

Original breve

# Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas



Ramon Mir-Abellán<sup>a,\*</sup>, Anna Falcó-Pegueroles<sup>b</sup> y María Luisa de la Puente-Martorell<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Programa de Doctorado de Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup> Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Escuela de Enfermería, Campus de Ciencias de la Salud de Bellvitge, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup> Unidad de Calidad y Seguridad, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 11 de mayo de 2016

Aceptado el 21 de julio de 2016

On-line el 15 de octubre de 2016

### Palabras clave:

Seguridad del paciente

Cultura organizativa

Administración de la seguridad

Actitud de los profesionales sanitarios

## R E S U M E N

**Objetivo:** Describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales.

**Métodos:** En una muestra de profesionales y auxiliares de enfermería se administró el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se consideró como fortaleza más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas.

**Resultados:** El 59% (n = 123) calificó la seguridad entre 7 y 8. El 53% (n = 103) no realizó ninguna declaración de incidente en el último año. Como fortaleza se identificó «trabajo en equipo en la unidad/servicio», y como oportunidad de mejora, «dotación de personal». Se obtuvo una cultura de seguridad más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación a jornada parcial.

**Conclusiones:** El estudio ha permitido medir la cultura de la seguridad, hecho que facilitará su seguimiento y orientará las estrategias de mejora trabajando los puntos débiles y reforzando los potenciales.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Attitudes towards patient safety culture in a hospital setting and related variables

### A B S T R A C T

**Objective:** To describe attitudes towards patient safety culture among workers in a hospital setting and determine the influence of socio-demographic and professional variables.

**Methods:** The *Hospital Survey on Patient Safety Culture* was distributed among a sample of professionals and nursing assistants. A dimension was considered a strength if positive responses exceeded 75% and an opportunity for improvement if more than 50% of responses were negative.

**Results:** 59% (n = 123) of respondents rated safety between 7 and 8. 53% (n = 103) stated that they had not used the notification system to report any incidents in the previous twelve months. The strength identified was "teamwork in the unit/service" and the opportunity for improvement was "staffing". A more positive attitude was observed in outpatient services and among nursing professionals and part-time staff.

**Conclusions:** This study has allowed us to determine the rating of the hospital in patient safety culture. This is vital for developing improvement strategies.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Patient safety

Organizational culture

Safety management

Attitude of health personnel

## Introducción

La primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente pasa por promover, crear y mantener una cultura de la seguridad positiva en las instituciones<sup>1-3</sup>.

El constructo analizado, la cultura de la seguridad del paciente, se concibe como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente<sup>4</sup>.

El equipo que atiende al paciente desde su ingreso hasta el alta está constituido por diferentes personas, entre las que se encuentran profesionales y auxiliares de enfermería que desempeñan un papel fundamental en relación a la implementación de unos cuidados seguros. En el área de responsabilidad de los profesionales de enfermería toman especial relevancia la prevención de caídas y de úlceras por presión, la administración segura de medicamentos y la identificación inequívoca del paciente<sup>5</sup>. Además, en determinados ámbitos, los profesionales de enfermería son clave para la implementación de listados de verificación segura<sup>6</sup>, por lo que deviene fundamental que su actividad asistencial esté basada en prácticas seguras para disminuir los eventos adversos<sup>7,8</sup>.

Partiendo de este contexto, el presente estudio tiene como objetivo describir la actitud frente a la cultura de la seguridad

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ramon.mir@psjgd.org](mailto:ramon.mir@psjgd.org) (R. Mir-Abellán).

del paciente en trabajadores de una institución hospitalaria y conocer la influencia de diferentes variables sociodemográficas y profesionales.

## Método

El estudio se realizó en el Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, en Sant Boi de Llobregat<sup>9</sup> (Barcelona), con una población de referencia de 126.445 personas. La población de estudio fueron profesionales y auxiliares de enfermería, que a 1 de junio de 2015 eran 276. Para la recogida de datos se utilizó la adaptación española, por parte del Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, de la *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)<sup>10</sup>. El instrumento está constituido por 42 preguntas tipo Likert (que puntúan

de 1 a 5) agrupadas en 12 dimensiones (tabla 1). Incluye dos variables más de resultado, que son una calificación global (0 a 10) sobre cultura de la seguridad y la declaración de algún incidente durante el último año (sí/no). Por interés del estudio se modificó la posibilidad de respuesta en dos preguntas de información adicional: principal área de trabajo (unidades hospitalización, servicios ambulatorios, urgencias/unidad de medicina intensiva o bloques quirúrgico/obstétrico) y puesto de trabajo (profesional o auxiliar de enfermería).

En junio de 2015 se entregó en mano el cuestionario junto con una carta en la que se explicaban los objetivos del estudio y se solicitaba el consentimiento informado. El cuestionario era autoadministrado y requería unos 15 minutos. Para garantizar el anonimato, los participantes retornaron por separado el cuestionario y el consentimiento informado.

**Tabla 1**  
Dimensiones de la cultura de seguridad (alfa de Cronbach) e ítems que incluyen

<b>A. Resultados de la cultura de seguridad</b>	
1. <i>Percepción general de la seguridad (0,65)</i>	No se producen más fallos por casualidad. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente. En esta unidad hay problemas relacionados con la «seguridad del paciente». Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.
2. <i>Frecuencia de notificación de eventos (0,88)</i>	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.
<b>B. Dimensiones de la cultura de seguridad por unidad/servicio</b>	
3. <i>Expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de supervisión (0,84)</i>	Mi supervisor/a expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. Mi supervisor/a tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi supervisor/a pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente. Mi supervisor/a pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
4. <i>Aprendizaje organizativo y mejora continua (0,68)</i>	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.
5. <i>Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios (0,82)</i>	El personal se apoya mutuamente. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. En esta unidad nos tratamos todos con respeto. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.
6. <i>Comunicación abierta (0,66)</i>	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
7. <i>Feedback y comunicación sobre el error (0,73)</i>	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera puede evitarse que un error vuelva a ocurrir.
8. <i>Respuesta no punitiva al error (0,65)</i>	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un «culpable». Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.
9. <i>Dotación de personal (0,64)</i>	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.
10. <i>Soporte desde dirección para la seguridad del paciente (0,81)</i>	La gerencia o dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. La gerencia/dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.
<b>C. Dimensiones de la cultura de la seguridad en todo el hospital</b>	
11. <i>Trabajo en equipo multidisciplinario (0,73)</i>	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas. Hay buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.
12. <i>Continuidad (transferencias y traspasos) (0,74)</i>	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.

**Tabla 2**  
Resultados por dimensiones y variables de resultado

Dimensiones/variables de resultado	N	M	DE	Positivas (%)	Negativas (%)	Sí (%)	No (%)
1. Percepción de seguridad <sup>a</sup>	208	3,43	0,97	46,1	19,1		
2. Notificación de eventos <sup>a</sup>	206	3,00	0,69	41,2	40,2		
3. Promoción de la seguridad por supervisión <sup>a</sup>	210	3,79	0,72	71,1	10,8		
4. Mejora continua <sup>a</sup>	210	3,60	0,62	66,0	14,4		
5. Trabajo en equipo <sup>b</sup>	209	3,93	0,75	77,8	10,2		
6. Comunicación abierta <sup>a</sup>	210	3,28	0,80	42,6	22,2		
7. Feedback <sup>a,b</sup>	209	3,22	0,86	42,0	24,1		
8. Respuesta no punitiva <sup>b</sup>	210	3,08	0,75	43,4	36,2		
9. Dotación personal <sup>a</sup>	206	2,53	0,78	27,1	59,6		
10. Soporte de dirección <sup>a</sup>	209	2,98	0,86	37,2	36,1		
11. Trabajo multidisciplinario <sup>c</sup>	210	3,31	0,66	53,0	24,1		
12. Continuidad <sup>c</sup>	211	3,24	0,76	50,2	27,4		
Calificación global de la cultura de la seguridad <sup>a</sup>	208	7,23	1,44				
Declaración de incidentes en el último año <sup>a,b</sup>	193					46,6	53,4

N: tamaño muestral (sin pérdidas); M: media; DE: desviación estándar.

Existencia de diferencias significativas en función de:

<sup>a</sup> Área de trabajo.

<sup>b</sup> Categoría profesional.

<sup>c</sup> Horas de dedicación.

El cuestionario describe la cultura de la seguridad, identificando las fortalezas y las oportunidades de mejora, siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHRQ (fortalezas si tienen carácter positivo más del 75% de las respuestas y oportunidades de mejora si tienen carácter negativo más del 50% de las respuestas).

El análisis estadístico de los resultados consistió en una primera fase de análisis descriptivo y una segunda en la que, para comprobar la normalidad, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk<sup>11</sup>. Se compararon las variables categóricas entre dos grupos mediante la prueba de ji al cuadrado y las variables numéricas mediante la U de Mann-Whitney. Para la comparación de una variable numérica entre cuatro grupos se usó el test de Kruskal-Wallis. Se utilizó el *software* estadístico libre R 3.0.3. Se consideraron significativos los resultados con  $p < 0,05$  (nivel de significación alfa del 5%).

## Resultados

Respondieron el cuestionario 211 sujetos, lo que supone una tasa de respuesta del 76,4%, y contestaron a las 42 preguntas del cuestionario 183 (86,7%). La interpretación porcentual de los resultados se obtuvo excluyendo las no respuestas. El 85,6% ( $n = 172$ ) eran mujeres, el 60,7% ( $n = 122$ ) profesionales de enfermería y el 77,9% ( $n = 138$ ) con dedicación laboral a jornada completa.

### Fortalezas y oportunidades de mejora

La dimensión 5, «Trabajo en equipo en la unidad/servicio», que consta de cuatro preguntas, se consideró una dimensión de fortaleza con 655 respuestas en positivo (77,79%). Por contra, la dimensión 9, «Dotación de personal», también de cuatro preguntas, se consideró una dimensión de oportunidad de mejora con 499 respuestas en negativo (59,62%) (tabla 2).

### Categoría profesional

Se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión «Trabajo en equipo en la unidad/servicio» y en la dimensión «Respuesta no punitiva a los errores», además de en la variable «Declaración de incidentes en el último año», a favor de los profesionales de enfermería. En la dimensión «Feedback y comunicación sobre errores», las diferencias favorecieron a los auxiliares de enfermería.

### Horas de dedicación laboral

Se obtuvieron diferencias significativas a favor del grupo de profesionales a jornada parcial en las dimensiones «Trabajo en equipo multidisciplinario entre unidades» y «Continuidad».

### Área de trabajo

Los servicios ambulatorios obtuvieron diferencias significativas respecto al resto de las áreas de trabajo en ocho dimensiones y en la calificación global de la cultura de la seguridad. En la variable «Declaración de incidentes en el último año» se obtuvieron diferencias muy significativas ( $p = 0,003$ ) en el test de ji al cuadrado. En las unidades de hospitalización, un 59,1% declararon algún incidente, mientras que en los servicios ambulatorios lo hicieron un 47,8%, en urgencias/unidad de medicina intensiva un 41,5% y en el bloque quirúrgico/obstétrico un 20,6%.

## Discusión

El estudio ha proporcionado información sobre la cultura de la seguridad de un hospital general a partir del análisis de las actitudes de una parte sus profesionales. También ha permitido conocer la influencia de variables socioprofesionales.

La tasa de respuesta fue superior a la de otros estudios de metodología similar<sup>12,13</sup>. La personalización de las cartas informativas y la entrega en mano se considera que ha podido ayudar a obtener esta participación.

No hubo, en ninguna de las variables estudiadas, diferencias significativas por sexo.

El hecho de que los profesionales de enfermería notifiquen por escrito más incidentes se explicaría por la mayor responsabilidad que asumen y la mayor consciencia de que la declaración de incidentes ayuda a la mejora organizativa en la seguridad del paciente<sup>12</sup>.

Que el personal a jornada completa tenga una percepción global de la seguridad del paciente inferior a la del personal a jornada parcial, aunque de difícil interpretación, coincide con lo observado en el estudio de Škodová et al.<sup>12</sup>. Una nueva línea de investigación al respecto podría dar una respuesta.

Los resultados según las áreas de trabajo revelan que hay una diferencia a favor de los servicios ambulatorios respecto al resto de las unidades. Estos resultados pueden estar influidos por

factores como la complejidad de los pacientes atendidos o la carga de trabajo.

El motivo de que en las unidades de hospitalización sea donde se notifica más por escrito pueden ser las caídas, ya que son las más notificadas y donde mayor incidencia de ellas hay.

Los resultados obtenidos coinciden con el estudio *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español* de 2009<sup>14</sup> y con el estudio de Bernalte et al.<sup>13</sup> sobre la cultura de la seguridad en profesionales y auxiliares de enfermería, que evidencian que los cambios de cultura de la seguridad en las instituciones no son tarea sencilla<sup>15</sup>.

La información proporcionada por el estudio ha facilitado un punto de partida para futuras acciones de mejora.

En la cultura de la seguridad del paciente están involucrados los profesionales asistenciales y no asistenciales. Es una limitación del presente estudio haber tenido en cuenta solo una parte de los asistenciales.

### Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

### Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Existe evidencia internacional y nacional del impacto de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los diferentes sistemas de salud. Mejorar la seguridad del paciente implica una cultura de seguridad positiva. Es necesario que las instituciones midan la cultura sobre la seguridad para saber el punto de partida y marcar estrategias de mejora. El cuestionario utilizado para este estudio, el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptado al español, es un instrumento ya utilizado para la evaluación del clima de seguridad del paciente en diferentes estudios. La cultura está directamente relacionada con la declaración de incidentes de seguridad del paciente y con diferentes dimensiones individuales, grupales e institucionales, como son la percepción general de la seguridad, la frecuencia de notificación de eventos, las expectativas/acciones para promover la seguridad por parte de la supervisión, el aprendizaje organizativo y la mejora continua, el trabajo en equipo dentro de las unidades y de los servicios, la comunicación abierta, el *feedback* y la comunicación sobre el error, la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal, el soporte desde dirección para la seguridad del paciente, el trabajo en equipo multidisciplinario y la continuidad (transferencias y traspasos). La pertinencia del trabajo viene marcada por la prioridad dada por la institución y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para abordar de forma planificada las estrategias de mejora de la calidad y de la seguridad, y su monitorización. Enfermería tiene un rol fundamental en la implementación de estas estrategias en las instituciones por su función de acompañamiento al paciente y sus responsabilidades de gestión.

### ¿Qué aporta el estudio realizado a la literatura?

El estudio aporta resultados de medición de la cultura de la seguridad en un hospital general de Cataluña, que al compararlos con los que presenta el Ministerio de Sanidad y Política Social (*Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*, 2009) se observa que son similares y que la cultura puede variar en función de algunas variables socioprofesionales, como son la categoría profesional, las horas de dedicación laboral y el área donde se trabaja. La implicación en salud pública está relacionada con el Plan de Salud 2016-2020, con el Plan de Seguridad del Paciente del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya de los años 2014-2018 y con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020, ya que disponer de datos locales de resultados y de variables relacionadas con la cultura contribuye al desarrollo y la evaluación del Plan. También, la detección de lagunas de conocimiento da base a futuras líneas de investigación.

### Contribuciones de autoría

R. Mir-Abellán y A. Falcó-Pegueroles diseñaron el estudio, analizaron los datos y prepararon el manuscrito. R. Mir-Abellán obtuvo los datos de la muestra y junto con M.L. de la Puente realizó la interpretación de los resultados. Todas las personas firmantes aportaron ideas, revisaron los borradores del manuscrito y aprobaron la versión final.

### Agradecimientos

Al equipo de Supervisión de Enfermería del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, que colaboró en el reparto de los cuestionarios. Al Dr. Daniel Cuadras, por el soporte técnico en el análisis estadístico. A la Dirección de Enfermería y la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, que facilitaron la implementación de este proyecto.

### Financiación

Ninguna.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

- García-Barbero M. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente. *Monografías Humanitas*. 2005;8:209–20.
- National Quality Forum (NQF). Safe practices for better healthcare–2010 update: a consensus report. Washington, DC: NQF; 2010. Consultado el 14/07/2016.) Disponible en: [http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%932010\\_Update.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx)
- Davins J, Oliva G, Álava F, et al. Visión y evolución de la seguridad del paciente en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2014;143 (Supl 1):1–2.
- Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:338–43.
- Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. (Consultado el 14/07/2016.) Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:299–318.
- Urich B. Patient safety - what is your role? *Nephrol Nurs J*. 2015;42:107.

8. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet.* 2014;**383**:1824–30.
9. Juan A, Moya C, Tor S, et al. Experiencia acerca del traslado de un hospital general y su repercusión en la actividad asistencial. *Gac Sanit.* 2012;**26**:94–6.
10. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española adaptada del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. (Consultado el 14/07/2016.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
11. Henderson AR. Testing experimental data for univariate normality. *Clin Chim Acta.* 2006;**366**:112–29.
12. Škodová M, Velasco MJ, Fernández MA. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. *Rev Calid Asist.* 2011;**26**:33–8.
13. Bernalte V, Orts MI, Loreto M. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enferm Clin.* 2015;**25**:64–72.
14. Saturno PJ, da Silva ZA, de Oliveira-Sousa SL, et al. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc).* 2008;**131**:18–25.
15. Roqueta F, Tomás S, Chanovas MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias.* 2011;**23**:356–64.