y métodos:** Esta investigación es de corte transversal, no experimental, cuantitativa descriptiva. La muestra se conformó por 191 trabajadores del hospital de diversas áreas, a quienes se le aplicó el cuestionario de seguridad del paciente de la AHRQ. **Resultados:** El 66% fueron féminas, con un grupo representativo de edad entre 20 y 30 años (44%), con educación superior (74,9%), en su mayoría personal de medicina (34,1%), seguido por el personal de enfermería (29,7%). En cuanto al clima de seguridad, se tomaron en cuenta las dimensiones de trabajo en equipo (59,34%), relación supervisor jefe (57,59%), comunicación (62,45%) y frecuencia de sucesos notificados (67,8%) (se muestra la puntuación positiva). **Conclusión:** Se concluye que hay potencial para mejorar el clima de seguridad en el hospital y que se debe dar prioridad a mejorar la relación con el supervisor o jefe.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, seguridad del paciente, personal de hospital

¹ Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador

Abstract

Objective: Describe the patient safety climate in a hospital in the Ibarra canton in Ecuador. **Material and methods:** This research is cross-sectional, non-experimental, quantitative descriptive. The sample was made up of 191 hospital workers from various areas, to whom the AHRQ patient safety questionnaire was applied. **Results:** 66% were women, with a representative group aged between 20 and 30 years (44%), with higher education (74.9%), mostly medical personnel (34.1%), followed by nursing personnel (29.7%). Regarding the safety climate, the dimensions of teamwork (59.34%), supervisor boss relationship (57.59%), communication (62.45%) and frequency of reported events (67.8%) were taken into account (the positive score is shown). **Conclusion:** It is concluded that there is potential to improve the safety climate in the hospital and that priority should be given to improving the relationship with the supervisor or boss.

Keywords: quality of healthcare, patient safety, hospital personnel

Resumo

Objetivo: Descrever o clima de segurança do paciente em um hospital do cantão de Ibarra, no Equador. **Material e métodos:** Esta pesquisa é transversal, não experimental, descritiva quantitativa. A amostra foi constituída por 191 trabalhadores hospitalares de diversas áreas, aos quais foi aplicado o questionário de segurança do paciente AHRQ. **Resultados:** 66% eram do sexo feminino, com um grupo representativo com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos (44%), com formação superior (74,9%), maioritariamente pessoal médico (34,1%), seguido da enfermagem (29,7%). Em relação ao clima de segurança, foram levadas em consideração as dimensões trabalho em equipe (59,34%), relacionamento chefe supervisor (57,59%), comunicação (62,45%) e frequência de eventos relatados (67,8%) (pontuação positiva apresentada). **Conclusão:** Conclui-se que existe potencial para melhorar o clima de segurança no hospital e que deve ser dada prioridade à melhoria do relacionamento com o supervisor ou chefe.

Palavras-chave: qualidade dos cuidados de saúde, segurança do paciente, pessoal do hospital

Introducción

El clima de seguridad del paciente es todo contexto en el cual se persigue garantizar la seguridad del paciente y el éxito en su tratamiento. Este contexto es conformado por elementos humanos como códigos morales, valores, ética, técnica, capacidades personales y también por elementos materiales como infraestructura, insumos e instrumentación, además que puede ser influenciada por la cultura o la realidad local; el clima de seguridad como tal se expresa en un tiempo y espacio específico.¹⁻³

En este sentido, el clima de seguridad es un elemento que incluye la percepción de los involucrados, con el fin de diseñar acciones de mejora. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, en 2002, plantea la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que finalmente se establece en el 2004 con la finalidad de reducir los riesgos en las atenciones y procedimientos del cuidado de la salud.⁴⁻⁶ Además, promueve evaluaciones constantes acerca de la seguridad del paciente a nivel mundial; en consecuencia para lograr esta evaluación se crea el *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)* por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, instrumento que valora cuantitativamente la cultura de seguridad del paciente y conglomerada todas las características técnicas, de gestión, relación, comunicación etc., que permite dar un análisis profundo y predictivo sobre la eficiencia que se tiene en la atención al paciente.⁷⁻⁹

En estudios realizados en países como España, Brasil, Colombia, Perú y Ecuador, algunos resultados de las evaluaciones indican la necesidad de mejorar aspectos en la cultura de seguridad del paciente.^{1,2,9-15} Entre estos se encuentra la carga laboral, debido a la dotación de personal, con respuestas positivas por debajo del 40% y respuestas negativas que superan el 30%. Un caso específico dado en Colombia muestra una insatisfacción representativa de 51,7% con respecto a la carga de trabajo; esto conlleva casos de burnout y deserción del puesto de trabajo.¹³ La respuesta punitiva al error es otro elemento con baja puntuación positiva, en un estudio la manifestación de respuestas negativas para las respuestas no punitivas al error fue de 40,2%, indicando que no se abordó adecuadamente a los que propiciaron algún incidente en el establecimiento de salud.^{13,14} Sucede que otro factor desfavorable registrado en algunas investigaciones está relacionado con la gerencia o supervisión, siendo un elemento débil en la mayoría de casos.¹⁴⁻¹⁸ Los factores del entorno local o nacional pueden influenciar en los riesgos sobre el paciente, como situaciones políticas desfavorables, pobreza, desnutrición, etc.¹⁹ Sin embargo, con la adecuada evaluación del clima de seguridad se pueden generar acciones preventivas y adaptadas al entorno inmediato.²⁰

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública está intentando dar mayor relevancia al factor humano en la gestión sanitaria; en tal caso, la importancia de tener una buena relación con el personal y optimizar la gerencia repercute en el buen trato al paciente, incluso desde su recepción hasta su salida del establecimiento de salud, haciendo propicia una atención de calidad y efectiva.²¹ Así pues, hay esfuerzos para mejorar los entornos de trabajo, ya que estos influyen sobre los pensamientos, las emociones y las conductas del trabajador de salud y llegan a tener influencia en el ejercicio de su carrera. Otro detalle necesario a considerar es que no hay muchas investigaciones recientes acerca del clima de seguridad del paciente.^{19,22,23}

En este sentido, este estudio tiene como objetivo describir el clima de seguridad del paciente en un hospital público de la provincia de Imbabura del Ecuador para poder realizar las planeaciones preventivas y de intervención orientadas a la reducción de riesgos en la atención.

Material y métodos

La investigación fue cuantitativa, de diseño no experimental, de tipo descriptivo y cohorte transversal.²⁴⁻²⁶ El estudio se realizó en un hospital público de la provincia de Imbabura, bajo autorización de la gerencia. La población estuvo constituida por un aproximado de 350 trabajadores entre personal de salud y de apoyo, de los servicios de emergencia, centro quirúrgico, medicina interna y cirugía; de los cuales, 191 aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado, conformando una muestra no probabilística por conveniencia.²⁴

Se recolectaron los datos sociodemográficos a través de una encuesta virtual por medio del Google Forms y se aplicó el cuestionario Surveys on Patient Safety Culture 2019 versión 2.0 (SOPS) adaptado de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), el cual consta de 34 preguntas de tipo Likert. La confiabilidad del instrumento tuvo una puntuación global de 0,91 en el alfa de Cronbach, por lo tanto, es un instrumento confiable.

Los datos se procesaron con el programa Microsoft Excel para la calificación del instrumento SOPS y la recolección de datos; luego, con la ayuda del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), se elaboraron las tablas de análisis y se obtuvieron los resultados que a continuación se presentan.

Resultados

Tabla 1
Datos sociodemográficos

Variable	Escalas	N	%
Edad	De 20 a 30 años	84	44
	De 31 a 40 años	44	23
	De 41 a 50 años	52	27,2
	De 51 años a más	11	5,8
Sexo	Mujer	126	66
	Hombre	65	34
Nivel de instrucción	Primaria	2	1
	Secundaria	46	24,1
	Superior	143	74,9
Residencia	Urbana	165	86,4
	Urbana marginal	10	5,2
	Rural	16	8,4
Estado civil	Soltero	88	46,1
	Casado	62	32,5
	Divorciado	19	9,9
	Viudo	2	1
	Unión libre	20	10,5

En la tabla 1 se observa que la muestra estuvo conformada mayoritariamente por sujetos de entre 20 y 30 años, con una media de edad de 36 años, con alta representatividad del sexo femenino, con educación de nivel superior, con residencia en la zona urbana y con estado civil soltero.

Tabla 2
Datos laborales, cargo y área de servicio

Variable	Escalas	N	%
Cargo específico en el hospital	Enfermera/o profesional de 4.º nivel	8	4
	Enfermera/o profesional de 3.º nivel	38	19,9
	Interno de enfermería	11	5,8
	Médico especialista/tratante	20	10,5
	Médico residente/general	16	8,4
	Interno de medicina	29	15,2
	Nutricionistas e internos de nutrición	10	5,2
	Terapia física	6	3,1
	Laboratorista	10	5,2
	Personal de alimentación	5	2,6
	Personal de limpieza	30	15,7
Otros	8	4,2	
Unidad de servicio específico	Centro Quirúrgico	57	29,8
	Emergencia	30	15,7
	Medicina Interna	24	12,6
	Cirugía	12	6,3
	Laboratorio/Patología	11	5,8
	Terapia (Medicina) y Rehabilitación	8	4,2
	Personal de alimentación	12	6,3
	Servicio de limpieza	30	15,7
Otros	7	3,7	

En la tabla 2 se observa una mayor participación del personal de enfermería del 3.º y 4.º nivel, conjuntamente, con una conglomeración en el Servicio de Centro Quirúrgico.

Tabla 3
Datos laborales, tiempo de trabajo, horarios y contacto con pacientes

Variable	Escalas	N	%
Tiempo de trabajo en el hospital	Menos de 1 año	61	31,9
	De 1 a 5 años	62	32,5
	De 6 a 11 años	41	21,5
	De 11 a más años	27	14,1

Tiempo de trabajo en el área de servicio	Menos de un año	78	40,8
	De 1 a 5 años	57	29,8
	De 6 a 11 años	36	18,8
	De 11 a más años	20	10,5
Horas de trabajo a la semana	Menos de 30 horas a la semana	9	4,7
	De 30 a 40 horas a la semana	85	44,5
	Más de 40 horas a la semana	97	50,8
Personal con contacto directo con el paciente	Sí	164	85,9
	No	27	14,1

En la tabla 3 se observa que la mayoría del personal lleva trabajando de 1 a 5 años en el hospital y menos de un año en su área específica de servicio. Cabe recalcar que la muestra también está compuesta por internos y trabajadores de empresas externalizadas de limpieza y alimentación; además, hay prevalencia del cumplimiento de 40 horas de trabajo a la semana, también se observa un pequeño porcentaje del personal que trabaja menos de 30 a 40 horas a la semana, conformado por internos en su mayoría; hay representación significativa de quienes tienen contacto directo con el paciente.

Tabla 4
Dimensiones objetivo

Dimensiones objetivo	Respuestas negativas (%)	Respuestas positivas (%)	Respuestas neutras (%)	No aplicables (%)	Total (%)
Trabajo en equipo	24,78	59,34	13,44	2,44	100
Relación supervisor jefe	25,31	57,59	15,71	1,40	100
Comunicación	16,23	62,45	19,07	2,24	100
Frecuencia de sucesos notificados	10,47	67,80	16,49	5,24	100

En la tabla 4 se aprecia una mayoría de respuestas positivas para las dimensiones de trabajo en equipo, relación supervisor jefe, comunicación y frecuencia de sucesos notificados, siendo la que recibe mayor puntuación positiva la dimensión de frecuencia de sucesos notificados. Además, se aprecia que la mayor cantidad de respuestas negativas la tiene la dimensión relación supervisor jefe.

Tabla 5
Incidentes reportados en los últimos 12 meses

Incidentes reportados en los últimos 12 meses	N	%
Ninguno	82	42,93
de 1 a 2	76	39,79
de 3 a 5	24	12,57
de 6 a 10	8	4,19
de 11 a más	1	0,52

En la tabla 5 se observa que mayoritariamente no se han reportado incidentes; sin embargo, hay una porción significativa de la muestra que reportaron entre 1 o 2 incidentes en los últimos 12 meses.

Discusión

Con base en los resultados obtenidos, se ha encontrado que el personal mayoritariamente oscila entre los 20 y 30 años, con una representatividad del 44%; esto indica que el personal es joven. En una investigación llevada a cabo en Perú se estima que la edad promedio de inicio de trabajo en los establecimientos de salud es de 24 años.^{27,28} En Ecuador la cifra no es tan distante, ya que los rangos de edad mayoritarios en los trabajadores de los establecimientos de salud oscilan entre los 24 y 35 años.^{1,29} También, se puede notar que hay una mayor participación de las personas de sexo femenino, es decir, mujeres, con una representatividad del 66%. Este suceso es interesante, ya que en diversas investigaciones se aprecia que hay un grupo representativo de mujeres. Entre estas investigaciones tenemos el caso de dos Santos,³⁰ que tuvo un 72,40% de participación femenina; 85,84% en el caso de Meléndez,¹ 56,6% en la investigación de Rivas y Gálvez²⁸ y 91,5% para Carral.¹⁸ A todo esto, se estima que en Ecuador un 64,5% del personal involucrado en la salud es del sexo femenino, recalcando la importancia y relevancia que tiene la mujer en el sector salud.³¹ Por otro lado, el 74,9% de la muestra en esta investigación tiene un nivel de educación superior, es decir, ha egresado de la universidad; se incluyen también a personas con grados superiores a la licenciatura, esto representa al personal profesional, según la normativa ecuatoriana para trabajar como personal de salud en los hospitales se debe tener como mínimo el 3.º nivel de educación completo.²⁹ Un 86,4% de la muestra tiene residencia urbana; algunos autores consideran que es normal encontrar personal de salud viviendo en zonas urbanas debido a diversas situaciones.^{13,18,20} Finalmente, se encuentra un porcentaje de 46,1% para sujetos solteros y no se ha encontrado una similitud con otras investigaciones, ya que no hay consideraciones relevantes sobre este aspecto.

Se encontró que el personal de enfermería representa un 29,7% de la muestra; sin embargo, el cargo con mayor representatividad es el de medicina, con 34,1%; en el estudio de Mella,³² la proporción es similar, con una mayor participación de médicos que representan el 32,3%. En otros estudios, como en el de Chávez,³³ la representación del personal de enfermería fue del 30% de

su muestra, es decir, que fue mayor que la de médicos. Lo mismo sucede en el estudio de León,³⁴ con 58,7% de participación del personal de enfermería, por lo que es el más representativo. Los servicios de medicina y enfermería son constantes mayoritarias en las investigaciones y se entiende que sus funciones son importantes y muy relevantes en la seguridad del paciente.^{7,19} Los servicios con mayor participación son los de Centro Quirúrgico con 29,8%, Emergencia con 15,7% y Medicina Interna 12,6%. Según otros investigadores como Hespanhol,¹⁹ Batista,¹² Cruz¹⁴ y Blanco,¹¹ el Centro Quirúrgico es el servicio con mayor representatividad. En cuanto a los servicios de Emergencia y Medicina Interna, no se ha encontrado una representatividad significativa en otros estudios.

Se observó que el 32,5% del personal encuestado trabaja en el hospital de 1 a 5 años y en su área de servicio menos de un año; en el estudio de Blanco,¹¹ se observa la misma situación con una mayoritaria representación de personal que trabaja menos de 5 años (21,6%); también, Chávez³³ observa un 64,3% de personal con menos de 5 años de servicio; además, se corrobora que en general el tiempo de servicio en un área específica es menor que el tiempo de trabajo en el hospital.^{20,32,34} Caso contrario de las investigaciones de dos Santos,³⁰ Carvalho¹⁷ y Rivas²⁸; en las que tuvieron mayoría de personal con trabajo de más de 10 años, dado que sus muestras tuvieron específicamente personal de enfermería y medicina, de planta, preferentemente. En esta investigación se consideraron a los internos y al personal de apoyo, lo cual puede haber tenido relación con los tiempos de servicio en el hospital. En relación con las horas de trabajo, se identificó que se trabaja por lo general más de 40 horas a la semana; este dato tiene una representación del 50,8%. Es necesario recalcar que según las normativas del estado ecuatoriano, a partir del 2009 los profesionales de salud deberían trabajar 40 horas semanales.³¹ Estudios como el de Mella,³² León³⁴ y Chávez³³ señalan que el personal de salud trabaja incluso más de 40 horas a la semana, por motivos distintos como extensión por emergencias, procedimientos quirúrgicos, guardias, etc. Además, mencionan que puede ser un motivo para que el personal llegue a tener una condición de burnout por el exceso de carga laboral.

En esta investigación se evaluaron cuatro aspectos de la seguridad del paciente, los cuales son trabajo en equipo, relación con supervisor o jefe, comunicación y frecuencia de sucesos notificados; todos con tendencias a las respuestas positivas. Entre estas dimensiones, el trabajo en equipo tiene un porcentaje de 59,34% de respuestas positivas, lo que se traduce como una oportunidad de mejorar este aspecto, es decir, existe potencial de mejoría; posee relación con algunos trabajos de investigación, en los cuales se hallaron porcentajes similares con 58,9%,³² 76,4%,³³ 61,23%³⁰ y 71,7%¹³ de respuestas positivas, dando a conocer que esta área tiene posibilidades de mejoría. El trabajo en equipo es fundamental para afrontar cualquier incidente que pueda presentarse en trabajo conjunto.

Con respecto a la relación con el supervisor o jefe se tiene un 57,59% de respuestas positivas, que es un buen indicador de la gestión del hospital. Sucede lo contrario en otras investigaciones, debido a que en esta dimensión es de amenaza o debilidad; como en el estudio de Cruz,¹⁴ en el que se identifica un 31,8% de respuestas positivas, lo cual es una percepción negativa acerca de la gerencia y su participación; lo mismo sucede en el estudio de Meléndez,¹ en el que se identifica solo un 23,08% de respuestas positivas en esta dimensión.

En la dimensión comunicación se obtuvo un 62,45% de respuestas positivas, en consecuencia, es una dimensión con potencial y fortaleza. Chávez,³³ Blanco¹¹ y León³⁴ obtienen resultados similares; estos autores consideran que la comunicación ha permitido evitar confusiones relacionadas con la medicación, dosis, continuidad de tratamiento, historia clínica del paciente, etc. No obstante, Cruz,¹⁴ en su investigación, halla que solo el 27% valora positivamente la comunicación, en tanto es una dimensión débil y que propicia los riesgos relacionados a la medicación y continuidad de tratamiento. A pesar de la contrariedad, se valora que la comunicación tiene un valor importante debido a que es la única vía para informar la situación del paciente y su cuidado de modo detallado y técnico.

Finalmente, se observa que la dimensión más fuerte es la de frecuencia de sucesos notificados, con un 67,8% de respuestas positivas. Fonseca¹³ obtuvo un 61,6% en esta dimensión y menciona que esto agiliza sustancialmente el tratamiento del paciente, acelerando así la recuperación y garantizando un buen tratamiento; Rivas²⁸ y Cruz,¹⁴ por su lado, encuentran resultados negativos en esta dimensión y hacen hincapié en que este elemento ha favorecido a que los incidentes sean constantes y no lleguen a solucionarse adecuadamente.

En esta investigación se logró evaluar a una diversidad considerable de profesionales de la salud y personal de apoyo, lo que permitió conocer la realidad del contexto en este hospital. Este estudio sirve como precedente para otros estudios que se lleven a cabo en el Ecuador y así garantizar una correcta evaluación e intervención del clima de seguridad del paciente.

Conclusión

El clima de seguridad en este hospital posee indicadores positivos, lo que se traduce en un lugar con potencial para la optimización del clima de seguridad del paciente, por lo que hace más fácil la identificación de amenazas y debilidades, además de la intervención en estas para fortalecer aún más los diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta los resultados se pueden identificar las zonas de amenaza y debilidad para poder abordarlas a través de un plan de intervención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que en este estudio no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Melendez Mogollon IC, Macías Maroto M, Álvarez González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020; 36(2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239>

2. Villán Villán YF. Clima de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos españolas en el marco de una estrategia multimodal para la prevención de la bacteriemia relacionada con catéter. España: Universidad Complutense de Madrid; 2020. p. 1.
3. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care*. 2018; 46(11):1149-56.
4. Vásquez Cabrera N, Espinosa Márquez A, Cedillo Ramírez ML. Evolución histórica de la Organización Mundial de la Salud y la resistencia a los antimicrobianos. *Rev Panam Salud Pública*. 2023; 47(51):10.
5. Cho M, Levin R. Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 2023; 46:e52.
6. Meza Galván MÁ. Dotación de recursos humanos en enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. *Rev Enfermería Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 3(1):153-7.
7. Cardoso Rocha R, Rocha Bezerra MA, de Meneses Barbosa Martins B, Vilar Teixeira Nunes BM. Enseñanza de la seguridad del paciente en enfermería: revisión integrativa. *Enferm Glob*. 2023; 20(64):700-43.
8. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(21):14380.
9. Arrieta A, Hakim G, Pérez Zárate C, Siu Guillén H, Neves Catter C, Qamar A. Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. *Acta Med Perú*. 2019; 34(4):309-11.
10. Amorim Ribeiro IC, da Silva Cunha KC. Evaluación del clima de seguridad del paciente en un hospital quirúrgico oftálmico. *Enferm Glob*. 2018; 17(52):316-64.
11. Blanco Bezerra T, Duarte Valim M, Costa Santos E, Alves de Lima JD, Ribeiro AC. Percepción del equipo de enfermería del clima de seguridad organizacional de un hospital público. *Enferm Glob*. 2019; 18(53):86-133.
12. Batista J, Rambo Grimm Toledo SA, Santos A dos, Klasa M das GC, Fracasso NV, Heimbecher CT. Clima de seguridad del paciente en Unidades de Cuidados Intensivos en un hospital privado. *Rev Cuba Enferm*. 2022; 38(3).
13. Fonseca-Mesa DA, Serpa-Pérez PC, Arias-Botero JH. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Salud UIS*. 2021; 53.
14. Cruz Riveros JW, Veloza Morales MC. La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de Enfermería. *Rev Investig Andina*. 2019; 21(39):9-20.
15. Tejada HSR, Ayala BP, Minchola SES. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA Rev Esc Enferm*. 2020; 7(2):85-92.

16. de Sousa França AC, Firmo W da CA, Pinto W de ML, Moura MES. Evaluación del clima de seguridad del paciente entre profesionales de enfermería. *Cienc Enferm.* 2020; 26.
17. Carvalho Castilho DE, Bauer de Camargo Silva AE, Escobar Gimenes, Silva Nunes R de L, Andrade Cordeiro Pires AC, Alves Bernardes C. Factores relacionados con el clima de seguridad del paciente en un hospital de urgencias. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020; 28:e3273.
18. Carral P. Clima de seguridad del paciente percibido en tres laboratorios de análisis clínicos hospitalarios. Estudio de corte transversal. *Bioquímica Patol Clínica.* 2021; 85(2):27-34.
19. Hespanhol Dorigan G, de Brito Guirardello E. Efecto del ambiente de la práctica del enfermero en los resultados del trabajo y clima de seguridad. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018; 26:e3056.
20. Lemos de Sousa Neto A, Von Dolinger de Brito Röder D. Eficácia das intervenções educacionais no clima de segurança em unidades de terapia intensiva. *Rev EDaPECI.* 2020; 20(3):60-71.
21. Matute-Calle BP, Murillo-Párraga DY. La Gestión por procesos: resultados para mejorar la atención en Instituciones de salud. *Rev Arbitr Interdiscip Koinonía.* 2021; 6(12):179-212.
22. Chen X, Zhang Y, Qin W, Yu Z, Yu J, Lin Y, et al. How does overall hospital satisfaction relate to patient experience with nursing care? a cross-sectional study in China. *BMJ Open.* 2022; 12(1):e053899.
23. Greenslade JH, Jimmieson NL. Organizational factors impacting on patient satisfaction: a cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *Int J Nurs Stud.* 2011; 48(10):1188-98.
24. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la Investigación. Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. 1.^a Edición. México: McGraw Hill; 2018. 753 p.
25. Ñaupas Paitan H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ, Romero Delgos HE. Metodología de la investigación. Cuantitativa - Cualitativa y redacción de la tesis. 5.^a Edición. Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
26. Creswell J, Creswell D. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 5.^a edición. Estados Unidos: SAGE Publications, Inc.; 2018. 438 p.
27. Caballero-Alvarado J, Pino-Zavaleta F, Barboza JJ. Factores asociados a insomnio en profesionales de salud de un hospital público de Trujillo-Perú. *Horiz Méd Lima.* 2020; 20(4).
28. Rivas Varillas MM, Gálvez Díaz N del C. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los enfermeros en el hospital regional docente las Mercedes, 2019. [Perú]: Universidad Señor de Sipán; 2020.

29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Panorama Nacional de salud de los trabajadores. Encuesta de Condiciones de trabajo y salud 2021-2022. Ecuador: Ministerio de Salud Pública - Ecuador; 2020 p. 168.
30. dos Santos-Bezerril M, Gonçalves-da Costa ME, Lima-Freire V de A, Belmiro-Andrade F, Tavares-Chiavone FB, Pereira-Santos VE. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. *Enferm Glob.* 2022; 21(67):376-408.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Aplicación de la jornada laboral 40 horas semanales para profesionales de la salud rige desde el 2009 - Ministerio de Salud Pública [Internet]. Resl N°090 2022. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/compaaaaaa/>
32. 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):500-13.
33. Chávez Enríquez GV. Análisis de la cultura de seguridad en el personal y búsqueda de causa raíz de eventos mayores de inseguridad para implementar mejoras en la atención de pacientes del Hospital AXXIS en el periodo marzo - junio 2019. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019.
34. Leon Lavado LC, Mejía Ccaicuri FM. Clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2019. *Repos Inst - UNAC.* 2019.

Correspondencia

jgmerac@utn.edu.ec

Fecha de recepción: **22/11/2023**

Fecha de aceptación: **19/2/2024**