

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Cultura de seguridad del paciente: Barreras y Facilitadores en países de altos y bajos ingresos. Un Scoping Review

*Patient safety culture: Barriers and facilitators in
high- and low-income countries. A Scoping review*

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25.2.5950

Yanni Raúl Fonseca ¹ 

Valeria Ramírez Useche ² 

Jeny Katherine Vergara Ducuara ³ 

Koraima Pérez Remuy ⁴ 

Johan David Tapiero Rojas ⁵ 

Correspondencia: Yanni Raúl Fonseca. Dirección postal: Universidad
Manuela Beltrán. Avenida Circunvalar 60 – 00. C.P.
111921. Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: Yrfonseca@gmail.com



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Licenciado en Enfermería. Maestro en Ciencias en Administración en Salud. Docente Investigador. Facultad de Salud. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

² Ingeniera en Biomédica. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

³ Licenciada en Laboratorio Clínico. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

⁴ Licenciada en Enfermería. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

⁵ Licenciado en Enfermería. Magister en Relaciones y Negocios Internacionales. Docente Investigador. Facultad de Salud. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.



Resumen

Objetivo: Describir las oportunidades y retos de la incorporación de acciones precursoras de cultura de seguridad del paciente identificadas en países de alto y bajos ingresos.

Materiales y Métodos: Se efectuó una síntesis de la evidencia tipo “Scoping Review” al mapear e identificar las características de la implementación de la Cultura de Seguridad del Paciente en los países de altos ingresos frente a los países de bajos ingresos. Las fuentes de evidencia se utilizó la PRISMA-ScR; para el cribado se manejó software Rayyan AI. Las bases de datos abordadas: Cochrane, WoS, Scopus, EBSCO, Pubmed.

Resultados: El reporte PRISMA-ScR inició con 1,053 registros extraídos y se concluyó con 80 artículos. A la caracterización de los países evidencio al 62,5% clasificados como de altos ingresos, frente al 37,5% clasificados como de bajo ingresos.

Conclusiones: Se concluyó que la encuesta HSOPSC es la de mayor utilización en los procesos de diagnóstico de la cultura de seguridad del paciente. Los países desarrollados implementan procesos de capacitación y formación continua, a su vez, las habilidades para gestión de equipos fortalecen la cultura de seguridad del paciente. Los países en desarrollo consideran como elemento negativo la falta de apoyo económico, conllevando a una dificultad en la implementación y el desarrollo. La implementación de modelos como: la segunda víctima, sistemas de reseñas, notificación de eventos, uso de un sistema de notificación; facilitan la identificación y generación de oportunidades para el equipo de salud.

Palabras Claves: Calidad de la Atención de Salud; Seguridad del paciente; Gestión de la Seguridad; Notificación de Incidentes; Cultura Organizacional.

Abstract

Objective: To describe the opportunities and challenges of incorporating precursor actions to a patient safety culture identified in high- and low-income countries.

Materials and Methods: A scoping review of the evidence was conducted to map and identify the characteristics of patient safety culture implementation in high-income countries compared to low-income countries. The PRISMA-ScR database was used as the source of evidence; Rayyan AI software was used for screening. The databases searched were Cochrane, Web of Science, Scopus, EBSCO, and PubMed.

Results: The PRISMA-ScR report initially retrieved 1,053 records and concluded with 80 articles. The characterization of the countries showed that 62.5% were classified as high-income, compared to 37.5% classified as low-income.

Conclusions: It was concluded that the HSOPSC survey is the most widely used tool in the process of diagnosing patient safety culture. Developed countries implement ongoing training and education programs, and team management skills strengthen the patient safety culture. Developing countries consider the lack of financial support a negative factor, leading to difficulties in implementation and development. Implementing models such as the second victim model, review systems, event reporting, and the use of a notification system facilitates the identification and generation of opportunities for the healthcare team.

Keywords. Quality of Health Care; Patient safety; Safety Management; Incident Reporting; Organizational Culture.

• Fecha de recibido: 29 de julio de 2025 • Fecha de aceptado: 12 de febrero de 2026
• Fecha de publicación: 05 de marzo de 2026

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como «la ausencia de daños evitables para un paciente y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable»¹. Bajo esta premisa la seguridad del paciente se presenta como un pilar fundamental para la prestación de servicios de salud de calidad; entendiendo sus efectos en los ámbitos de la salud pública y de administración y gestión de los servicios hospitalarios y ambulatorios como un problema social y de la gobernanza de los países. Esta se evidencia desde los datos de la Organización Mundial de la Salud² (OMS), quien describe, que 1 de cada 10 pacientes presenta algún tipo de daño cuando recibe atención de salud, a su vez, informa que cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de situaciones asociadas al sistema de seguridad del paciente.

Situaciones como las infecciones asociadas a la atención, errores en las actividades asociadas a los medicamentos y el diagnóstico; son prevenibles por parte de los prestadores de servicios de salud al estar asociadas a la interacción entre los actores del sistema de salud con los usuarios del sistema de salud³. A su vez, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desde una mirada de la economía de salud⁴ describe un aumento cerca del 13% del gasto sanitario relacionado con los costos indirectos de la atención insegura en países catalogados como desarrollados (altos ingresos). Por otra parte, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) dispuestos por la Organización de Naciones Unidas⁵ (ONU) desde el Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y la meta 3.8 en referencia a la cobertura universal al acceso a servicios de salud, medicamentos y vacunas de calidad para todos, reconoce el tema de la calidad de la atención como imperativo para ser efectivos en alcanzar el ODS⁶.

La cultura de seguridad del paciente se describe como “un patrón de comportamiento individual y organizacional, basado en creencias y valores compartidos que busca continuamente minimizar el daño al paciente, que puede resultar del proceso de prestación de atención”⁷. Desde esta perspectiva se puede afirmar que la cultura de seguridad del paciente es un concepto multidimensional y con alto nivel de complejidad para ser abordado. Esto hace difícil identificar de una forma única el grado de cultura de seguridad del paciente a nivel nacional como local, pero generan elementos de diagnóstico y comparación de las motivaciones y percepciones de conductas de tipo individual y colectivo, así como, las oportunidades de mejora asumidas en el contexto.

Estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea como desde las funciones esenciales de la salud pública (FESP) se ha evidenciado estadísticas en las cuales se describe como el 29,3% de las personas en los países de las Américas persisten las barreras de acceso⁸; siendo necesario el abordaje y gestión de forma transversal por los actores de las funciones esenciales en salud pública como son: la vigilancia en salud pública, la formulación e implementación de políticas, promoción de la investigación y el conocimiento. Con la finalidad de gestionar el riesgo y los errores potenciales descritos desde la estrategia de seguridad del paciente durante los procesos de atención en los servicios de salud.



Las encuestas de corte cuantitativo constituyen una de las principales herramientas para la medición de la cultura de seguridad del paciente⁹. Entre las encuestas de mayor difusión global destacan la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); la Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); la Patient Safety Climate in Healthcare Organizations (PSCHO) y por último el “Modified Stanford Instrument” (MSI) y Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI). No obstante, la aplicación de estas escalas enfrenta desafíos críticos en cuanto a su validación y adaptación cultural a los entornos propios del contexto (país) en el cual es aplicado, sumado a la predominancia del enfoque de medición y análisis estrictamente cuantitativo. Según la OMS, una de las formas de impulsar los procesos de calidad en los países, es desde, la estructuración de una política y estrategia de calidad a nivel nacional enfocada a la mejora y no desde una generalización. Que incorpore elementos como su propia cultura, las necesidades individuales y colectivas de su población, así como el legado histórico que configura su sistema de atención en salud⁶. Teniendo presente elementos que pueden ser adaptables a los países como son las estrategias, actividades y/o metodologías para abordar situaciones de seguridad del paciente. Entendiéndolo desde la teoría de sistemas desde el principio de adaptación y retroalimentación, esto se puede visualizar en que los países aprendan de forma recíproca de las situaciones que han vivido y que podrían ser situaciones similares en cuanto a la descripción de la situación problema.

Clasificación de las economías a nivel mundial

La necesidad de identificar de forma más integral a nivel mundial el progreso de los países dio lugar a la formulación de los Indicadores de Desarrollo Mundial (IDM)¹⁰ propuestos por el Banco Mundial (BM); así, como del Índice de Desarrollo Humano (IDH) por parte del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El Banco Mundial¹¹, clasifica a los países de acuerdo con sus ingresos obtenidos como parte del producto Interno Bruto PIB generado el año anterior en rangos como son: economías de ingresos medios bajos; economías de ingresos medios altos; economías de altos ingresos (superiores a 14.006 USD).

El nivel de desarrollo económico de los países influye significativamente en la calidad de la atención sanitaria a través de diversos mecanismos. Aumentar la inversión en el gasto en salud, genera en los sistemas de salud una mejora en el acceso a los servicios de salud por parte de la población con la consecuente cobertura sanitaria universal¹². En la actualidad diversos estudios plantean la asociación positiva entre desarrollo económico y el nivel de inversión por los países visto como gasto total en salud¹³.

Los desafíos primordiales en seguridad del paciente se manifiestan en tres niveles críticos¹⁴. Desde el ámbito de los profesionales de la salud se enlazan, la comunicación sobre los errores, los conocimientos y las habilidades del personal. A nivel institucional se encuentran elementos internos y externos como es la gestión de los servicios de salud por las condiciones de trabajo, los errores de procedimiento y las políticas cambiantes, así como los y errores de pago a prestadores de servicios de salud. Finalmente, desde la perspectiva de usuario, introduce retos como son las expectativas por el servicio desde el paciente y su familia que desafían frecuentemente la necesidad de evolución desde punto álgidos en el proceso de atención como son la adherencia al tratamiento, los procesos de educación y participación del usuario, frente a los recursos económicos necesarios para llevarlos a buen término.

Finalmente, desde la perspectiva de las ciencias de la complejidad, se reconoce que la cultura de seguridad del paciente es un fenómeno de carácter multidimensional¹⁵ e imprevisible, así como incomprendible de situaciones y eventos que debería ser y no se comportan como son, demuestran, como el tema de seguridad del paciente se asume como un reto de constante abordaje. En esa necesidad de evolución de los sistemas de salud y sus actores se hace necesaria la búsqueda de alternativas a partir de la identificación de los retos y oportunidades de los países en desarrollo y desarrollados.

Por lo tanto, el objetivo de la presente revisión es describir las barreras y facilitadores para la integración de acciones precursoras de la cultura de seguridad del paciente, a partir de una perspectiva comparativa entre países de ingresos altos, medios y bajos.

Materiales y Métodos

La presente revisión desarrolló una síntesis de la evidencia haciendo uso de la metodología “Scoping Review”¹⁶, al buscar, mapear e identificar información que permita analizar la barreras y facilitadores para la integración de acciones generadoras de cultura de seguridad de paciente desde una perspectiva de países clasificados según el nivel de desarrollo. Desde los parámetros planteados por la declaración PRISMA para Scoping Review (PRISMA-ScR)¹⁷; la cual tiene una lista de verificación con 20 elementos esenciales y 2 opcionales. Como herramienta web para la verificación de los artículos seleccionados se utilizó el software Rayyan AI¹⁸. Se estableció una pregunta desde el acrónimo PCC (población, concepto y contexto) de la siguiente manera: población (Sistemas de salud y organizaciones sanitarias), concepto (Culturara organizacional, Barreras y facilitadores) y contexto (Entornos sanitarios en países de ingresos altos, medios y bajos según clasificación del Banco Mundial). ¿Qué barreras y facilitadores se identifican desde la cultura de seguridad del paciente al contrastarse en el contexto de los países con ingresos altos, medios y bajos? Se planeó el desarrollo de la presente investigación en 3 fases: búsqueda de la literatura, selección y evaluación de los artículos, extracción y síntesis de la información hallada.

Fase 1. Búsqueda de la literatura

Durante el periodo de agosto a septiembre del 2024 se realizó una búsqueda en las bases de datos Cochrane, Web of Science, Scopus, EBSCO, Pubmed; a partir de los identificadores en salud asociados a la pregunta de investigación como son: Población: Hospitals, Private; Hospitals, General; Personnel, Hospital; Hospitals, Public; Hospitals, State; Hospitals; Healthcare systems; Health organizations; Personnel, Hospital; Nursing Staff; Nursing Staff, Hospital. Concepto: Culture; Patient Safety; Safety Management; Safety Management, Organizational Culture; Health Plan Implementation; Total Quality Management; Practice Management, Medical. Contexto: Developing Countries; High income countries; Middle income countries; Low income countries; acompañados de sus sinónimos en la búsqueda. Se utilizó los booleanos AND, OR y NOT. Adicional se desarrolló una búsqueda en fuentes de información secundarias a través de los artículos seleccionados.



Fase 2. Búsqueda de la literatura

Para la elegibilidad de los artículos se utilizaron criterios de inclusión y exclusión partiendo de la pregunta PCC¹⁹ establecida. Como criterios de inclusión se estableció: 1) Estudios cualitativos, 2) Estudios Analíticos, 3) Estudios de tipo casos y controles, 4) Estudios de cohortes (o de seguimiento), 5) Estudios de Experimentales, 6) Estudios que describen como resultados intervención, actividad o fenómeno en el abordaje de la cultura de seguridad del paciente, 7) Información en el idioma Inglés y español, 8) Información desarrollada entre los años 2004 a 2024 con la finalidad de realizar un mapeo exhaustivo, 9) Estudios desarrollados en países clasificados como de altos ingresos en PIB per cápita por el banco Mundial para el 2023²⁰. Como criterios de exclusión se plantearon: 1) Estudios con nivel de evidencia baja, 2) Estudios que no describan como resultados intervención, actividad o fenómeno en el abordaje de la cultura de seguridad del paciente, 3) Información ubicada en artículos con fecha inferior al 2004, 4) Estudios desarrollados en países clasificados en categoría diferente a altos ingresos en PIB per cápita por el banco Mundial para el 2023 (Ingresos bajos, Ingresos medios altos, Ingresos medios bajos). A continuación se describen los países catalogados por INB per cápita según sus ingresos^{10,11} con corte al año 2023. Países clasificados con altos ingresos: Alemania, Andorra, Antigua y Barbuda Arabia Saudita, Aruba, Australia, Austria, Las Bahamas, Bahréin, Barbados, Bélgica, Brunéi Darussalam, Bulgaria, Canadá, Chequia, Chile, Chipre, Corea Republica, Croacia, Curazao, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Eslovenia, España, Estados Unidos, Estonia, Finlandia, Francia, Gibraltar, Grecia, Guam, Guayana, Hong Kong SAR-China, Hungría, Irlanda, Isla de Man, Islandia, islas Bermudas, Islas Caimán, Islas del Canal, Islas Feroe, Islas Marianas del Norte, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Israel, Italia, Japón, Katar, Kuwait, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Nauru, Noruega, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Países Bajos, Palacio, Panamá, Polinesia Francesa, Polonia, Portugal, Puerto Rico, Región Administrativa Especial de Macao (China), Reino Unido, República Eslovaca, Rumania, Rusa-Federación, Samoa Americana, San Cristóbal y Nieves, San Marino, San Martín (parte francesa), Seychelles, Singapur, Sint Maarten (parte holandesa), Suecia, Suiza, Taiwán-China, Tierra Verde, Trinidad y Tobago, Uruguay).

Calidad de los estudios

Para determinar la calidad de los estudios se utilizó la herramienta CASP (Critical Appraisal Skills Programme)²¹; en la versión en español, identificando de forma crítica las características necesarias para determinar la calidad. Se estableció como puntaje de calidad un valor superior de 7/10. En la Figura 1 se evidencia el flujograma PRISMA del total de artículos seleccionados.

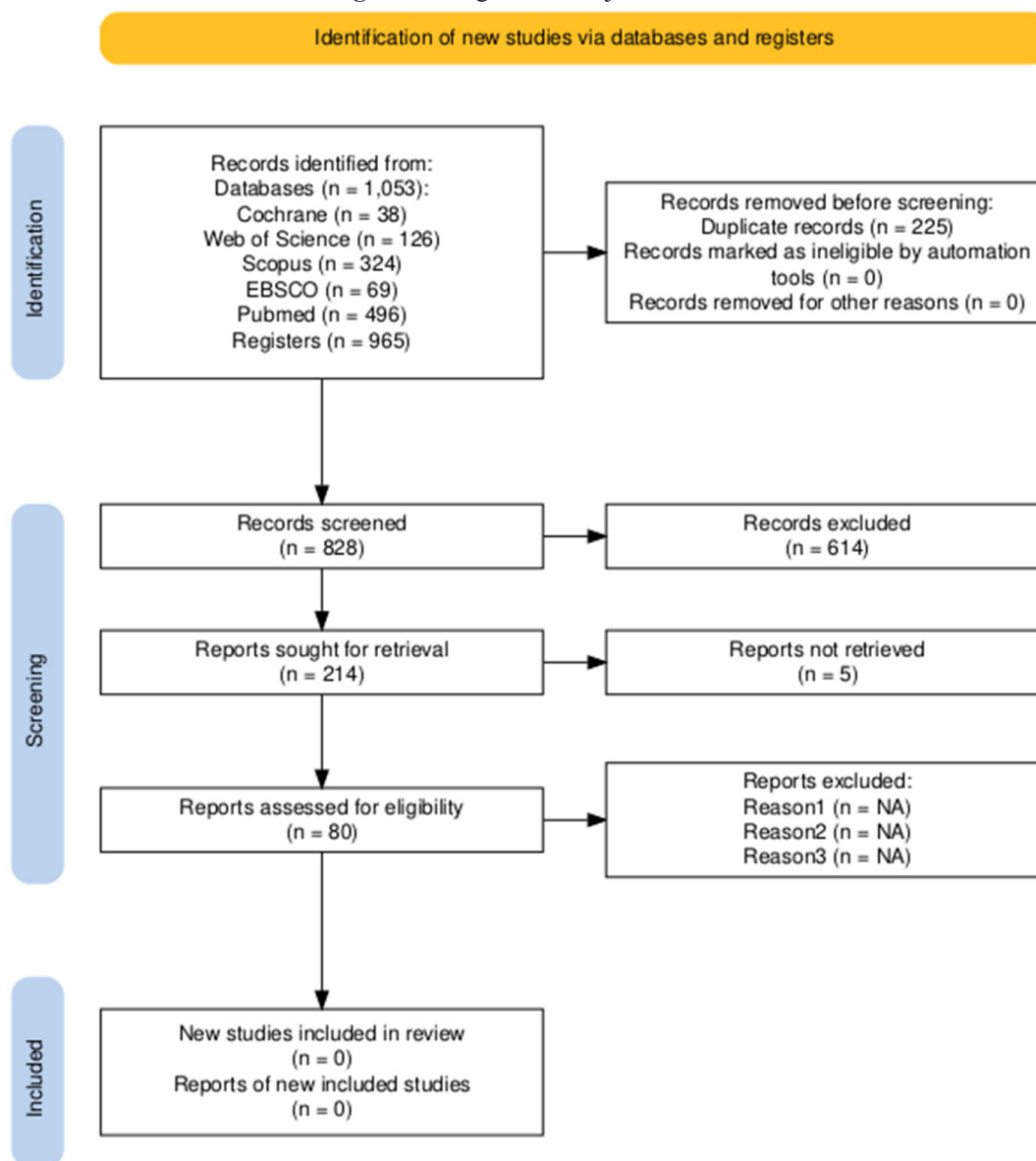
Fase 3. Extracción de los datos

La extracción de datos se ejecutó de manera sistemática y simultanea mediante el uso de Rayyan AI 18 . Una aplicación web que trabaja bajo el modelo de Software como Servicio (SaaS) diseñada para la selección y cribado (screening) de estudios a través de funciones de etiquetado y revisión doble ciego. Posteriormente, la información relevante se consolidó en una base de datos de Microsoft Excel, a partir del objetivo planteado para facilitar la síntesis de la evidencia. La fiabilidad del proceso de selección de los artículos se garantizó a través de la revisión por pares de los datos extraídos.

Resultados

Se identificaron un total de 1053 artículos, removidos 225 por duplicidad posteriormente se excluyeron 614 por no corresponder a los criterios de exclusión y al final 5 por no encontrarse en las bases consultadas (Figura 1), iniciándose el proceso de screening con 80 artículos. Los artículos seleccionados como potenciales se clasificaron de acuerdo con los países de procedencia en los cuales se obtuvo que el 62,5% (50) correspondían a países de altos ingresos y el 37,5% (30) correspondían a bajos ingresos (Tabla 3).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Elaboración propia y formato tomado de Haddaway N.²².

A partir de los artículos identificados como elegibles (N=80) en el Diagrama de flujo PRISMA (figura 1), se procedió a la construcción de la matriz de síntesis de la evidencia (Tabla 1). En esta fase se sistematizaron variables descriptivas (Autor, Año, Título, Región y Diseño Metodológico) y analíticas desde la clasificación por país y el nivel de ingresos económicos. Así mismo, se integraron los resultados de cada estudio seleccionado desde los resultados y conclusiones significantes para el cumplimiento del objetivo.

Tabla 1. Síntesis de la evidencia de barreras y oportunidades desde la cultura de seguridad del paciente

Autor, Año, Título, Región y Tipos de estudio	Resultados del estudio y conclusiones significantes	Autor, Año, Título, Región y Tipos de estudio	Resultados del estudio y conclusiones significantes
Weaver, Sallie J., et al. 2013. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review (Structured abstract). Estados Unidos, Reino Unido, Canadá o Australia. Alto Ingreso. Revisión sistemática	Las estrategias de gestión como: Intervenciones, entrenamiento de equipo y recorridos ejecutivos. las intervenciones multicomponentes que combinaban varias estrategias de mejora generan mejoras en la cultura de seguridad del paciente (capacitación en equipo, equipos de seguridad basados en la unidad y estrategias para involucrar a los pacientes en el establecimiento de objetivos diarios).	Ahmed, Fasih Ali et al. 2023. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Pakistán. Bajo Ingreso. Estudio Transversal	Los resultados expusieron que el personal veía favorablemente la CSP en su hospital. En general, los encuestados obtuvieron la puntuación más alta en las siguientes dimensiones: “retroalimentación y comunicación sobre errores” “aprendizaje organizacional y mejora continua”, “trabajo en equipo dentro de las unidades” (83%), “trabajo en equipo entre unidades”. Las dimensiones con los puntajes más bajos incluyeron y evidenciado como barreras se tienen: “dotación de personal” y “respuesta no punitiva al error”. Por encima de la confiabilidad de “traspasos y transiciones”, “frecuencia de eventos informados”, “aprendizaje organizacional” y “trabajo en equipo dentro de las unidades”.
VanGompel, Emily White, et al. 2023. Attitudes of Clinicians and Patient Safety Culture Before and After the ARRIVE Trial. California, Michigan. Alto Ingreso. Estudio Transversal	El ensayo ARRIVE mejoró actitudes médicas, pero no de enfermería. La participación interdisciplinaria es crítica.	Wahl, Karina et al. 2022. Experience of learning from everyday work in daily safety huddles—a multi-method study. Suecia. Alto Ingreso. Estudio cualitativo	Las entrevistas revelaron como barreras: las reuniones de seguridad (factores de apoyo), había problemas (factores de obstáculo) a la hora de introducir los conceptos de Safety-II en las reuniones de seguridad diarias. Para que las reuniones de seguridad del paciente, cuyo objetivo es explorar el trabajo cotidiano, se vivan como una base para el aprendizaje, incluidos los eventos negativos y positivos, es necesario que exista un clima abierto y permisivo, en el que participen todas las profesiones y que la gestión se lleve a cabo en condiciones estables. También puede ser importante el apoyo de los directivos y el conocimiento de las teorías de Seguridad-II subyacentes de quienes dirigen las reuniones. El estudio defiende la opinión de que el papel de los gerentes es importante; las reflexiones en las reuniones de seguridad del paciente requieren el apoyo de un liderazgo claro por parte de los gerentes de la unidad, y la intención de las reuniones de seguridad debe aclararse constantemente. Los gerentes a nivel clínico son fundamentales para la capacidad del sistema de expresar resiliencia, pero necesitan más modelos y capacitación sobre cómo abordar su trabajo.
Mistri, Isha U., Ankit Badge, and Shivani Shahu. 2023.. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. N/A. Alto Ingreso. Revisión sistemática	La estrategia de capacitación en la cual se incorpore elementos de comunicación asertiva, el control sobre medicamentos e infecciones y la preparación para emergencias mejoran los resultados en salud, la confianza y minimiza costos.	Jivani, Kiran Karim, Nureen Mistri, and Samira Ahmed Ali. 2023.. An Overview of the Literature on Patient Safety Culture. Pakistan. Bajo Ingreso. Revisión de alcance	El artículo destaca (oportunidad) la importancia crucial de una CSP que se asocia con: a) Mejores resultados para los pacientes: Menos complicaciones, mayor satisfacción y mejores desenlaces generales. b) Gestión de riesgos: Las enfermeras juegan un papel fundamental en la prevención de riesgos, especialmente en lo que respecta a la administración de medicamentos y la prevención de caídas. Las enfermeras desempeñan un papel en la promoción de la seguridad del paciente mediante su presencia continua junto a las camas de los pacientes y su interacción con sus familias y otros profesionales de la salud. Esto atiende a una gran cantidad de pacientes.
Reyes Ramos, Maria José, and Silvia Costa Abós. 2024.. Patient Safety Culture: Nurses’ Perspective in the Hospital Setting. España. Alto Ingreso. Métodos Mixtos	A través de la encuesta HSOPSC se identificaron elementos que influyen en la CSP como son: frecuencia de eventos adversos, percepción, acciones del supervisor, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo y comunicación se mostraron positivos.	Finn, Mairead et al. 2024. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. En varios países. Alto Ingreso. Revisión sistemática	Se incluyeron 42 artículos. Los resultados de la cultura de seguridad destacados fueron en los temas de liderazgo y trabajo en equipo. Los beneficios específicos para el personal incluyeron un mayor reconocimiento del estrés y satisfacción laboral, menor agotamiento emocional, agotamiento laboral y rotación de personal, y mejoras en las condiciones de trabajo. Se documentaron los efectos de las intervenciones con escalas de tiempo más largas, un fuerte apoyo institucional y diseños teóricos integrales situados en unidades específicas.

Continuará...

Hurtado-Arenas, Paulina, Miguel R. Guevara, and Víctor M. González-Chordá. 2024.. Patient Safety Culture from a Nursing Perspective in a Chilean Hospital. Chile. Alto Ingreso. Estudio Transversal

A través de la encuesta adaptada a Chile HSOPS 2.0, se identificaron debilidades y fortalezas de la institución, una debilidad preocupante es la dotación talento humano, recursos, materiales y la financiación para implementación de estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

Tsamasiotis, Christos et al. 2024. *From Reporting to Improving: How Root Cause Analysis in Teams Shape Patient Safety Culture*. Francia. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se investigó si la participación de los profesionales de la salud en Conferencias de Morbilidad y Mortalidad (MMC) y Comités de Retroalimentación de Experiencias (EFC) influye en la cultura de seguridad del paciente en un hospital. Se encontró una relación positiva (Oportunidad) entre la participación en MMC y EFC y una cultura de seguridad más sólida. Estos programas promueven un ambiente de aprendizaje, comunicación abierta y tolerancia al error. Los MMC y EFC son eficaces para mejorar ciertos aspectos de la cultura de seguridad, pero no son suficientes para abordar desafíos sistémicos más grande. Los Programas de Mejora Continua de la Calidad (QIP) son una oportunidad para mejorar la cultura de seguridad, especialmente en áreas donde esta es más débil. Como barrera se sugiere incentivar la participación de todos los profesionales de la salud en MMC y EFC. Los hospitales deben proporcionar los recursos necesarios para los QIP y crear un ambiente de trabajo seguro y abierto. Para mejorar la CSP es fundamental "concertar la participación activa de los profesionales de la salud en MMC y EFC con programas de mejora continua de la calidad más amplios. Al trabajar juntos, los profesionales, los hospitales y los responsables de las políticas pueden crear un entorno de atención médica más seguro para todos.

Malak, Malakeh Z., et al. 2022. Perceptions of patient safety culture among emergency room nurses in Jordanian accredited hospitals. Jordania. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Se aplica encuesta en la cual se identifica al trabajo en equipo, la retroalimentación, comunicación, el aprendizaje organizacional y la mejora continua se mostraron fuertes; como Opciones de mejora la frecuencia de informe de eventos adversos, transferencias y transiciones.

de Carvalho, Rhanna Emanuela Fontenele Lima, et al. 2023. *Factors determining safety culture in hospitals: A scoping review. Todos los continentes y en 64 países diferentes*. Alto Ingreso. Revisión sistemática

Se incluyeron 248 estudios entre los años 1997 y 2020, donde se destacó Estados Unidos seguido de Brasil, Arabia Saudita, China y Taiwan. Los instrumentos que se utilizaron según estos estudios para medir la cultura de seguridad del paciente en orden de relevancia. Encuesta HSOPSC, Safety Climate Survey y Safety Organising Scale Los instrumentos más utilizados en asociación con las escalas de evaluación de la cultura fueron el Maslach Burnout Inventory/Bargen Burnout Indicator y las Escalas de Evaluación de la Cultura basadas en la percepción del paciente. Los dominios: comunicación, el trabajo en equipo, y el apoyo de la dirección siguen siendo factores importantes para valorar la cultura de seguridad; no obstante, existe una tendencia a utilizar instrumentos destinados a evaluar la participación de los pacientes y su familia, la seguridad psicológica del equipo de salud y la participación de las enfermeras en la toma de decisiones.

Prieto MMN, Fonseca REP da, Zem-Mascarenhas SH. 2021.. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Brasil. Bajo Ingreso. Revisión de alcance

Se utilizó la encuesta HSOPSC sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales brasileños, se identificó fortaleza en el trabajo en equipo y promoción de la seguridad, aprendizaje corporativo, frecuencia de reporte de eventos y apoyo en la gestión de la seguridad. Como debilidad se presenta respuesta no punitiva al error.

Taji, Mohamad, Kuswantoro Rusca Putra, and Dina Dewi Sartika Lestari Ismail. 2023.. *Strategies to improving patient safety in hospitals*. Indonesia. Bajo Ingreso. Revisión de alcance

La investigación busca las estrategias para mejorar la cultura de seguridad del paciente por parte de las enfermeras en entorno hospitalario. Las intervenciones administradas en el artículo se pueden clasificar en 4 grupos, a saber, programas educativos (5 artículos), simulaciones (1 artículo), estrategias de equipo (3 artículos) y programas integrales (4 artículos). Los programas educativos utilizaron métodos de seminarios, talleres y capacitaciones, donde el aprendizaje se diseñó por sesión, se implementó la enseñanza uno a uno y se dividió en pequeños grupos.

Alrasheadi, Bader A., et al. 2022. Nurses' Perception of Safety Culture in Medical-Surgical Units in Hospitals in Saudi Arabia. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Encuesta transversal tipo HSOPSC validada para medir la percepción de la cultura de seguridad del paciente donde se encontró que las enfermeras afirman tener presente la cultura de seguridad en sus servicios, la población abordada indicó que una cultura de seguridad conlleva ciertos riesgos y responsabilidades.

Tasker, Adam et al. 2023. *How effectively has a Just Culture been adopted? A qualitative study to analyse the attitudes and behaviours of clinicians and managers to clinical incident management within an NHS Hospital Trust and identify enablers and barriers to achieving a Just Culture*. Inglaterra. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

El estudio evaluó las percepciones médicas y factores influyentes sobre el concepto de "cultura justa" en un hospital, aunque no se usa el término de CSP. Los investigadores analizaron las percepciones de los médicos sobre esta cultura justa y los factores que influyen en su adopción. A pesar de no estar familiarizados con el concepto "cultura justa", los médicos califican positivamente los principios que esta promueve, esto es la transparencia, la comunicación abierta y un enfoque en el aprendizaje de los errores. A pesar de la presencia de un proceso formal de gestión de incidentes, los médicos expresan preocupación sobre cómo serían tratados en caso de ser investigados. La falta de confianza en el proceso, la falta de transparencia y la falta de formación de los investigadores son las principales barreras percibidas por los médicos. Los médicos se cuestionan si las investigaciones realmente conllevan a mejoras en la seguridad del paciente.

Kakemam, Edris, et al.; 2022. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. Irán. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Aplicación de la encuesta HSOPSC de cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de Irán. Se presenta a los factores como edad, género, experiencia laboral, horas laborales y tamaño del hospital son factores predictores para la percepción de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras.

Filiz, Emel, and Müjdat Yeşildal. 2022.. *Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR - HSOPSC 2.0)*. Turquía. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

La versión turca de la Encuesta HSOPS reveló consistentemente características de confiabilidad y validez psicométricas aceptables para medir las percepciones de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales turcos. Las puntuaciones medias obtenidas más altas: notificación de eventos de seguridad del paciente, dotación de personal y ritmo de trabajo. En cambio, la puntuación media más baja fue sobre la comunicación sobre errores, seguida de apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente.

Continuará...



Tavares, Livia Teixeira, et al.; 2021. Evaluation of patient safety culture in the pediatric intensive therapy unit in a public hospital. Brasil. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Evaluaron la seguridad del paciente por medio de la encuesta HSOPSC adaptada a Brasil en profesionales de la unidad de cuidado intensivos pediátricos de un hospital público. Se evidencia que el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo aportan positivamente sobre la seguridad del paciente.

Huang, Huanhuan et al. 2022. A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. china. Alto Ingreso. Estudio Transversal

La tasa media de las respuestas positivas para el hospital, fueron de 69,68%, un porcentaje de respuesta positiva en 5 dimensiones aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, retroalimentación de errores, apoyo a gerencia para la seguridad y trabajo en equipos entre unidades, respuesta no punitiva al error, persona y frecuencia de notificación de eventos. la seguridad al paciente se relacionó positivamente con la práctica actual de los objetivos de seguridad del paciente, pero a aun falta promover un movimiento de seguridad al paciente.

Alsulami, Abdulkarim, Ashraf A'aoulah, and Nouf Almutairi.; 2022. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Evaluaron la conciencia de la cultura de seguridad del paciente entre los proveedores de atención médica en un hospital de Arabia. Se evidencia que el género y la educación influyen significativamente en el nivel de conciencia, por el contrario el puesto y área de trabajo no tienen influencia. Existe un nivel moderado de concienciación sobre la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales de la salud.

Lee, Seung Eun, and V Susan Dahinten. 2021.. Using dominance analysis to identify the most important dimensions of safety culture for predicting patient safety. Estados Unidos. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Los análisis de correlación bivariado mostraron que todas las dimensiones de la cultura de seguridad estaban significativa y positivamente asociadas con la seguridad de la paciente calificada por las enfermeras. Las enfermeras percibieron niveles más altos de apertura de comunicación, expectativas y acciones del supervisor/gerente de la unidad para la seguridad del paciente, y retroalimentación y comunicación sobre errores. Se encontró que la respuesta no punitiva al error se asoció significativamente con la seguridad del paciente. Se encontró que el apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente fue el predictor más influyente

Alshammari, Afrah S., et al.; 2024. Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses Working at Tertiary Care Hospitals in Aljouf Region, Saudi Arabia. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Estudio transversal utilizando encuesta HSOPSC entre enfermeras de un hospital, encontrando que el trabajo en equipo presento la mayor puntuación. Se muestra grave preocupación por el no reporte de evento en los últimos 12 meses

Zabin, Loai M et al. 2022. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. Palestina. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Las dimensiones de seguridad del paciente con mayor respuesta positiva fueron el aprendizaje organizacional y la mejora continua y el trabajo en equipo dentro de las unidades. La dimensión con menor puntaje positivo fue la respuesta no punitiva al error. Además, la dimensión de retroalimentación y comunicación sobre el error fue un predictor de la frecuencia de los eventos reportados Además, se encontró que la edad era un predictor de PSC

Dimova, Rositsa, et al.; 2022. Comparative Assessment of the Level of Patient Safety Culture between Surgical and Nonsurgical Units in Bulgarian Hospitals. Bulgaria. Alto Ingreso. Estudio Transversal

No se encontraron diferencias significativas de la CSP entre las unidades quirúrgicas y no quirúrgica en hospitales búlgaros a excepción de la dimensión apoyo de la dirección del hospital a la seguridad del paciente. La variable más importante es la falta de personal médico en las dos unidades, la comunicación, turno de trabajo variables entre horarios y diferentes unidades se presentan positivamente.

Al-Surimi, Khaled et al. 2022.. Impact of Patient Safety Culture on Job Satisfaction and Intention to Leave Among Healthcare Workers: Evidence from Middle East Context. Oriente Medio. Alto Ingreso. Estudio Transversal

La tasa media de las respuestas positivas para el hospital, fueron de 69,68%, un porcentaje de respuesta positiva en 5 dimensiones (aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, retroalimentación de errores, apoyo a gerencia para la seguridad y trabajo en equipos entre unidades, respuesta no punitiva al error), persona y frecuencia de notificación de eventos. la seguridad al paciente se relacionó positivamente con la práctica actual de los objetivos de seguridad del paciente, pero a aun falta promover un movimiento de seguridad al paciente

Ahmed, Syed Sajid, Samantha Poblete van Rijswijk, and Abdulaziz Farooq. 2023.. Work Climate, Improved Communication, and Cohesive Work Linked with Patient Safety Culture: Findings from a Sports Medicine Hospital. Qatar. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Los personales de salud evaluaron la CSP alrededor del 85% de los profesionales de salud lo perciben como excelente y muy buena encontrado una calificación positiva el apoyo de gerencial, la comunicación y trabajo en equipo, apoyo de la persona encargada de la seguridad del paciente y tener procedimientos y sistemas organizados.

Suryani, Lilis et al. 2022. Cross-culture adaptation and validation of the Indonesian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0). Indonesia. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Realizaron adaptación de la encuesta HSOPSC para indonesia,

Lee, Won, et al. 2022. Understanding Physicians' and Nurses' Adaption of National-Leading Patient Safety Culture Policy: A Qualitative Study in Tertiary and General Hospitals in Korea. Corea. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

Evaluaron la adaptación de los profesionales a la política de cultura de seguridad del paciente, inicialmente ven la política positivamente por conocimiento, informativa y para capacitar a pesar de ser impuesta como política.

Picard, Julien et al. 2022. Impact of a large interprofessional simulation-based training course on communication, teamwork, and safety culture in the operating theatre: A mixed-methods interventional study. Francia. Alto Ingreso. Métodos Mixtos

Evaluaron el impacto de un curso de formación interpersonal, encontrando que esta formación tuvo resultados positivos sobre las fallas de comunicación, trabajo en equipo y adherencia a la lista de verificación .

Continuará...

Gil-Aucejo, A., et al. 2022. Assessment of the patient safety culture in the ICU of a second level hospital at the end of the third COVID-19 wave. España. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Evaluaron la percepción de la cultura de seguridad del paciente mediante la encuesta HSOPS, las dimensiones que se consideran débiles son dotación para el personal, apoyo de la gerencia, por el contrario las fortalezas son trabajo en equipo.	Ismail, Aniza, and Siti Norhani Mazrah Khalid. 2022.. <i>Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: A cross-sectional study.</i> Malasia. Bajo Ingreso. Estudio Transversal	Identificaron los determinantes de la CSP entre profesionales de la salud, encontrando que solo el 23,9% de los encuestados presenta niveles positivos de CSP, los factores asociados positivamente fueron la edad, el género, el nivel educativo, el puesto de trabajo, formación en SP, buena percepción del sistema de notificación de incidentes y cultura no punitiva. Sin embargo la satisfacción laboral presento el mayor porcentaje positivamente.
Moosavi, Saeideh, et al. 2023. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. Irán . Bajo Ingreso. Estudio Descriptivo	Evaluaron la relación entre cultura de seguridad del paciente y eventos adversos en hospitales Iranies según enfermeras. la puntuación más alta se presentó en el aprendizaje organizacional, retroalimentación y comunicación sobre los errores. Por el contrario la puntuación más baja se presenta en intercambios y transferencia de información. Se confirma una alta relación entre la cultura de seguridad del paciente como predictor de eventos adversos	Hedsköld, Mats et al. 2021. <i>Acting between guidelines and reality- an interview study exploring the strategies of first line managers in patient safety work.</i> Suecia. Alto Ingreso. Estudio cualitativo	Evaluación de las estrategias de los gerentes en la seguridad del paciente, encontrando que las principales estrategias utilizadas son: valorar y desarrollar la experiencia de los profesionales, organización para la resiliencia, dar ejemplo en el trabajo, fomentar crecimiento individual y equilibrar la adhesión.
Nyberg, A. 2024.. Longer work experience and age associated with safety attitudes in operating room nurses: An online cross-sectional study. Suecia. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Se encontró una alta relación entre las personas de mayor edad y la experiencia, Las personas de mayor edad califican mejor sus condiciones de trabajo y el apoyo de gerencia con respecto a los grupos de menor edad. Un comportamiento similar se presentó para experiencia laboral; a su vez, una puntuación baja se presentó en reconocimiento del estrés. Se concluyo la existencia de un mayor enfoque en la CSP según aumenta la edad y la experiencia	Azyabi, Abdulmajeed, et al. 2022. <i>Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals.</i> Estados Unidos. Alto Ingreso. Estudio Transversal	El objetivo de este estudio fue investigar el alcance de las relaciones entre las percepciones de la colangitis esclerosante primaria, las percepciones generales de la seguridad del paciente, la frecuencia de notificación de eventos y las características del hospital y de los encuestados, entre el personal médico y administrativo de los hospitales de los EE. UU. La CSP está asociada con la eficiencia de los procedimientos, la dotación de personal adecuada, el apoyo gerencial para las enfermeras y las buenas relaciones entre el personal.
Moraes, M. 2023.. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation*. Brasil. Bajo Ingreso. Estudio Observacional	Evaluación de la cultura de seguridad antes y después de la implementación de reuniones de seguridad. Se identifica una alta adherencia a la información. Se presenta una mejora significativa en casi todas las dimensiones de la evaluación. Se demostró eficacia de las reuniones de seguridad para la comunicación entre profesionales impactando positivamente en los indicadores de la cultura de seguridad	Pavithra, Antoinette, and Johanna Westbrook. 2022.. <i>An assessment of organisational culture in Australian hospitals using employee online reviews.</i> Australia. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Analizaron la información de reseñas en línea en sitios web publicadas por empleados sobre cultura organizacional. donde abordan temas como clima de seguridad, trabajo en equipo y condiciones de trabajo. las revisiones en línea de los empleados indican que las percepciones de satisfacción, compromiso y desempeño positivos de los empleados podrían mejorarse al mejorar las oportunidades de aprendizaje y desarrollo y lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.
Pedroso, Aline Cristina, et al. 2023. Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. America del sur. Bajo Ingreso. Estudio Transversal	Evaluaron la CSP en hospitales sudamericanos utilizando la encuesta sobre CSP. las dimensiones más fuertes se presentaron en el aprendizaje organizativo, trabajo en equipo y apoyo de la dirección del programa de CSP. Las que requieren de mayor atención son dotación del personal y respuesta no punitiva a los errores. Adicionalmente se presenta diferentes opiniones entre los lideres, médicos y enfermeras	Glarcher, Manela, et al. 2022. <i>Safety climate in hospitals: A cross-sectional study on the perspectives of nurses and midwives.</i> Austria. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Analizaron el clima de seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras, Los resultados arrojaron una cultura de seguridad positiva, sin embargo se debe potenciar las áreas de liderazgo, comunicación y retroalimentación, visibilidad

Continuará...



Tenza, Immaculate Sabelile, et al. 2022. Hospital managers' views on the state of patient safety culture across three regions in Ghana. Ghana. Bajo Ingreso. Estudio cualitativo

Se proponen conocer las opiniones de los gerentes de hospital frente al cumplimiento de la cultura de seguridad, los factores positivos fueron la comunicación abierta, aprendizaje organizacional y trabajo en equipo se presentaron muy establecidos en las instituciones. Por el contrario los factores limitantes fueron el miedo a enfrentar los eventos adversos, cultura de culpa, escasez de personal y falta de apoyo de la gerencia. Es importante prestar atención a la falta de políticas sobre notificación de eventos adversos y la respuesta a los errores.

Harton, Lisa, and Lisa Skemp. 2022.. Medical-surgical nurse leaders' experiences with safety culture: An inductive qualitative descriptive study. Estados Unidos. Alto Ingreso. Estudio Descriptivo

Estudiaron la cultura de seguridad según enfermeras, Los líderes del departamento de enfermería se aseguraron de que sus pacientes se encontraban seguros y cómodos mediante el seguimiento a las funciones para una atención segura. La falta de tiempo, la priorización, falta de recursos, malas conductas por parte de médicos y falta de respeto se presentaron como limitantes para la liderar la CSP

Yayehrad, Teshome et al. 2024. Patient safety culture and associated factors of regional public hospitals in Addis Ababa. Etiopia. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Evaluaron la cultura de seguridad del paciente y factores asociados en hospitales públicos. Se evidencia que la CSP presento un nivel bajo, factores como tiempo de experiencia mayores a 6 años, el reporte de eventos adversos y la participación en programas se asociaron significativamente. El único factor que no se encuentra por debajo de los estándares fue el "trabajo en equipo".

Aboufour, Majeda Abdullah Saleh, and Arun Vijay Subbarayalu. 2022.. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Evaluaron la percepción de la CSP de los profesionales en hospitales aplicando la encuesta HSOPSC. Se identifico que en general todo el personal de salud califica la CSP como excelente. El trabajo en equipo se presentó como una fortaleza (oportunidad)), por el contrario como debilidad (barrera) se presentó la comunicación, dotación del personal, respuesta no punitiva a los errores

Algethami, Faiza, et al. 2024. Patient safety culture in a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia, a cross-sectional study. La Meca, Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se evidencia que se obtuvo una calificación muy baja con respecto a nivel mundial, este reflejo, una imagen positiva y prometedora. Se obtuvo mejores resultados en los dominios de: "Aprendizaje organizacional y mejora continua", "Comunicación sobre errores" y "Apoyo de la administración del hospital para la seguridad del paciente". Dos de estos dominios, el primero y el último, son muy satisfactorios para una mejora continua en el futuro. El dominio de "Personal y ritmo de trabajo", que obtuvo la puntuación más baja en comparación con los datos globales, es un dominio que se puede mejorar simplemente si se introducen medidas adecuadas de dotación y contratación de personal.

Camacho-Rodríguez, Dorian E et al. 2022. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. America Latina. Bajo Ingreso. Revisión sistemática

Muestran evidencia del estado de la CSP en hospitales latinoamericanos con estudios que han usado la encuesta HSOPSC, los factores positivos fueron: mejora continua y trabajo en equipo. Los factores negativos se presentaron en la respuesta no punitiva al error y dotación del personal. La percepción general de la CSP se presentó medianamente baja.

Segura-García, María Teresa et al. 2023. Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. España. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se concluyó una alta percepción de la cultura de seguridad del paciente entre los participantes. En las fortalezas evidenciadas se destacaron el trabajo en equipo eficiente, la ayuda mutua entre compañeros y el apoyo jefe y gerente de la unidad. Entre las áreas de mejora detectadas se encuentran favorecer el feed back a los profesionales de primera línea, abandonar las medidas punitivas y desarrollar herramientas estandarizadas que minimicen la pérdida de información. Este estudio aporta una visión global ya que tiene en cuenta todos los funcionarios del hospital encuestado tanto sanitarios como no sanitarios y de esta manera se puede determinar en donde invertir más en acciones de mejora con respecto a la seguridad del paciente.

Al Hamid, Abdullah et al. 2020. An exploration of patient safety culture in Kuwait hospitals: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. Kuwait. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

Desde la perspectiva de los profesionales, la investigación encontró tres temas principales, "la gestión" donde se encuentra el apoyo de gerencia, los recursos y las capacitaciones, en el marco de las cuestiones de gestión, surgieron cuatro subtemas principales: "Apoyo de la dirección", "recursos", "entorno de seguridad" y "capacitación y apoyo del personal". En "regulaciones y políticas" se mencionan procedimientos y sistema de notificación de incidentes. Y por último, "los profesionales de la salud" relacionaron el conocimiento y la forma de comunicación variaba entre las distintas profesiones. Así, las enfermeras dependían principalmente de la información escrita para comunicarse entre sí, mientras que los médicos y los miembros del comité de seguridad utilizaban diferentes medios de comunicación y trabajo en equipo.

Continuará...

Harton, Lisa, and Lisa Skemp. 2024.. Have our backs-medical-surgical nurses' safety culture experiences: An inductive qualitative descriptive study. Estados Unidos. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

El estudio identificó los siguientes temas: 1. El Tiempo fue la barrera más grande para conocer al paciente y para mantenerlo seguro se requiere tiempo. 2. Uso de la intuición y de las intervenciones de enfermería. 3. Contar con un apoyo adicional para enfermería en situaciones complejas. 4. La dotación de personal se identificó como una barrera en la atención segura o el principal contribuyente al turno más inseguro. Los suministros y el equipo que necesitaban no siempre están disponibles. 5. La organización presenta barreras como las reuniones que duraban demasiado tiempo, los cambios frecuentes, los mensajes inconsistentes por parte de los gerentes y la "entrega ineficaz por lo que no sabemos los por qué". 6. Aprendizaje: cuídenos las espaldas. Factores como el estrés, la falta de tiempo, el insuficiente seguimiento por parte de los líderes, el aprendizaje de experiencias negativas, los informes, el miedo a las repercusiones, poner en peligro las relaciones y meterse en problemas fueron las barreras para los informes y el aprendizaje.

Lai, Yi-Hung et al. 2023. Impacts of Huddle Intervention on the Patient Safety Culture of Medical Team Members in Medical Ward: One-Group Pre-test-Posttest Design. Taiwan. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se encontró puntuación alta en actitud de seguridad, clima de trabajo en equipo, clima de seguridad, satisfacción laboral, percepción de la dirección y condiciones de trabajo. En cuanto a los análisis de pre y post test se encontró que la edad tenía correlación directa con el clima laboral, clima de seguridad, satisfacción laboral y las condiciones de trabajo. Se descubrió que la intervención de la reunión de trabajo impacto la actitud de seguridad del equipo médico al mejorar sus puntuaciones en la satisfacción laboral, el clima de seguridad, el clima de trabajo en equipo, las percepciones de la gerencia y las condiciones de trabajo. En conclusión las "reuniones informales" son una estrategia efectiva para fortalecer la cultura de seguridad en los hospitales. Al promover la comunicación abierta y la comprensión compartida, estas reuniones de seguridad contribuyen a mejorar la calidad de la atención al paciente y a reducir los eventos adversos.

Bashir, Haroon et al. 2024. Practices Used to Improve Patient Safety Culture Among Healthcare Professionals in a Tertiary Care Hospital. Pakistán : Mirpur Azad Jammu y Cachemira. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Se encontró que el factor con la puntuación más baja fue "respuesta no punitiva" y "frecuencia de notificación de eventos", lo que indica que los profesionales de la salud creen que la "respuesta punitiva" y la "frecuencia de notificación de eventos" fueron insuficientes para gestionar la tarea vinculada a la seguridad del paciente.

Carvalho, Paloma Aparecida, et al. 2021. *Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. Brasil. Bajo Ingreso. Estudio Transversal*

Evaluaron la CSP luego de la implementación del programa de seguridad del paciente, a pesar de haber pasado tres años aún se presenta como débil. aunque la satisfacción laboral, el reconocimiento del estrés y el trabajo en equipo se presentaron como fortalezas y es necesario tomar decisiones y actuar.

Habibzadeh, Hossein et al. 2020. *Relationship between patient safety culture and job burnout in Iranian nurses: Assessing the mediating role of second victim experience using structural equation modelling. Irán. Bajo Ingreso. Estudio Transversal*

El estudio planteó que la cultura de seguridad se relacionó significativamente con la experiencia de segunda víctima y el agotamiento. A su vez, la experiencia de segunda víctima asumió un papel mediador parcial en la relación entre la cultura de seguridad y el agotamiento. Implementar una cultura de seguridad es clave para reducir el agotamiento laboral, y la experiencia de la segunda víctima tiene un papel intermedio a la hora de aclarar cómo un alto nivel de cultura de seguridad reduce el agotamiento.

Hayashi, Ryosuke et al. 2020.. *Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: A cross-sectional study. Japón. Alto Ingreso. Estudio Transversal*

Realizaron ambas encuestas y encontraron que las largas horas de trabajo, la cantidad de turnos de noche y los pocos días libres se relacionaron con una baja cultura de seguridad del paciente. A pesar de ajustar las horas de trabajo, el número de informes de eventos aumentó con un aumento en el número de turnos de noche. Los médicos trabajaron más y tuvieron menos días libres que las enfermeras. No obstante, los médicos tuvieron menos puntuaciones en la cultura de seguridad del paciente relacionadas con las horas de trabajo, el número de turnos de noche y el número de días libres que las enfermeras.

Continuará...



Mahmoud, Hassan Assem et al. 2023. Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: A systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. Cinco se realizaron en Inglaterra, dos en Australia, Canadá, Estados Unidos, Brasil, e Irán, y uno en los Países Bajos, Emiratos Árabes Unidos, Suecia, Turquía, Qatar, y Corea del Sur. Un estudio incluido fue multinacional. Alto Ingreso. Revisión sistemática

La revisión incluyó 22 estudios primarios con 781 participantes, lo que la convierte en la revisión publicada más grande sobre este tema. Los estudios incluidos se desarrollaron en países geográfica y económicamente diversos, lo que representa tanto al mundo en desarrollo como el desarrollado. La revisión encontró que la mayoría de los estudios sobre la efectividad de los sistemas de aprendizaje en seguridad del paciente (PSLS) se relacionan con aspectos “antes del incidente” y la “respuesta inmediata”. Los temas relacionados con las investigaciones, el seguimiento y el “cierre del círculo” han recibido menos atención. Se concluye como laguna que el foco predominante es la etapa de reporte, dejando descuidadas las etapas posteriores del sistema de aprendizaje.

Birkeli, Gørill Helen, et al. 2023. Green Cross method in a postanaesthesia care unit: A qualitative study of the healthcare professionals' experiences after 3 years, including the COVID-19 pandemic period. Noruega. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

Se describe las experiencias de los profesionales de la salud con el método GC, 3 años después de su ejecución. Se encontraron las siguientes cinco categorías: “seguir facilitando la comunicación abierta”, “expresar el deseo de una mayor colaboración interprofesional con respecto a las mejoras”, “creciente renuencia a informar”, “reducción de escala debido a la pandemia” y “expresar el deseo de compartir más de lo que salió bien”, profundiza la comprensión del trabajo diario de seguridad del paciente utilizando este método de informe de incidentes.

Cullati, Stéphane, et al. 2023. When Illegitimate Tasks Threaten Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital. Suiza. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se estudio a relación entre las tareas ilegítimas (funciones que no son propias dentro de un rol) y la cultura de seguridad del paciente. La percepción de que las tareas ilegítimas, las tareas innecesarias y las tareas irrazonables ocurrían con frecuencia se asoció con una mayor insatisfacción con el trabajo, una menor autoestima, una mala salud autoevaluada y más agotamiento emocional. La prevalencia de tareas percibidas como ilegítimas fue bastante alta.

Reis, Claudia Tartaglia, et al. 2023. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. Brasil. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Las propiedades psicométricas de la versión brasileña resultaron satisfactorias, demostrando una buena estabilidad interna y validez de constructo, expresada por apreciaciones de confiabilidad e índices de ajuste del modelo. Sin embargo, dadas las cargas factoriales menores a 0,4 observadas en diez ítems y considerando que la escala traducida y adaptada al portugués fue probada en una única muestra durante la pandemia de Covid-19, los autores reconocen la necesidad de que sea probada en otras muestras en Brasil para investigar su validez.

Aljaffary, Afnan, et al. 2021. Patient safety culture in a teaching hospital in eastern province of Saudi Arabia: Assessment and opportunities for improvement. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Los resultados exponen que el hospital KFUH se destacó en tres componentes de la escala de seguridad del paciente: aprendizaje organizacional continuo, retroalimentación y comunicación sobre errores y frecuencia de eventos informados. Por el contrario, la dotación de personal, el trabajo en equipo dentro de las unidades y la respuesta no punitiva al error mostraron puntuaciones compuestas bajas.

Clay-Williams, Robyn, et al. 2020. The relationships between quality management systems, safety culture and leadership and patient outcomes in Australian Emergency Departments. Australia. Alto Ingreso. Estudio Observacional

Se encontró siete asociaciones estadísticamente significativas entre los sistemas de calidad a nivel de organización y las estrategias de calidad a nivel de Departamento de Emergencias (DE); cuatro asociaciones estadísticamente significativas entre los sistemas y estrategias de calidad y la cultura y el liderazgo de seguridad de DE; y nueve asociaciones estadísticamente significativas entre los sistemas y estrategias de calidad y la cultura y el liderazgo de seguridad de DE, y el tiempo de espera y la duración de la estadía en DE. Se necesita entender mejor las ventajas y desventajas entre la ejecución de la cultura de seguridad y las estrategias de calidad y la mejora del flujo de pacientes en las urgencias, y poner más énfasis en otras medidas de rendimiento de las urgencias además del tiempo.

Hameed, Tahira, et al. 2021. Safety culture implications on safe work practices and work place exposure incidents in operation theater. Pakistán. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Se detectó que, durante los últimos seis meses, las lesiones por punción con agujas y las salpicaduras fueron mayores. La exposición a sangre y fluidos corporales se asoció a factores como el estrés y las largas horas de trabajo. Existe una relación negativa significativa entre la experiencia laboral y la exposición a sangre y fluidos corporales. También se encontró que entre más horas de trabajo, más probabilidades hay de que se produzcan incidentes de exposición, ya que el estrés hace que el profesional no trabaje de forma eficaz. Además, las horas de trabajo extra indican negligencia y falta de medidas de precaución, lo que dio lugar a una mayor exposición. El factor más específico que se atribuye a esta causa es la fatiga, el deterioro cognitivo, la inquietud y el esfuerzo.

Ding, Kevin, et al. 2020. Baseline Patient Safety Culture in Cameroon: Setting a Foundation for Trauma Quality Improvement. Camerún. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

El estudio evidencia a la aplicación de la encuesta HSOPSC en Camerún. Las dimensiones exclusivamente pertinentes en el contexto de la mejora de la calidad observada como barreras plantan a la “respuesta no punitiva a los errores” con un PPR baja (25,8 %); como oportunidad se plantea “el aprendizaje organizacional” con una PPR alta (64,7 %), a través de la actitud preexistente de superación personal, así como al seguimiento del progreso que en los encuestado se pudo identificar.

Continuará...

Wang, Li-juan, et al. 2023. Assessing patient safety culture in obstetrics ward: A pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in China. China. Bajo Ingreso. Estudio cualitativo

El Marco de Seguridad del Paciente de Manchester modificado MaPSaF como sugerencias en la mejora de la cultura de seguridad del paciente se identificó que la dirección debe enfatizar la seguridad del paciente y mejorar los modos de gestión del sistema (cambiar las inspecciones por supervisión, prestar atención al desarrollo de la calidad del personal de enfermería, instar al personal a respetarse, apoyarse y ayudarse mutuamente para completar las tareas y fortalecer la cohesión entre los departamentos); la asignación de recursos humanos es importante para garantizar la seguridad del paciente. La dirección debe de investigar y comprender las necesidades de capacitación del personal, innovar en los métodos de capacitación, actualizar el contenido, mejorar la calidad de la formación y ofrecer beneficios al personal médico.

Chegini, Zahra, et al. 2020. *A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. Irán. Bajo Ingreso. Estudio Transversal*

La Barrera identificada con una puntuación más baja fue para “Respuesta no punitiva al error”. Esto puede deberse al hecho de que las enfermeras de urgencias por lo general están preocupadas por las políticas y la cultura punitivas. Por ende, puede conllevar a una reducción en la notificación de errores por parte de las enfermeras. A su vez, en la dimensión “Aprendizaje organizacional”, las puntuaciones de las enfermeras de urgencias que trabajan en el hospital público fueron más altas que las empleadas en el hospital privado. La puntuación del “trabajo en equipo” dentro y entre las unidades de los hospitales públicos fue mayor que en los privados, esto conlleva a un mejor aprendizaje organizacional. En hospitales privados se observaron resultados más positivos en la dimensión “Transiciones y transferencias” en comparación a los de hospitales públicos. Dos elementos se constituyen como una barrera: “la carga laboral” asignada al personal del hospital público encuestado y el tipo de contrato “empleo por contrato” afectando la percepción de cultura de seguridad por parte de los encuestados.

Thu, Nguyen Thi Hoai, et al. 2023. Health staff perceptions of patient safety and associated factors in hospitals in Vietnam. Vietnam. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Se identificó que la apertura comunicativa y el aprendizaje organizacional son dos aspectos que deben mejorarse, ya que están profundamente relacionados con la cultura de seguridad del paciente y la reciprocidad de conocimientos entre el personal de salud. Se ha sugerido que los hospitales deberían ofrecer cursos de capacitación en seguridad del paciente y establecer un entorno de aprendizaje propicio para mejorar estos desafíos.

Verbeek-van Noord, I., et al. 2019. *A nation-wide transition in patient safety culture: A multilevel analysis on two cross-sectional surveys. Holanda. Alto Ingreso. Estudio Transversal*

Después de la implementación el programa de seguridad del paciente (PSP) se evaluó la cultura de seguridad del paciente, entre 6605 proveedores de atención médica en 24 hospitales holandeses y comparamos las puntuaciones con la medición inicial. Se partió de la hipótesis que después del programa: (1) las puntuaciones en las dimensiones de la cultura de seguridad mejoraron, (2) la cultura de seguridad se volvió más homogénea dentro y entre los hospitales y (3) la influencia relativa de los hospitales en la cultura de seguridad aumentó. A partir de las 11 dimensiones de la cultura de seguridad, se observó una cultura de seguridad más favorable después del PSP. Sin embargo, los hospitales y departamentos no se volvieron más homogéneos, excepto en la “frecuencia de notificación de eventos”. La variedad de respuestas entre departamentos y hospitales aumentó en varias dimensiones, lo que implica que no todos ellos mejoraron.

Binkheder, Samar, et al. 2023. The relationships between patient safety culture and sentinel events among hospitals in Saudi Arabia: a national descriptive study. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Descriptivo

Como facilitadores de la Cultura de seguridad del paciente se encuentra “Trabajo en equipo dentro de las unidades”, “Apertura de la comunicación” y “Transiciones y transferencias”. Como barreras a ser abordadas desde la mejora en la cultura de seguridad del paciente esta la falta de planes de acción en los hospitales de Arabia Saudita. Como conclusión se plantea que para disminuir el miedo a la notificación de eventos centinela y mejorar la seguridad general del paciente, es necesario un cambio de cultura mediante la promoción de una cultura libre de culpas y la mejora del trabajo en equipo, las transferencias de responsabilidades y la apertura en la comunicación.

Toren, Orly et al. 2021. *Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. Israel. Alto Ingreso. Estudio Transversal*

La mayoría de las enfermeras calificaron los componentes de la cultura de seguridad del paciente como moderadamente positivos. Aproximadamente el 80% declaró su objetivo de informar sobre un incidente de casi accidente, sin embargo, el 52,4% mostró que no informó sobre un incidente de casi accidente en el último año. Se descubrió una correlación positiva entre todos los componentes de la cultura de seguridad del paciente y la intención de informar sobre un incidente de casi accidente. Tres variables anunciaron la intención de informar: el trabajo en equipo, la retroalimentación y la comunicación sobre los errores, y la cantidad de incidentes de casi accidente informados en el último año.

Continuará...



Lee, Seung Eun et al. 2023. Testing the association between the enabling and enacting factors of patient safety culture and patient safety: structural equation modelling. Corea. Alto Ingreso. Estudio Descriptivo

El estudio intento probar un modelo teórico de las relaciones entre tres factores facilitadores: a) apoyo del supervisor y/o líder clínico a la seguridad del paciente, b) apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente y c) seguridad psicológica versus cuatro factores desencadenantes de la cultura de seguridad del paciente. El hallazgo más importante de este estudio fue que entre los tres factores facilitadores, solo la seguridad psicológica se asoció con los cuatro factores desencadenantes. Cuando las enfermeras se sienten psicológicamente seguras para tomar riesgos, es más probable que compartan información importante para la seguridad del paciente, participan activamente en conductas de trabajo en equipo e informen errores y cuasi accidentes. Cuando los directores del hospital expresan su compromiso con la seguridad, las enfermeras pueden utilizarlos como modelos a seguir para determinar los comportamientos que se esperan dentro de la organización.

Lee, Seung Eun, et al. 2023. *Patient Safety Culture and Speaking Up Among Health Care Workers*. Corea del sur. Bajo Ingreso. Estudio Descriptivo

Examina las diferencias en las percepciones de la cultura de seguridad del paciente y las conductas de promoción y prohibición de denuncia de los trabajadores sanitarios por profesión (enfermeras, médicos y otros) e investigó las relaciones entre la cultura de seguridad del paciente y los dos tipos de conductas de denuncia. Los resultados indican la importancia de la apertura de la comunicación, el informe de eventos adversos y el apoyo de los supervisores de la unidad y las gerencias del hospital para la seguridad del paciente como predictores importantes de ambos tipos de comportamientos de voz. Cuando los trabajadores de la salud perciben que los líderes del hospital valoran la seguridad del paciente y apoyan la comunicación abierta y la cultura de informes, es más probable que hagan sugerencias constructivas (voz promotora) y expresen sus preocupaciones (voz prohibitiva) para mejorar las operaciones en su unidad u hospital, así como la seguridad del paciente.

Olsen, Espen et al. 2024. Psychometric properties and criterion related validity of the Norwegian version of hospital survey on patient safety culture 2.0. Noruega. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Se tradujo la encuesta HSOPSC 2.0 al noruego y se probó entre el personal noruego en dos hospitales. Por lo tanto, el instrumento es apropiado para su uso en entornos hospitalarios noruegos. Las dimensiones de la cultura de seguridad predijeron el "placer en el trabajo" y la "intención de rotación", que no forman parte del instrumento original.

Hunt, Julian, et al. 2022. *Patient safety culture as a space of social struggle: understanding infection prevention practice and patient safety culture within hospital isolation settings - a qualitative study*. Reino Unido. Alto Ingreso. Estudio cualitativo

Se estudiaron dos hospitales: Hospital A, Encontramos una organización que se dedicaba a promover una cultura de seguridad del paciente mejorada mediante el diseño de una estrategia y una estructura que orientan los procesos de seguridad. Hospital B, problemas estructurales importantes: la falta de liderazgo efectivo y la desconfianza en él, junto con presiones cada vez mayores de tiempo y recursos que conducen a una intensificación del trabajo; siendo obstáculos para la atención segura y apropiada de los pacientes y las prácticas de prevención de infecciones.

Herdiman, Lobes, et al. 2023. Factors affecting patient safety culture in the nursing section of a type C private hospital in Surakarta using structural equation modeling. Surakarta-Indonesia. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Este estudio tuvo como objetivo construir y probar un modelo que identifique los principales factores que influyen en la PSMA de las enfermeras los elementos más significativos del PSMA son la cultura de seguridad y el ambiente de trabajo.

Kurucová, Radka, et al. 2022. *Hospital patient safety culture in selected Slovak hospitals: a cross-sectional study*. Eslovaquia. Bajo Ingreso. Estudio Transversal

Se encontró respuestas positivas en el dominio de trabajo en equipo, retroalimentación y comunicación, educación y mejora continua. Un predictor negativo fue el mayor número de eventos adversos reportados en el último, y el mayor número de horas trabajadas por semana. Los predictores positivos significativos del grado de seguridad del paciente fueron las siguientes dimensiones de la cultura de seguridad del paciente del hospital: trabajo en equipo dentro de las unidades, apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente, y transferencias y transiciones

Watari, Takashi et al. 2023. Safety culture survey among medical residents in Japan: A nationwide cross-sectional study. Japón. Alto Ingreso. Estudio Transversal

Los médicos residentes de los hospitales universitarios informaron como barreras ciertos factores, como son, el número de turnos en el departamento de urgencias y los encuentros con incidentes, revelaron una correlación positiva con la cultura de seguridad. Otra barrera en el estudio identificada es respondió que el "procedimiento de denuncia" era difícil de entender y representa carga emocional y que se sentían castigados por denunciar. Como elemento facilitador los hospitales universitarios aprovechan personal más especializado, como expertos en mejora de la calidad y seguridad del paciente, que los hospitales comunitarios, ya que tienen más recursos para manejar las actividades de seguridad y los errores médicos de manera metódica y cuidadosa.

Olsen, Espen, and Ann-Charin Linqvist Leonardsen. 2021.. *Use of the hospital survey of patient safety culture in norwegian hospitals: A systematic review*. Noruega. Alto Ingreso. Revisión sistemática

Usaron la encuesta de CSP en hospitales, encontrando una gran necesidad de mejorar la CSP, solo un estudio logro mejorar considerablemente la CSP con intervenciones. Adicionalmente mencionan que este proceso de mejorar la CSP puede requerir de varios años de trabajo. Esta revisión reveló que las dimensiones de la CSP en entornos hospitalarios son difíciles de mejorar y pueden ser muy estables en el tiempo. Además, la implementación de cambios organizacionales, como la reestructuración, puede incluso reducir el nivel de las dimensiones de seguridad del paciente.

Continuará...

Alanazi, Naif H., and Tariq Ahmed Falqi. 2023.. Healthcare Managers' Perception on Patient Safety Culture. Arabia Saudita. Alto Ingreso. Estudio Transversal	El estudio evaluó la cultura y las actitudes de seguridad del paciente entre los gerentes en 52 directores de hospitales de nivel medio de origen saudí. La categoría más alta fue el poder de información, seguido de los poderes de recompensa y de referencia. Como facilitadoras se identificó según la encuesta: la seguridad del paciente es una prioridad máxima; el clima de trabajo promueve la seguridad del paciente y los gerentes dicen palabras positivas cuando ven que un trabajo se hace de acuerdo con los procedimientos establecidos de seguridad del paciente. Como barrera se identificaron la presencia de problemas de seguridad del paciente que no se habían abordado. Como facilitador se evidenció a que la "profesionalidad" es crucial para tomar decisiones eficaces que permitan introducir cambios en las instituciones sanitarias.	Yu, Brian, et al. 2020. Improvements in patient safety culture: A national Taiwanese survey, 2009-16. Taiwan. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Realizaron encuesta SAQ a 144 hospitales entre 2009 y 2016. Las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente aumentaron significativamente en Taiwán durante un periodo de 8 años, con una mejora total en la tasa de respuesta las mejoras de los hospitales regionales y comunitarios se generaron principalmente en el trabajo en equipo y el clima de seguridad. Al final del estudio, los centros médicos tenían mayores mediciones de cultura de seguridad en todos los niveles que los hospitales regionales y los hospitales comunitarios, mientras que los médicos mantuvieron mayores mediciones de cultura de seguridad que las enfermeras y el personal farmacéutico. Es decir que la cultura de seguridad en Taiwan mejoro entre 2009 y 2016
Isaac, Demuyakor et al. 2024. Healthcare workers perceptions of patient safety culture in selected Ghanaian regional hospitals: a qualitative study. Ghana. Bajo Ingreso. Estudio cualitativo	El estudio mostrar la manera en que los trabajadores de salud de primera línea perciben la cultura de seguridad del paciente y explicar las principales barreras para garantizarla. Todos los participantes conocían y comprendían el método para notificar errores y que con ello contribuyen a la seguridad del paciente. Sin embargo, expresaron gran preocupación por la aplicación de estos procedimientos, ya que da lugar a consultas y medidas punitivas para los profesionales sanitarios, por lo que determinados errores no se denuncian a menos que sean de gran importancia.	Danielsson, Marita, et al. 2019. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. Suecia. Alto Ingreso. Estudio Transversal	Aplicación encuentra HSOPS, evidenciado a las dimensiones de la cultura con mayor puntuación fueron "trabajo en equipo" dentro de las unidades" y "respuesta no punitiva al error", y las dimensiones con menor calificación fueron: "apoyo de la dirección a la seguridad del paciente" y "dotación de personal". El análisis multivariado reveló que una larga experiencia profesional (>15 años) se relaciona con una mayor probabilidad de una alta seguridad general del paciente. En contraste con las salas generales, la probabilidad de una alta seguridad general del paciente era mayor para la atención de urgencias, pero menor para la atención psiquiátrica. La posibilidad de una alta seguridad general del paciente era mayor tanto para las enfermeras como para los médicos en comparación con los gerentes.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los hallazgos reportados en la tabla 2, los estudios transversales se identifican como los de elección para determinar la cultura de seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias con el 63,29% ($n=50$); en segundo lugar, se encuentran los estudios cualitativos con el 13,75% ($n=11$); y en tercer lugar las revisiones sistemáticas con el 8,75% ($n=11$).

Tabla 2. Clasificación de estudios por tipo de estudio abordado

Etiquetas de fila	Porcentaje	Cantidad
Estudio Transversal	62,50%	50
Estudio Cualitativo	13,75%	11
Revisión Sistemática	8,75%	7
Estudio Descriptivo	6,25%	5
Revisión De Alcance	3,75%	3
Estudio Observacional	2,50%	2
Métodos Mixtos	2,50%	2
Total General	100,00%	80

Fuente: Elaboración propia.



Al contrastar la clasificación de los países por ingresos con los estudios seleccionados (Tabla 3), se observa que el 62,5% (n=50) de los artículos identificados como de procedencia de países con altos ingresos y el 37,5% (n=30) corresponde a estudios procedentes de países clasificados como de bajos ingresos

Tabla 3. Tipo de estudio Vs clasificación de países por tipo de ingresos

Clasificación país / Tipo estudio	Porcentaje	Cantidad
Alto Ingreso	62,50%	50
Estudio Transversal	37,50%	30
Estudio cualitativo	10,00%	8
revisión sistemática	7,50%	6
Estudio Descriptivo	3,75%	3
Métodos Mixtos	2,50%	2
Estudio Observacional	1,25%	1
Bajo Ingreso	37,50%	30
Estudio Transversal	25,00%	20
Revisión de alcance	3,75%	3
Estudio cualitativo	3,75%	3
Estudio Descriptivo	2,50%	2
revisión sistemática	1,25%	1
Estudio Observacional	1,25%	1
Total general	100,00%	80

Fuente: Elaboración propia.

La caracterización de la evidencia permitió identificar las barreras y oportunidades desde la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP). Los hallazgos se estructuraron en seis ejes temáticos: 1) Generalidades de la cultura de seguridad; 2) Gestión de equipos; 3) Programas institucionales de seguridad del paciente; 4) La cultura de seguridad del paciente y las direcciones administrativas; 5) La notificación de eventos adversos y cultura de seguridad; 6) Medición de la cultura de seguridad del paciente.

Generalidades de la cultura de seguridad del paciente

El uso de instrumentos de medición de la Cultura de Seguridad del Paciente como la encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) desarrollada por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ha requerido a nivel mundial adaptación al contexto cultural propio de cada país como se evidenció en esta revisión bibliográfica.

Mistri IU²³, plantea que los programas de capacitación fortalecieron la Cultura de Seguridad del Paciente minimizando los riesgos y errores durante el proceso de atención, impactando positivamente en la calidad del servicio. En Australia un estudio demostró que la implementación de la capacitación de trabajo en equipo basada en la gestión de recursos en los servicios mejora la Cultura de Seguridad del

Paciente²⁴. En Francia la aplicación de un curso de formación interpersonal impactó con resultados positivos sobre las fallas de comunicación, trabajo en equipo y adherencia a la lista de verificación²⁵; En vietnam se sugiere que los hospitales deberían ofrecer cursos de capacitación de seguridad del paciente²⁶. En Indonesia, los programas educativos utilizaron métodos de seminarios, talleres y capacitaciones, donde el aprendizaje se diseñó por sesión, se implementó la enseñanza uno a uno y se dividió en pequeños grupos²⁷.

Gestión de equipos

Las estrategias de gestión de la Cultura de Seguridad del Paciente que se presentan son: intervenciones, entrenamiento del equipo de trabajo y recorridos ejecutivos, además se sugieren estrategias multicomponentes como capacitación y estrategias para involucrar al paciente, esto evaluado en países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia²⁸; se respalda con los resultados positivos que se obtuvieron en California y Michigan con respecto a las actitudes de los profesionales de salud luego de la aplicación de estrategias para fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente²⁹. Como también se evidenció en Francia³⁰ que la implementación de programas de mejora continua de la calidad son claves para ayudar a mejorar la Cultura de Seguridad del Paciente y fomentar un entorno de comunicación abierta. En Indonesia²⁷ recomiendan la implementación de estrategias de equipo y programas integrales para fortalecer la CSP.

En Jordania³¹, Brasil^{32,33}, Irán³⁴, América del Sur³⁵, América latina³⁶, Arabia Saudita^{37,38,39,40}, Ghana⁴¹, China⁴², España^{43,44}, Etiopía⁴⁵, Pakistán⁴⁶, Palestina⁴⁷, Estados Unidos⁴⁸, oriente medio⁴⁹, se mostró como fortaleza y predictor de la CSP, el trabajo en equipo⁵⁰, la retroalimentación, la comunicación asertiva, la mejora continua y el aprendizaje organizacional. Según estudios desarrollados en Corea⁵¹, Brasil⁵² y Taiwán⁵³, la adaptación de los profesionales de salud a la Cultura de Seguridad del Paciente desde el desarrollo de las políticas y/o reuniones de seguridad, reveló que estas tienen un impacto significativo sobre la percepción y la ejecución de las actividades de los colaboradores^{51,52,53}. Las reuniones de seguridad requieren del fomento de un clima organizacional, así, como de condiciones propicias para la participación de los profesionales, el apoyo de los directivos fundamentado en un conocimiento teórico y estructurado para la dirección de los encuentros con enfoque de seguridad del paciente⁵⁴.

Programas de seguridad de paciente

El estructurar un programa de seguridad del paciente desde la evidencia ha demostrado mejoras significativas como se presenta en el abordaje realizado en 22 hospitales holandeses⁵⁵ donde mejoraron las puntuaciones en las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente. Sin embargo, en Brasil también se implementó este programa, pero a pesar de haber pasado tres años aún se presenta como débil la Cultura de Seguridad del Paciente⁵⁶. En Brasil⁵⁷ resaltan la importancia de generar la CSP, promover su medición y monitorear los avances y debilidades presentados. Así como se menciona en Indonesia⁵⁸ donde realizaron la adaptación de la encuesta para el país, pero no realizaron la aplicación por lo cual se sugiere para futuros estudios. Uno de los factores que se presentan como debilidad en el desarrollo de la Cultura de Seguridad del Paciente en países como Irán³⁴, Ghana⁴¹ y España⁴³, Turquía⁵⁹ es la falta de apoyo financiero, administrativo y gerencial para el buen desarrollo de los programas de Cultura de Seguridad del Paciente, haciendo necesario mejorar los recursos humanos y los recursos materiales apoyado siempre en un proceso de implementación de políticas^{60,61}.



La cultura de seguridad del paciente y las direcciones administrativas

Esta clase de estudios brindan información importante para la toma de decisiones y acciones de mejora para la Cultura de Seguridad del Paciente^{40,62,63,64} implementando sistemas de gestión; desarrollo de políticas de calidad y supervisión; acompañados de brindar beneficios, recompensas o incentivos a los colaboradores^{65,66} de igual manera, la generación de planes de mejora, capacitación constante e incentivo del reporte de errores voluntario, generados durante la atención aportan a brindar servicios de calidad⁶⁷; se destaca la generación de sistemas de vigilancia y control⁶⁸, como fue el caso de Noruega donde se implementó el método “Green Cross” para la notificación de incidentes⁶⁹.

La dotación y contratación del personal ha sido un factor resaltado como débil y una barrera para la atención segura por los profesionales de salud según estudios realizados en Bulgaria⁶⁸, España⁴³, América latina³⁶, Arabia Saudita^{37,39,40}, Estados Unidos^{70,71}, Pakistán⁴⁶, Chile⁶⁰. Respaldado por un estudio realizado en Estados Unidos, la dotación de personal adecuada está asociada con la eficiencia de los procedimientos en la Cultura de Seguridad del Paciente⁷¹. La falta de personal se relaciona directamente con más horas de trabajo, turnos nocturnos, los pocos días de descanso y con ello la fatiga, el deterioro cognitivo, la inquietud y el esfuerzo, lo que conlleva a una mayor probabilidad que se cometan errores, por lo tanto, en el contexto pakistaní es necesario regular las horas de trabajo⁷². En Reino Unido⁷³ la intensificación del trabajo se presentó como un obstáculo para la atención segura de los pacientes y la prevención de infecciones. En Japón a pesar de ajustar las horas de trabajo, el número de informes de eventos aumentó con el incremento en el número de turnos de noche⁷⁴. En Irán implementaron un modelo de “segunda víctima” para reducir el agotamiento del personal y así aumentar el nivel de cultura de seguridad⁷⁵. En Suiza se encontró que las tareas ilegítimas (funciones que no son propias del rol) se asoció con una mayor insatisfacción en el trabajo, una menor autoestima, una mala salud autoevaluada y aumento del agotamiento emocional⁷⁶. Para mejorar las condiciones laborales un estudio realizado en Australia diseñó un sistema de reseñas en línea en sitios web publicadas por empleados sobre cultura organizacional, donde indican que las percepciones de satisfacción, compromiso y desempeño positivo podrían fortalecerse al mejorar las oportunidades de aprendizaje y desarrollo y lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal⁷⁷.

Notificación de eventos adverso y cultura de seguridad

La Cultura de Seguridad del Paciente se vio afectada negativamente por la carencia en la notificación de eventos adversos por parte de los colaboradores impactando de forma global a los profesionales de la salud, asociado a la inexistencia de una respuesta no punitiva por parte de la organización en la cual se desempeñan frente al reporte de los errores presentados durante el proceso de atención; como se presenta en los estudios realizados a nivel mundial desde España⁶³, Irán⁷⁸, Brasil³³, América del Sur³⁵, América latina³⁶, Estados Unidos⁴⁸, Palestina⁴⁷, Arabia Saudita^{39,40,79}, Ghana⁴¹, Arabia Saudita³⁸, Jordania³¹, Pakistán^{46,80}, Etiopía⁴⁵. En países como Inglaterra⁸¹, estudios centrados en CSP plantearon elementos desde la concepción de la “cultura justa” donde los médicos expresaron desconfianza en el proceso de gestión de incidentes, ya que se sienten preocupados sobre como serían tratados en caso de ser investigados. En países como Camerún⁶⁴, se señala la necesidad de cambiar los paradigmas culturales, acerca de la culpa individual y hacer énfasis en las deficiencias sistémicas de la atención al paciente; a su vez, se plantea

como una de las barreras para el reporte de errores fue el miedo a las represalias, repercusiones y la percepción de castigo al notificar⁷⁰, evidenciados a través de sentimientos y sensaciones como la vergüenza o culpa⁴⁴; A pesar de conocer los métodos para notificar errores, los participantes de un estudio realizado en Ghana expresaron gran preocupación por la aplicación de estos procedimientos, ya que da lugar a consultas y medidas punitivas para los profesionales sanitarios, por lo que determinados errores no se denuncian a menos que sean de gran importancia⁸².

Para disminuir el miedo a la notificación de eventos centinela y mejorar la Cultura de Seguridad del Paciente, en Arabia Saudita se menciona la necesidad de un cambio de cultura mediante la promoción de una cultura libre de culpas, y la mejora del trabajo en equipo, las transferencias de responsabilidades y la apertura en la comunicación⁸³. En países latinoamericanos como en Chile se menciona que la Cultura de Seguridad del Paciente se debe basar en entornos seguros para reportar incidentes sin temor a consecuencias negativas esto conlleva a implementar sistemas de notificación claros y transparentes, como a su vez, a promover una cultura de aprendizaje permanente en el reporte de errores o eventos adversos y se traduzca en oportunidades de mejora continua sobre la Cultura de Seguridad del Paciente 60. Por su parte, En Israel tres variables anunciaron la intención de informar: el trabajo en equipo, la retroalimentación y la comunicación sobre los errores, y la cantidad de incidentes de casi accidente informados en el último año⁸⁴.

Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente

Los estudios revisados mencionan varios factores importantes luego de la aplicación de las encuestas para medir la Cultura de Seguridad del Paciente en las diferentes entidades de salud alrededor del mundo. En España⁴⁴ se menciona que dentro de la teoría no se encuentran factores como la participación del usuario, el flujo de pacientes y la infraestructura. En Brasil³³ mencionan que este tipo de estudios sirven para la identificación de áreas críticas a mejorar. En Arabia Saudita⁷⁹ proponen generar estrategias proactivas para identificar puntos débiles y a su vez lograr el abordaje de los mismo; las estrategias reactivas, se plantean como un generador de procesos de aprendizaje desde los incidentes reportados. Países como Japó⁸⁵ e Irán⁷⁸ indican que estos resultados son valiosos para la generación de políticas y prácticas destinadas a mejorar la CSP. En Noruega⁸⁶ sugieren incluir indicadores como: “placer en el trabajo” e “intención de abandonar el puesto de trabajo”. En Suecia las estrategias usadas en la seguridad del paciente por los gerentes fue valorar y desarrollar la experiencia de los profesionales, organización para la resiliencia, dar ejemplo en el trabajo, fomentar crecimiento individual y equilibrar la adhesión⁸⁷. Otros estudios correlacionan factores influyentes en la Cultura de Seguridad del Paciente como son: la edad, el género, la experiencia laboral, las horas laboradas, el nivel educativo, y los principios^{31,67,88,89,90}. Adicionalmente se encuentra una alta relación entre la CSP como predictor de eventos adversos³⁴. En un estudio realizado en Arabia Saudita evaluó la Cultura de Seguridad del Paciente en gerentes hospitalarios a través de SAQ (cuestionario de actitudes), encuesta HSOSPC y modelo de Mintzberg, como resultados se encontró la relevancia del poder de la información y la seguridad del paciente como prioridad máxima en los procesos de mejora continua, se menciona que la Cultura de Seguridad del Paciente es fundamental para moldear la gestión y el liderazgo organizacional⁹¹. El papel que juegan las enfermeras en la Cultura de Seguridad del Paciente es fundamental en gran parte de los estudios revisados en este artículo, ya que desempeñan un rol en la promoción de la seguridad del paciente a través de su presencia



continúa junto a las camas de los pacientes y su interacción con sus familias y otros profesionales de la salud⁹²; Es así, como se resalta la necesidad de capacitar a los líderes de enfermería de primera línea para que establezcan un asesoramiento en una estructura de gobernanza compartida⁹³, Así como la reducción de las tasas de rotación de enfermeras, el proporcionar una asignación adecuada de personal, la educación y las políticas de mejora para fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente⁹⁴. En estados Unidos el liderazgo se vio afectado por malas conductas y faltas de respeto por parte de los médicos hacia el personal de enfermería⁹⁵. En Austria además del liderazgo, se encontró que también se debe fortalecer la comunicación, retroalimentación y visibilidad⁹⁶.

La Cultura de Seguridad del Paciente no solo se aplica en instituciones de salud convencionales, ya que dentro de esta revisión se encontró un estudio realizado en Qatar donde se evaluó la Cultura de Seguridad del Paciente en un hospital de medicina deportiva, y se obtuvo una calificación alta que se atribuyó a el apoyo de gerencial, la comunicación y trabajo en equipo, apoyo de la persona encargada de la seguridad del paciente y tener procedimientos y sistemas organizados⁹⁷.

Discusión

La revisión literaria presentada brinda una visión panorámica de cómo se ha adaptado y fortalecido la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en diversos contextos internacionales mediante el uso de instrumentos como la encuesta HSOPSC.

Como barreras se evidencia la importancia de la adaptación cultural de estas herramientas a cada país y el diseño e implementación de estrategias específicas acorde a cada situación. En algunos países clasificados como de bajos ingresos solo evidencia aplicación de las encuestas utilizadas por países en con ingresos altos. Otra de las barreras presente para el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente desde los resultados de las encuestas de cultura de seguridad del paciente es la existencia aun de la “cultura punitiva” como parte de la percepción de los profesionales de salud. Aunque esto no es un reto único para las economías emergentes, se observa que países como Suiza e Irán, presentan modelos centrados en el abordaje del concepto de la “segunda víctima” para abordar la percepción del efecto del error en el profesional de salud involucrado.

Como oportunidad central se aborda la necesidad de identificar y abordar la dotación de personal. Los países catalogados como de altos ingresos aportan mayores recursos al aparte de la dotación de personal, sin embargo, una de la diferencia con los países de bajos ingresos y mediano es que la dotación de personal en las instituciones hospitalarias es baja y existe una sobre carga laboral. Países como Bulgaria, Chile y Arabia Saudi, reportan datos en los procesos de medición de la cultura de seguridad del paciente de fatiga laboral. A su vez Japón demostró que incluso alcanzando a dotación de personal adecuada el riesgo sigue latente específicamente en la prestación de servicios nocturno. A su vez, como oportunidad se presenta el rol de Enfermería desde el liderazgo generado por la constante presencia en los servicios de salud. En la cual la sociedad y los países han planteado una responsabilidad en los procesos de

identificación y seguimiento de las acciones de seguridad del paciente. Una Cultura de Seguridad del Paciente fuerte, se presenta por el apoyo de la dirección, una comunicación abierta y la promoción del aprendizaje de los errores, es esencial para mejorar la seguridad del paciente. La capacitación continua en el trabajo en equipo, gestión de riesgos, la comunicación y retroalimentación y el desarrollo de habilidades son fundamentales para reducir errores, fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente y mejorar el desempeño de los profesionales de la salud.

El presente estudio aporta al conocimiento una visión global integradora que permite identificar que tanto el concepto de seguridad del paciente como el de cultura de seguridad del paciente no son estáticos, sino un proceso dependiente del contexto socioeconómico. Reafirmando con ello la necesidad de crear estructuras de cultura de seguridad de los pacientes desde una concepción de sistema complejo adaptativo. En el cual se evidencie las dinámicas de sistemas de salud y cada uno de sus actores, así como las fuerzas generadoras de movimiento como son las fuentes de financiamiento a los mimos.

Como limitaciones se reconoce la heterogeneidad de los estudios identificados en la revisión de alcance como se describió en la tabla 1. A su vez, en los estudios identificados no se hallaron estudios que compararan tipo de país por ingreso y la relación con cultura de seguridad del paciente. Las encuestas identificadas para determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente no se adaptan a los contextos específicos a ser utilizados.

Conclusiones

El objetivo planteado identifico las barreras y las oportunidades de avance identificada desde los países. Siendo el elemento de recursos financieros asignados por parte de los países en vías de desarrollo el mayor imperativo, con la finalidad de ser utilizado en los procesos de mejora continua en los sistemas de salud. En contrates con los países de altos ingresos los retos se desplazan hacia la carga laboral del equipo de salud, la percepción de la cultura justa en términos del contexto en cual se aborda el concepto de cultura de seguridad del paciente.

Se concluye que la implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente requiere un trabajo interdisciplinario, con alta capacidad para la adaptabilidad desde la comprensión de las dinámicas individuales y colectivas de cada país. A su vez el desarrollo de resiliencia por parte de los sistemas para adaptarse a las situaciones individuales de los países por sus contextos socioeconómico y políticos que presentan de acuerdo con sus particularidades internas y externas.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.



Consideraciones éticas

El presente artículo fue presentado ante el comité de ética según folio de radicación 2024-10 de la Facultad de Salud adscrito a la Universidad Manuela Beltrán, obteniendo la aprobación de este para su ejecución.

Uso de inteligencia artificial

Los autores manifiestan como esta descrito en el diseño metodológico la utilización de software Rayyan como plataforma impulsada por IA para para la selección y el cribado de la información obtenida de los resultados obtenidos a partir de las búsquedas en las bases de datos abordados; Este software tiene como finalidad su uso en revisiones de alcance y colaboración en investigación. En ninguno de los apartes descritos del presente documento (redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, el análisis e interpretación de los datos) se utilizó inteligencia artificial.

Contribución de los autores

Conceptualización: Y.R.F., Curación de datos: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Análisis formal: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Adquisición de fondos: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Investigación: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Metodología: Y.R.F., Administración de proyecto: Y.R.F.; Recursos: Y.R.F.; Software: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T.; Supervisión: Y.R.F.; Validación: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Visualización: Y.R.F.; Redacción-borrador original: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P, J.D.T; Redacción- revisión y edición: Y.R.F., V.R.U., J.K.V., K.P.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiamiento externo para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Patient Safety. 2024. [Last accessed: 1/15/2024]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>
2. World Health Organization. Seguridad Del Paciente. 2023. [Last accessed: 1/8/2026]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

3. WHO. Global Patient Safety Report 2024. 2024. [Last accessed: 1/8/2026]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf>
4. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: From analysis to action. OECD Health Working Papers 2022;145(145). Doi: 10.1787/761F2DA8-EN
5. Organizacion de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-Salud. 2015. [Last accessed: 1/8/2026]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
6. Organización Mundial de la Salud O y BMundial. Prestación de Servicios de Salud de Calidad: Imperativo Global Para La Cobertura Sanitaria Universal [Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage]. 2020. [Last accessed: 1/8/2026]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906>
7. Bienassis K de, Kristensen S, Burtscher M, et al. Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries. OECD Health Working Papers 2020;119. Doi: 10.1787/6EE1AEAE-EN.
8. Organizacion Panamericana de la Salud y Organizacion Mundial de la Salud. OPS/OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública. 2025. [Last accessed: 1/10/2026]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
9. Nunes E, Sirtoli F, Lima E, et al. Instruments for Patient Safety Assessment: A Scoping Review. Healthcare 2024;12(20):2075; Doi: 10.3390/HEALTHCARE12202075.
10. World Bank. How Does the World Bank Classify Countries? n.d. [Last accessed: 1/10/2026]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>
11. Anonymous. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk. n.d. [Last accessed: 9/9/2024]. Available from: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lendinggroups?_gl=1*4cfj6v*_gcl_au*OTQ5MDkzNjI1L-jE3MjYwMDA5NjQ.
12. Dieleman J, Campbell M, Chapin A, et al. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. The Lancet 2017;389(10083):1981–2004. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30874-7.
13. Beylik U, Cirakli U, Cetin M, et al. The relationship between health expenditure indicators and economic growth in OECD countries: A Driscoll-Kraay approach. Front Public Health 2022; 10:1050550. Doi: 10.3389/FPUBH.2022.1050550



14. Dalla Nora CR, Beghetto MG. Patient Safety Challenges in Primary Health Care: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm* 2020;73(5). Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>.
15. Braithwaite J, Ellis LA, Churrua K, et al. Complexity Science as a Frame for Understanding the Management and Delivery of High Quality and Safer Care. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* 2020;375–391. Doi: [10.1007/978-3-030-59403-9_27](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_27).
16. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 2018;18(1). Doi: [10.1186/S12874-018-0611-X](https://doi.org/10.1186/S12874-018-0611-X).
17. PRISMA. PRISMA for Scoping Reviews. 2018. [Last accessed: 11/6/2023]. Available from: <https://www.prisma-statement.org/scoping>
18. Ouzzani M, HH, FZ, & EA. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5(1):210. Doi: [10.1186/s13643-016-0384-4](https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4).
19. Martínez Díaz J. D, Ortega Chacón V, , Muñoz Ronda F. J. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. *Modelos de formulación. Enfermería Global* [Internet]. 2016;15(3):431-438. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365846542016>
20. Banco Mundial. Clasificación de Países Del Banco Mundial Por Nivel de Ingreso Correspondiente a 2024-25. 2024. [Last accessed: 8/14/2024]. Available from: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/clasificacion-de-paises-del-banco-mundial-por-nivel-de-ingreso-2024-25>
21. Red CASPe. Materiales Programa de Habilidades En Lectura Crítica Español. n.d. [Last accessed: 12/10/2024]. Available from: <https://redcaspe.org/materiales/>
22. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, et al. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews* 2022;18(2):e1230. Doi: [10.1002/CL2.1230](https://doi.org/10.1002/CL2.1230).
23. Mistri IU, Badge A, Shahu S. Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus* 2023;15(12):e51159. Doi: [10.7759/CUREUS.51159](https://doi.org/10.7759/CUREUS.51159).
24. Clay-Williams R, Taylor N, Ting HP, et al. The relationships between quality management systems, safety culture and leadership and patient outcomes in Australian Emergency Departments. *International Journal for Quality in Health Care* 2020;32(Supplement_1):43–51. Doi: [10.1093/INT-QHC/MZZ105](https://doi.org/10.1093/INT-QHC/MZZ105).

25. Picard J, Evain JN, Douron C, et al. Impact of a large interprofessional simulation-based training course on communication, teamwork, and safety culture in the operating theatre: A mixed-methods interventional study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2022;41(1):100991. Doi: 10.1016/J.AC-CPM.2021.100991.
26. Thu NTH, Anh BTM, Ha NTT, et al. Health staff perceptions of patient safety and associated factors in hospitals in Vietnam. *Front Public Health* 2023;11:1149667. Doi: 10.3389/FPUBH.2023.1149667.
27. Taji M, Putra KR, Ismail DDSL. Strategies to improving patient safety in hospitals. *Healthc Low Resour Settings* 2023;11(s1). Doi: 10.4081/hls.2023.11181.
28. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, et al. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review HHS Public Access. *Ann Intern Med* 2013;158(2):369–374. Doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002.
29. White VanGompel E, Carlock F, Singh L, et al. Attitudes of Clinicians and Patient Safety Culture Before and After the ARRIVE Trial. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2023;52(3):211. Doi: 10.1016/J.JOBN.2022.12.007.
30. Tsamasiotis C, Fiard G, Bouzat P, et al. From Reporting to Improving: How Root Cause Analysis in Teams Shape Patient Safety Culture. *Risk Manag Healthc Policy* 2024;17:1847. Doi: 10.2147/RMHP.S466852
31. Malak MZ, Salouk J, Al-Shawawreh R, et al. Perceptions of patient safety culture among emergency room nurses in Jordanian accredited hospitals. *J Nurs Manag* 2022;30(7):3131–3138. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.13729>.
32. Tavares LT, Silva GS dos S, Macêdo LL da S, et al. Evaluation of patient safety culture in the pediatric intensive therapy unit in a public hospital /Avaliação da cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica em hospital público. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* 2021;13:974–981. Doi: 10.9789/2175-5361.RPCFO.V13.9739.
33. Prieto MMN, da Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of Patient Safety Culture in Brazilian Hospitals through HSOPSC: A Scoping Review. *Rev Bras Enferm* 2021;74(6). Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>.
34. Moosavi S, Amerzadeh M, Azmal M, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Saf Surg* 2023;17(1):20. Doi: 10.1186/S13037-023-00369-6.



35. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Qual* 2023;12(4):e002362. Doi: 10.1136/BMJOQ-2023-002362.
36. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Dominguez-Cancino KA, et al. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(21). Doi: 10.3390/ijerph192114380.
37. Algethami F, Alasmari AS, Alessa MK, et al. Patient safety culture in a tertiary care hospital in Makkah, Saudi Arabia, a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2024;24(1):1–10. Doi: 10.1186/S12913-024-11310-7/FIGURES/4.
38. Alshammari AS, Aldhuwayhi TZ, Alibrahim NO, et al. Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses Working at Tertiary Care Hospitals in Aljouf Region, Saudi Arabia. *Cureus* 2024. Doi: 10.7759/cureus.58429
39. Aljaffary A, Al Yaqoub F, Al Madani R, et al. Patient Safety Culture in a Teaching Hospital in Eastern Province of Saudi Arabia: Assessment and Opportunities for Improvement. *Risk Manag Healthc Policy* 2021;14:3783–3795. Doi: 10.2147/RMHP.S313368.
40. Saleh Aboufour MA, Subbarayalu AV. Perceptions of patient safety culture among healthcare professionals in Ministry of Health hospitals in Eastern Province of Saudi Arabia. *Inform Med Unlocked* 2022;28:100858. Doi: 10.1016/J.IMU.2022.100858.
41. Tenza IS, Attafuah PYA, Abor P, et al. Hospital managers' views on the state of patient safety culture across three regions in Ghana. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1300. Doi: 10.1186/S12913-022-08701-Z.
42. Huang H, Xiao L, Chen Z, et al. A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. December 2022. Doi: 10.1097/PTS.0000000000001045
43. Gil-Aucejo A, Martínez-Martín S, Flores-Sánchez P, et al. Assessment of the patient safety culture in the ICU of a second level hospital at the end of the third COVID-19 wave. *Enferm Intensiva* 2022;33(4):185. Doi: 10.1016/J.ENFIE.2021.09.007.
44. Reyes Ramos MJ, Costa Abós S. Patient Safety Culture: Nurses' Perspective in the Hospital Setting. *Healthcare* 2024, Vol 12, Page 1010 2024;12(10):1010. Doi: 10.3390/HEALTHCARE12101010.
45. Yayehrad T, Getachew Y, Muluken W. Patient safety culture and associated factors of regional public hospitals in Addis Ababa. *BMC Health Serv Res* 2024;24(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11262-y>.

46. Ahmed FA, Asif F, Munir T, et al. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMJ Open Qual* 2023;12(1). Doi: 10.1136/bmjopen-2022-002029.
47. Zabin LM, Zaitoun RSA, Abdullah AA. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. *BMC Nurs* 2022;21(1):1–10. Doi: 10.1186/S12912-022-00987-Y/TABLES/4.
48. Lee SE, Dahinten VS. Using Dominance Analysis to Identify the Most Important Dimensions of Safety Culture for Predicting Patient Safety. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol 18, Page 7746 2021;18(15):7746. Doi: 10.3390/IJERPH18157746.
49. Al-Surimi K, Almuhaishir A, Ghailan KY, et al. Impact of Patient Safety Culture on Job Satisfaction and Intention to Leave Among Healthcare Workers: Evidence from Middle East Context. *Risk Manag Healthc Policy* 2022;15:2435–2451. Doi: 10.2147/RMHP.S390021.
50. Finn M, Walsh A, Rafter N, et al. Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: a systematic review of the international literature. *BMJ Open Qual* 2024;13(2):e002506. Doi: 10.1136/BMJOQ-2023-002506.
51. Lee W, Choi MH, Park E, et al. Understanding Physicians' and Nurses' Adaption of National-Leading Patient Safety Culture Policy: A Qualitative Study in Tertiary and General Hospitals in Korea. *J Korean Med Sci* 2022;37(14):e114. Doi: 10.3346/JKMS.2022.37.E114.
52. de Moraes MVA, de Almeida ÍLS, de Carvalho REFL. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2024;57:e20230270. Doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270EN.
53. Lai YH, Wu MJ, Chen HH, et al. Impacts of Huddle Intervention on the Patient Safety Culture of Medical Team Members in Medical Ward: One-Group Pretest-Posttest Design. *J Multidiscip Healthc* 2023;16:3599–3607. Doi: 10.2147/JMDH.S434185.
54. Wahl K, Stenmarker M, Ros A. Experience of learning from everyday work in daily safety huddles—a multi-method study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):110. Doi: 10.1186/S12913-022-08462-9.
55. Verbeek-Van Noord I, Smits M, Zwijnenberg NC, et al. A nation-wide transition in patient safety culture: a multilevel analysis on two cross-sectional surveys. *International Journal for Quality in Health Care* 2019;31(8):627–632. Doi: 10.1093/INTQHC/MZY228.
56. Carvalho PA, Amorim FF, Casulari LA, et al. Safety culture in the perception of public-hospital health professionals. *Rev Saude Publica* 2021;55:56. Doi: 10.11606/S1518-8787.2021055002838.



57. Reis CT, Laguardia J, Bruno de Araújo Andreoli P, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):32. Doi: 10.1186/S12913-022-08890-7.
58. Suryani L, Letchmi S, Said FBM. Cross-culture adaptation and validation of the Indonesian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC 2.0). *Belitung Nurs J* 2022;8(2):169–175. Doi: 10.33546/bnj.1928.
59. Filiz E, Yeşildal M. Turkish adaptation and validation of revised Hospital Survey on Patient Safety Culture (TR – HSOPSC 2.0). *BMC Nurs* 2022;21(1):325. Doi: 10.1186/S12912-022-01112-9.
60. Hurtado-Arenas P, Guevara MR, González-Chordá VM. Patient Safety Culture from a Nursing Perspective in a Chilean Hospital. *Nurs Rep* 2024;14(2):1439–1451. Doi: <https://doi.org/10.3390/nursrep14020108>.
61. Al Hamid A, Malik A, Alyatama S. An exploration of patient safety culture in Kuwait hospitals: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *International Journal of Pharmacy Practice* 2020;28(6):617–625. Doi: 10.1111/IJPP.12574.
62. Mahmoud HA, Thavorn K, Mulpuru S, et al. Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: a systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. *BMJ Open Qual* 2023;12(2). Doi: 10.1136/BMJOQ-2022-002134.
63. Segura-García MT, Castro Vida MÁ, García-Martin M, et al. Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(3). Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032329>.
64. Ding K, Nguyen N, Carvalho M, et al. Baseline Patient Safety Culture in Cameroon: Setting a Foundation for Trauma Quality Improvement. *Journal of Surgical Research* 2020;255:311–318. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.05.068>.
65. Wang L Juan, Wang XL, Zou M, et al. Assessing patient safety culture in obstetrics ward: A pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in China. *Nurs Open* 2022;10(2):658. Doi: 10.1002/NOP2.1332.
66. Lee SE, Dahinten VS, Lee JH. Testing the association between the enabling and enacting factors of patient safety culture and patient safety: structural equation modelling. *BMC Nurs* 2023;22(1):32. Doi: 10.1186/S12912-023-01196-X.
67. Alsulami A, A'aqoulah A, Almutairi N. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Front Public Health* 2022;10:953393. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953393>.

68. Dimova R, Stoyanova R, Tarnovska M, et al. Comparative Assessment of the Level of Patient Safety Culture between Surgical and Nonsurgical Units in Bulgarian Hospitals. *Healthcare* 2022;10(7):1240. Doi: 10.3390/HEALTHCARE10071240.
69. Birkeli GH, Ballangrud R, Jacobsen HK, et al. Green Cross method in a postanaesthesia care unit: a qualitative study of the healthcare professionals' experiences after 3 years, including the COVID-19 pandemic period. *BMJ Open Qual* 2023;12(2):e002247. Doi: 10.1136/BMJOQ-2022-002247.
70. Harton L, Skemp L. Have our backs-medical-surgical nurses' safety culture experiences: An inductive qualitative descriptive study. *Nurs Open* 2024;11(2). Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.2095>.
71. Azyabi A, Karwowski W, Hancock P, et al. Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol 19, Page 2353 2022;19(4):2353. Doi: 10.3390/IJERPH19042353.
72. Hameed T, Bashir EA, Khan AQ, et al. Safety culture implications on safe work practices and work place exposure incidents in Operation Theater. *Pak J Med Sci* 2021;37(2):379. Doi: 10.12669/PJMS.37.2.2946.
73. Hunt J, Gammon J, Williams S, et al. Patient safety culture as a space of social struggle: understanding infection prevention practice and patient safety culture within hospital isolation settings - a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08703-x>.
74. Hayashi R, Fujita S, Iida S, et al. Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):1–9. Doi: 10.1186/S12913-020-05114-8/TABLES/5.
75. Habibzadeh H, Baghaei R, Ajoudani F. Relationship between patient safety culture and job burnout in Iranian nurses: Assessing the mediating role of second victim experience using structural equation modelling. *J Nurs Manag* 2020;28(6):1410–1417. Doi: 10.1111/JONM.13102.
76. Cullati S, Semmer NK, Tschan F, et al. When Illegitimate Tasks Threaten Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital. *Int J Public Health* 2023; 68:1606078. Doi: 10.3389/IJPH.2023.1606078/FULL.
77. Pavithra A, Westbrook J. An assessment of organisational culture in Australian hospitals using employee online reviews. *PLoS One* 2022;17(9): e0274074. Doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0274074.
78. Chegini Z, Janati A, Afkhami M, et al. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. *Nurs Open* 2020;7(3):768–775. Doi: 10.1002/NOP2.449.



79. Alrasheadi BA, Alamri MS, Aljohani KA, et al. Nurses' Perception of Safety Culture in Medical-Surgical Units in Hospitals in Saudi Arabia. *Medicina (Lithuania)* 2022;58(7). Doi: <https://doi.org/10.3390/medicina58070897>.
80. Bashir H, Barkatullah M, Raza A, et al. Practices Used to Improve Patient Safety Culture Among Healthcare Professionals in a Tertiary Care Hospital. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare* 2024;7(1):9. Doi: 10.36401/JQSH-23-10.
81. Tasker A, Jones J, Brake S. How effectively has a Just Culture been adopted? A qualitative study to analyse the attitudes and behaviours of clinicians and managers to clinical incident management within an NHS Hospital Trust and identify enablers and barriers to achieving a Just Culture. *BMJ Open Qual* 2023;12(1): e002049. Doi: 10.1136/BMJOQ-2022-002049.
82. Isaac D, Li Y, Wang Y, et al. Healthcare workers perceptions of patient safety culture in selected Ghanaian regional hospitals: a qualitative study. *BMC Psychol* 2024;12(1):1–9. Doi: 10.1186/S40359-024-01628-6/TABLES/2.
83. Binkheder S, Alaska YA, Albaharnah A, et al. The relationships between patient safety culture and sentinel events among hospitals in Saudi Arabia: a national descriptive study. *BMC Health Serv Res* 2023;23(1):270. Doi: 10.1186/S12913-023-09205-0.
84. Toren O, Dokhi M, Dekeyser Ganz F. Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. *International Journal for Quality in Health Care* 2021;33(1). Doi: 10.1093/INTQHC/MZAB031.
85. Watari T, Kurihara M, Nishizaki Y, et al. Safety culture survey among medical residents in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open Qual* 2023;12(4): e002419. Doi: 10.1136/BMJOQ-2023-002419.
86. Olsen E, Addo SAJ, Hernes SS, et al. Psychometric properties and criterion related validity of the Norwegian version of hospital survey on patient safety culture 2.0. *BMC Health Serv Res* 2024;24(1):642. Doi: 10.1186/S12913-024-11097-7.
87. Hedsköld M, Sachs MA, Rosander T, et al. Acting between guidelines and reality- an interview study exploring the strategies of first line managers in patient safety work. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):1–10. Doi: 10.1186/S12913-020-06042-3/TABLES/1.
88. Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, et al. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1–10. Doi: 10.1186/S12913-022-07774-0/TABLES/5.

89. Nyberg A, Olofsson B, Fagerdahl A, et al. Longer work experience and age associated with safety attitudes in operating room nurses: an online cross-sectional study. *BMJ Open Qual* 2024;13(1):e002182. Doi: 10.1136/BMJOQ-2022-002182.
90. Ismail A, Khalid SNM. Patient safety culture and its determinants among healthcare professionals at a cluster hospital in Malaysia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2022;12(8):e060546. Doi: 10.1136/BMJOPEN-2021-060546.
91. Alanazi NH, Falqi TA. Healthcare Managers' Perception on Patient Safety Culture. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare* 2023;6(1):6–14. Doi: 10.36401/JQSH-22-13.
92. Jivani KK, MN, & ASA. An Overview of the Literature on Patient Safety Culture. 2023. [Last accessed: 11/15/2024]. Available from: <https://journals.lnh.edu.pk/lnjpc/pdf/40374d34-5c80-4113-937d-f792bec91fe9.pdf>
93. Carvalho REFL De, Bates DW, Syrowatka A, et al. Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review. *BMJ Open Qual* 2023;12(4):e002310. Doi: 10.1136/BMJOQ-2023-002310.
94. Herdiman L, Susmartini S, Pangau DAS, et al. Factors affecting patient safety culture in the nursing section of a type C private hospital in Surakarta using structural equation modeling. *Bali Medical Journal* 2023;12(1):718–728. Doi: 10.15562/BMJ.V12I1.4074.
95. Harton L, Skemp L. Medical–surgical nurse leaders' experiences with safety culture: An inductive qualitative descriptive study. *J Nurs Manag* 2022;30(7):2781–2790. Doi: 10.1111/JONM.13775.
96. Glarcher M, Kaiser K, Kutschar P, et al. Safety climate in hospitals: A cross-sectional study on the perspectives of nurses and midwives. *J Nurs Manag* 2022;30(3):742–749. Doi: 10.1111/JONM.13551.
97. Ahmed SS, van Rijswijk SP, Farooq A. Work Climate, Improved Communication, and Cohesive Work Linked with Patient Safety Culture: Findings from a Sports Medicine Hospital. *Healthcare* 2023;11(24):3109. Doi: 10.3390/HEALTHCARE11243109.

