ISSN en línea 2393-6606
Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

Caracterización de la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de Ecuador: estudio multicéntrico transversal

Characterization of the Patient Safety Culture in Public Hospitals of Ecuador: Multicentric Cross-Centric Study

Caracterização da cultura de seguridade do paciente em hospitais públicos do Equador: estudio multicéntrico transversal

Guadalupe Cueva Pila[1]
Giovanna Segovia[1]
Irma Saltos Llerena[1]
Juan Pablo Hidalgo Ortiz[2]

[1] Universidad Central del Ecuador
[2] Universidad del Bío-Bío

Recibido: 22/12/2025
Aceptado: 12/05/2026

Correspondencia:
Guadalupe Cueva Pila
gccueva@uce.edu.ec

Cómo citar:
Cueva Pila FE, Segovia G, Saltos Llerena I, Hidalgo Ortiz JP. Caracterización de la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de Ecuador: estudio multicéntrico transversal. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2026;15(1):e5028. doi: 10.22235/ech.v15i1.5028

Financiamiento:
Este estudio no recibió ninguna financiación externa ni apoyo financiero.

Disponibilidad de datos:
El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Resumen: Introducción: La cultura de seguridad del paciente es un determinante clave para prevenir eventos adversos y mejorar la calidad asistencial. En Ecuador, la evidencia sobre su estado en hospitales públicos es escasa, lo que justifica la necesidad de su evaluación sistémica. Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en tres hospitales de la Red Pública Integral de Salud de Ecuador. Método: Estudio con abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado entre enero de 2024 y diciembre de 2025. La población estuvo conformada por 1.266 médicos y enfermeras. La muestra fue de 303 profesionales, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático estratificado por hospital. Se aplicó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, versión española, validada por la Universidad de Murcia. El análisis se realizó con estadística descriptiva. Resultados: El estudio encontró fortalezas en dimensiones como aprendizaje organizacional (*M* = 73.8; *DE* = 32.7), trabajo en equipo (*M* = 73.0; *DE* = 31.1) y feedback y comunicación de errores (*M* = 72.5; *DE* = 2.1), y debilidades en las dimensiones franqueza en la comunicación (*M* = 48.1; *DE* = 31.9), respuesta no punitiva a los errores (*M* = 24.1; *DE* = 28.1), dotación de personal (*M* = 34.9; *DE* = 32.1) y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (*M* = 51.6; *DE* = 3.6). Conclusión: La cultura de seguridad del paciente en los tres hospitales presenta fallas sistémicas, con oportunidades de mejora mediante la aplicación de estrategias como considerar la notificación como una herramienta de aprendizaje organizacional y no de sanción, una adecuada dotación de personal y apoyo de los mandos superiores en la gestión de la seguridad del paciente, responsabilidad de todos.
Palabras clave: cultura organizacional; seguridad del paciente; gestión de la seguridad; personal de salud.

Abstract: Introduction: Patient safety culture is a key determinant in preventing adverse events and improving the quality of care. In Ecuador, evidence regarding its status in public hospitals is scarce, which justifies the need for a systematic evaluation. Objective: To evaluate the patient safety culture in three hospitals within Ecuador's Comprehensive Public Health Network. Method: A quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted from January 2024 to December 2025. The population consisted of 1,266 physicians and nurses. The sample comprised 303 professionals, selected through systematic random sampling stratified by hospital. The Patient Safety Questionnaire, Spanish version, validated by the University of Murcia, was administered. The analysis was performed using descriptive statistics. Results: The study identified strengths in dimensions such as Organizational Learning (*M* = 73.8; *SD* = 32.7), Teamwork (*M* = 73.0; *SD* = 31.1), and Feedback and Error Communication (*M* = 72.5; *SD* = 2.1), and weaknesses in the following dimensions: Open communication (*M* = 48.1, *SD* = 31.9), Non-punitive response to errors (*M* = 24.1, *SD* = 28.1), Staffing

(*M* = 34.9; *SD* = 32.1), and Hospital management support for patient safety (*M* = 51.6; *SD* = 3.6). Conclusion: The patient safety culture in the three hospitals exhibits systemic flaws, with opportunities for improvement through the implementation of strategies such as viewing reporting as a tool for organizational learning rather than punishment, adequate staffing, and support from senior management in patient safety management a responsibility shared by all.
Keywords: organizational culture; patient safety; safety management; healthcare personnel.

Resumo: Introdução: A cultura de segurança do paciente é um determinante central para a prevenção de eventos adversos e para a melhoria da qualidade assistencial. No Equador, as evidências sobre a sua situação nos hospitais públicos são escassas, o que justifica a necessidade de uma avaliação sistemática. Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente em três hospitais da Rede Pública Integral de Saúde do Equador. Método: Estudo de abordagem quantitativa, descritiva e transversal, realizado entre janeiro de 2024 e dezembro de 2025. A população foi composta por 1.266 médicos e enfermeiros. A amostra incluiu 303 profissionais, selecionados por amostragem aleatória sistemática estratificada por hospital. Foi aplicado o Questionário de Segurança dos Pacientes, na versão espanhola, validada pela Universidade de Múrcia. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva. Resultados: O estudo identificou fortalezas em dimensões como Aprendizagem organizacional (*M* = 73,8; *DP* = 32,7), Trabalho em equipe (*M* = 73,0; *DP* = 31,1) e Feedback e comunicação de erros (*M* = 72,5; *DP* = 2,1); e debilidades nas dimensões Franqueza na comunicação (*M* = 48,1; *DP* = 31,9), Resposta não punitiva aos erros (*M* = 24,1; *DP* = 28,1), Dotação de pessoal (*M* = 34,9; *DP* = 32,1) e Apoio da gestão hospitalar à segurança do paciente (*M* = 51,6; *DP* = 3,6). Conclusão: A cultura de segurança do paciente nos três hospitais apresenta falhas sistêmicas, com oportunidades de melhoria por meio de estratégias que considerem a notificação como uma ferramenta de aprendizagem organizacional, e não de sanção, uma adequada dotação de pessoal e maior apoio das instâncias superiores na gestão da segurança do paciente, compreendida como responsabilidade de todos.
Palavras-chave: cultura organizacional; segurança do paciente; gestão da segurança; pessoal de saúde.

Introducción

La seguridad del paciente constituye una prioridad mundial en la atención sanitaria contemporánea, determinada por la interacción de factores sistémicos y humanos en entornos de alta complejidad. [1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el esfuerzo consciente de evitar daños derivados del proceso asistencial y reducir a un mínimo aceptable el riesgo de daño innecesario al paciente. [2] Las cifras globales revelan la magnitud del problema: 1 de cada 10 pacientes sufre daños durante la atención sanitaria, mientras que en países de ingresos bajos y medios esta cifra se agrava, con 4 muertes por cada 100 personas atribuibles a eventos adversos. [3, 4]

Desde el plano económico, estos eventos representan una reducción potencial del crecimiento mundial del 0.7 % anual, siendo más de la mitad prevenibles. Entre los más frecuentes se identifican los errores de medicación, los procedimientos quirúrgicos inseguros, las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), las caídas, las úlceras por presión y la identificación incorrecta del paciente. [2]

Frente a este panorama, la OMS impulsa desde 2004, por medio de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, un enfoque sistémico y no punitivo orientado al análisis de causas raíz de los eventos adversos, el aprendizaje desde el error y el desarrollo de sistemas de salud más seguros. [5] En este marco, la Joint Commission International publicó las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, prácticas basadas en evidencia que orientan la mejora continua de la atención en los sistemas sanitarios. [5]

Un componente crítico de esta agenda es la cultura de seguridad del paciente, entendida como el conjunto de valores, creencias y normas compartidas al interior de la organización que modelan las actitudes y comportamientos del personal en torno a la seguridad como objetivo común. [6] Esta cultura determina el estilo de compromiso institucional para la gestión del riesgo y la prevención de eventos adversos. [7] Sus dimensiones clave incluyen la comunicación abierta, la notificación de errores, el trabajo en equipo, el apoyo directivo, la respuesta no punitiva al error y la dotación de personal. [8, 9]

La evidencia disponible muestra resultados heterogéneos en la evaluación de estas dimensiones. El estudio de Tello-García et al. identificó debilidades en áreas como expectativas y acciones de la dirección (60.8 %), aprendizaje organizacional (68.1 %) y retroalimentación sobre errores (58.9 %),

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

siendo el trabajo en equipo la única dimensión valorada como fortaleza (76.3 %). [10] En similar sentido, el estudio multicéntrico de Maya et al. reportó puntuaciones elevadas en aprendizaje organizacional (82.94 %) y trabajo en equipo (82.94 %), frente a bajos desempeños en respuesta no punitiva al error (46.25 %) y franqueza en la comunicación (45.38 %). [6]

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) inició desde 2013 procesos de mejoramiento de la calidad mediante la Acreditación Hospitalaria bajo el Modelo Canadiense, buscando consolidar la seguridad del paciente como eje de la gestión sanitaria. [11] No obstante, los eventos adversos persisten: el *Boletín epidemiológico* del MSP 2021-2022 reportó que el 16.25 % de los pacientes hospitalizados presentaron IAAS, entre las que se destacan la neumonía asociada a ventilador mecánico (38.7 %), las infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central (33.63 %) y las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (13.17 %). [12]

El problema de investigación se configura en la persistencia de eventos adversos prevenibles en el sistema de salud ecuatoriano, en un contexto donde la evidencia sobre el estado de la cultura de seguridad del paciente es escasa y fragmentada. Esta brecha de conocimiento limita la identificación de fortalezas y debilidades institucionales y, con ello, el diseño de estrategias de mejora fundamentadas en evidencia local.

El presente estudio tiene como propósito evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario de tres instituciones de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) del Ecuador, para generar una línea de base que oriente la toma de decisiones en la gestión clínica del riesgo, la prevención de eventos adversos y el fortalecimiento sostenido de la calidad asistencial en el contexto ecuatoriano.

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y cuantitativo, orientado a evaluar la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de tres hospitales públicos de Ecuador (ciudades de Quito y Tena).

Selección y descripción de los hospitales

Los tres hospitales fueron seleccionados de forma intencional por ser unidades de referencia de la RPIS, pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención, con alta demanda asistencial y sin estudios previos sobre cultura de seguridad del paciente. Su inclusión simultánea permite comparar contextos institucionales de distinta complejidad y ubicación geográfica, de manera de aportar variabilidad analítica al estudio. A fin de resguardar la confidencialidad institucional, los establecimientos fueron codificados como Hospital 1, Hospital 2 y Hospital 3.

El Hospital 1 es una unidad de segundo nivel, que proporciona servicios ambulatorios, especializados y de hospitalización para población adulta y pediátrica en 16 especialidades. El Hospital 2 es una unidad de tercer nivel, especializada en atención materna y pediátrica, con servicios clínicos y quirúrgicos. El Hospital 3 es de segundo nivel, y ofrece consulta externa, emergencia, hospitalización y cirugías de mediana y alta complejidad.

Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por el total de médicos y enfermeras de los tres hospitales participantes (N = 1.266). El tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza del 95 % y un error máximo admisible del 5 %, obteniéndose una muestra mínima de 295 participantes. La selección se realizó mediante muestreo aleatorio sistemático con afijación proporcional por hospital y servicio. Dado que este procedimiento implica redondear las cuotas por estrato al entero superior, la muestra definitiva ascendió a 303 participantes, cifra estadísticamente aceptable y más conservadora que la mínima requerida. La distribución final fue: Hospital 1 (n = 78), Hospital 2 (n = 119) y Hospital 3 (n = 106).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio todos los médicos y enfermeras que: (a) trabajaban en cualquier servicio de los hospitales participantes, independientemente de su modalidad de contratación; (b) contaban con un

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

mínimo de un año de antigüedad en la institución; (c) trabajaban en turnos diurnos o rotativos; y (d) aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado.

Fueron excluidos los profesionales que se encontraban en período de vacaciones o con licencia por calamidad doméstica al momento de la recolección de datos, quienes manifestaron su deseo de no participar y aquellos que no pertenecían a las instituciones incluidas en el estudio.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de información se utilizó el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes (Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC), desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). La versión en español del instrumento ha sido validada por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0.64 y 0.88. [9] Dado que el instrumento fue desarrollado originalmente en español y ha sido ampliamente utilizado en contextos latinoamericanos, no se realizó una nueva adaptación cultural; no obstante, los resultados deben interpretarse con cautela en cuanto a la equivalencia cultural específica para el contexto ecuatoriano.

En el presente estudio se llevó a cabo una prueba piloto con una submuestra representativa, en la que se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.75 para la muestra ecuatoriana (n = 303), lo que indica una consistencia interna adecuada y avala la viabilidad del instrumento en este contexto.

El cuestionario HSOPSC evalúa 12 dimensiones de la cultura de seguridad agrupadas en tres niveles: (A) Resultados de la cultura de seguridad (notificación de eventos adversos y percepción global de seguridad); (B) Dimensiones a nivel de unidad/servicio (expectativas y acciones de la dirección, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, franqueza en la comunicación, retroalimentación sobre errores, respuesta no punitiva al error, dotación de personal y apoyo de la gerencia); y (C) Dimensiones a nivel hospitalario (trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios). Incluye además nueve preguntas de selección múltiple para la caracterización sociolaboral de los participantes. Las respuestas se registran en escala Likert y se recodifican en tres categorías: negativo, neutral y positivo. Las preguntas formuladas en sentido negativo se invierten para el análisis global por dimensión.

Una dimensión se califica como fortaleza cuando el 75 % o más de las respuestas son positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) en ítems positivos o equivalentemente negativas en ítems negativos. Se considera oportunidad de mejora cuando entre el 50 % y el 74 % de las respuestas son negativas en ítems positivos o positivas en ítems negativos.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez definida la muestra por estrato (hospital y servicio), los participantes fueron identificados a partir de los registros de personal de cada institución. El cuestionario fue aplicado de forma autoadministrada, en formato físico (papel), durante el período de julio-diciembre de 2025. La distribución y recolección de los formularios se realizó en los propios servicios, en horario laboral y en presencia del equipo investigador, con el fin de aclarar dudas y minimizar la tasa de no respuesta. Los cuestionarios se entregaron en sobres individuales sin identificación del participante; una vez completados, fueron depositados en una urna cerrada, garantizando el anonimato de las respuestas. Previo al inicio de la aplicación se obtuvo autorización institucional de cada hospital y se recabó la firma del consentimiento informado de todos los participantes.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS versión 25. Se empleó estadística descriptiva: distribuciones de frecuencia y porcentajes para variables cualitativas; media (M), desviación estándar (DE), mediana, moda, rango y percentiles para variables cuantitativas. Todas las estimaciones puntuales se acompañan de su intervalo de confianza del 95 %. El análisis se presenta tanto en forma global (tres hospitales en conjunto) como diferenciado por hospital y profesión.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Central del Ecuador (CEISH-UCE), con código 002-DOC-FCM-2024. Se contó con la autorización de las autoridades de cada institución participante. La participación fue voluntaria,

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

anónima y confidencial; los hospitales fueron codificados para proteger su identidad institucional y los cuestionarios no contenían ningún dato identificador del participante.

Resultados

Características sociolaborales de la muestra

Participaron 303 profesionales de la salud: 178 enfermeras/os (58.7 %) y 125 médicas/os (41.3 %). El personal femenino fue mayoritario en el total (170; 56.1 %), aunque con patrones distintos por hospital: los hospitales 1 y 2 concentraron una mayor proporción de mujeres (71.8 % y 66.4 %, respectivamente), mientras que en el Hospital 3 predominó el personal masculino (71; 67 %). La edad promedio fue de 36.2 años (*DE* = 6.5) y la experiencia profesional media de 8,9 años (*DE* = 5.3). La carga laboral promedio fue de 42.7 horas semanales (*DE* = 9.4), con la mayor variabilidad en el Hospital 3 (*M* = 45.8; *DE* = 14.1). El detalle comparativo por hospital se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Características sociolaborales de médicos y enfermeras por hospital

Variables	**Hospital 1 (*n* = 78)**		**Hospital 2 (*n* = 119)**		**Hospital 3 (*n* = 106)**		**Total (*n* = 303)**	
	n	**%**	***N***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**
Sexo								
Masculino	22	28.2 %	40	33.6 %	71	67 %	133	43.9 %
Femenino	56	71.8 %	79	66.4 %	35	33 %	170	56.1 %
Edad - *M* (*DE*)	37.6	(7.4)	36.3	(6.4)	34.9	(5.6)	36.2	(6.5)
Exp. profesional - *M* (*DE*)	10.7	(5.8)	8.9	(5.6)	7.4	(4.0)	8.9	(5.3)
Años en el hospital - *M* (*DE*)	7.3	(5.1)	5.7	(2.8)	5.0	(2.6)	5.8	(3.6)
Años en el servicio - *M* (*DE*)	3.1	(2.4)	4.4	(2.7)	4.2	(2.9)	4.0	(2.7)
Horas semanales de trabajo – *M* (*DE*)	40.1	(0.6)	41.6	(5.6)	45.8	(14.1)	42.7	(9.4)
Servicio donde trabaja	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**
Clínica	19	24.4 %	17	14.3 %	43	40.6 %	79	26.1 %
Quirúrgica	19	24.4 %	32	26.9 %	19	17.9 %	70	23.1 %
Cuidado crítico	19	24.4 %	16	13.4 %	20	18.9 %	55	18.2 %
Consulta externa	8	10.3 %	6	5 %	3	2.8 %	17	5.6 %
Otras	13	16.7 %	48	40.3 %	21	19.8 %	82	27.1 %
Posición laboral	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**	***n***	**%**
Enfermera/o	43	55.1 %	75	63 %	60	56.6 %	178	58.7 %
Médico/a	35	44.9 %	44	37 %	46	43.4 %	125	41.3 %

Nota. *M*: media; *DE*: desviación estándar. Los porcentajes se calculan sobre el total de cada hospital.

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

El análisis de las ocho dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio revela un perfil heterogéneo entre hospitales, con fortalezas identificadas en las dimensiones relacionales y debilidades críticas en las dimensiones vinculadas a la gestión del error y los recursos humanos.

Las dimensiones con puntuaciones más altas en el total de la muestra fueron: expectativas y acciones de la dirección (*M* = 69.1; *DE* = 31.9), aprendizaje organizacional (*M* = 73.8; *DE* = 32.7), trabajo en equipo (*M* = 73.0; *DE* = 31.1) y retroalimentación sobre errores (*M* = 72.5; *DE* = 28.1). En contraste, las dimensiones con las valoraciones más bajas fueron: respuesta no punitiva a los errores (*M* = 24.1;

DE = 28.1), dotación de personal (*M* = 34.9; *DE* = 32.1) y apoyo de la gerencia (*M* = 51.6; *DE* = 33.6), configurando áreas de mejora prioritaria en los tres establecimientos.

Entre hospitales se observaron diferencias de interés clínico. En expectativas y acciones de la dirección, el Hospital 1 presentó la puntuación más alta (*M* = 85.6; *DE* = 25.6), frente a valores más moderados en los hospitales 2 y 3. El patrón se invirtió en aprendizaje organizacional, donde el Hospital 2 lideró (*M* = 84.9; *DE* = 27.0) y el Hospital 1 mostró la puntuación más baja (*M* = 57.3; *DE* = 33.1). La dimensión de respuesta no punitiva fue la más deficitaria en los tres hospitales, sin que ninguno alcanzara valores que pudieran considerarse satisfactorios. El detalle por dimensión e ítem se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente por unidad/servicio

Dimensión-Ítem	H1 *M*	H1 (*DE*)	H2 *M*	H2 (*DE*)	H3 *M*	H3 (*DE*)	Total *M*	Total (*DE*)
Expectativas y acciones de la dirección	**85.6**	**(25.6)**	**61.8**	**(32.5)**	**65.3**	**(31.4)**	**69.1**	**(31.9)**
P19: Mi superior expresa satisfacción al evitar riesgos de seguridad	4.0	(0.8)	3.6	(1.1)	3.8	(0.9)	3.8	(1.0)
P20: Mi superior considera las sugerencias para mejorar la seguridad	3.8	(0.9)	3.7	(1.0)	3.9	(0.8)	3.8	(0.9)
P21: Presiona para trabajar más rápido, aunque se arriesgue la seguridad	2.0	(0.9)	2.9	(1.2)	2.8	(1.1)	2.6	(1.2)
P22: Pasa por alto los problemas de seguridad habituales	2.0	(0.5)	2.1	(1.1)	2.3	(1.0)	2.2	(1.0)
Aprendizaje organizacional-mejora continua	**57.3**	**(33.1)**	**84.9**	**(27.0)**	**73.6**	**(33.4)**	**73.8**	**(32.7)**
P6: Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	3.8	(0.9)	4.1	(0.9)	3.6	(0.9)	3.8	(0.9)
P9: Ante un fallo, se toman medidas para que no vuelva a ocurrir	3.9	(0.7)	4.2	(0.8)	4.0	(0.8)	4.1	(0.8)
P13: Los cambios para mejorar la seguridad se evalúan en su efectividad	2.8	(1.1)	3.9	(0.8)	3.8	(0.8)	3.6	(1.0)
Trabajo en equipo en la unidad-servicio	**77.2**	**(27.4)**	**72.1**	**(33.4)**	**71.0**	**(30.9)**	**73.0**	**(31.1)**
P01: El personal se apoya mutuamente	4.3	(0.6)	3.7	(1.0)	3.7	(0.9)	3.9	(0.9)
P03: Ante alta carga, colaboramos como equipo para terminar el trabajo	3.7	(0.7)	3.8	(1.0)	3.7	(0.9)	3.7	(0.9)
P04: En esta unidad nos tratamos todos con respeto	4.4	(0.6)	3.9	(1.0)	4.1	(0.7)	4.1	(0.8)
P11: Quien está sobrecargado suele encontrar ayuda en sus compañeros	3.6	(0.8)	3.6	(1.0)	3.5	(1.0)	3.6	(1.0)
Franqueza en la comunicación	**55.6**	**(24.4)**	**45.9**	**(35.0)**	**45.0**	**(32.5)**	**48.1**	**(31.9)**
P35: El personal habla libremente si algo puede afectar negativamente al paciente	3.8	(0.7)	3.6	(1.0)	3.5	(1.0)	3.6	(0.9)
P37: El personal puede cuestionar libremente las decisiones de sus superiores	3.4	(1.0)	2.9	(1.1)	3.1	(1.1)	3.1	(1.1)
P39: El personal teme preguntar sobre algo que parece incorrecto	3.7	(0.8)	3.1	(1.1)	3.2	(1.1)	3.3	(1.1)
Retroalimentación y comunicación sobre errores	**70.5**	**(25.6)**	**76.8**	**(27.0)**	**69.2**	**(33.1)**	**72.5**	**(28.1)**
P34: Cuando notificamos un incidente, nos informan de las actuaciones realizadas	2.6	(1.1)	3.6	(0.9)	3.5	(1.0)	3.3	(1.1)

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

P36: Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio	3.9	(0.7)	3.9	(0.8)	3.7	(0.9)	3.8	(0.8)
P38: Discutimos cómo evitar que un error vuelva a ocurrir	3.9	(0.7)	4.0	(0.9)	3.7	(0.9)	3.9	(0.9)
Respuesta no punitiva a los errores	**29.1**	**(24.2)**	**20.5**	**(30.1)**	**24.5**	**(28.1)**	**24.1**	**(28.1)**
P8: Los compañeros o superiores utilizan los errores en tu contra	3.0	(1.2)	3.3	(1.1)	2.9	(1.2)	3.1	(1.2)
P12: Ante un fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	3.0	(1.2)	3.6	(1.1)	3.1	(1.1)	3.3	(1.1)
P16: El personal teme que los errores queden en su expediente	4.1	(0.5)	3.8	(1.1)	3.9	(0.8)	3.9	(0.8)
Dotación de personal	**33.3**	**(30.9)**	**38.4**	**(32.1)**	**32.1**	**(32.8)**	**34.9**	**(32.1)**
P2: Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	2.7	(1.1)	2.5	(1.2)	2.5	(1.1)	2.6	(1.1)
P5: La jornada es tan agotadora que no siempre se da la mejor atención	3.6	(0.8)	3.5	(1.2)	3.6	(1.0)	3.6	(1.0)
P7: El exceso de personal temporal compromete la atención al paciente	3.0	(1.1)	2.8	(1.2)	3.0	(1.1)	2.9	(1.1)
P14: Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	3.8	(0.8)	3.8	(1.1)	3.6	(1.0)	3.7	(1.0)
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	**48.3**	**(26.7)**	**60.8**	**(35.4)**	**43.7**	**(33.9)**	**51.6**	**(33.6)**
P23: La gerencia facilita un clima laboral que favorece la seguridad	3.2	(0.8)	3.6	(1.1)	3.1	(1.1)	3.3	(1.0)
P30: La gerencia muestra con hechos que la seguridad es una prioridad	3.5	(0.8)	3.8	(0.9)	3.4	(1.0)	3.6	(0.9)
P31: La gerencia solo se interesa por la seguridad tras un evento adverso	2.9	(1.0)	2.8	(1.1)	3.2	(1.1)	3.0	(1.1)

Nota. *M*: media; *DE*: desviación estándar. Los ítems marcados con * están formulados en sentido negativo; su escala fue invertida para el análisis por dimensión. H1: Hospital 1 (*n* = 78); H2: Hospital 2 (*n* = 119); H3: Hospital 3 (*n* = 106).

Discusión

Los resultados de este estudio permiten identificar un patrón coherente en la cultura de seguridad del paciente de los tres hospitales evaluados. Las debilidades no se distribuyen de forma aleatoria entre las dimensiones, sino que se articulan en torno a dos ejes interdependientes —la respuesta no punitiva al error y la comunicación abierta—, cuya interacción configura el principal obstáculo para transformar el error en aprendizaje organizacional.

La respuesta no punitiva se posiciona como la dimensión más deficitaria del estudio (total = 24.1), hallazgo consistente con la evidencia latinoamericana. [13, 14] Las puntuaciones reflejan la persistencia de dinámicas de culpabilización individual, por las que el personal percibe que los errores son utilizados en su contra, que existe una búsqueda de responsables antes que de causas y que las consecuencias administrativas formales constituyen una amenaza real. La literatura enfatiza que la búsqueda de culpables, el temor al castigo y el registro negativo en el expediente inhiben la transparencia e impiden la consolidación de una cultura justa. [15, 16] Para el personal de enfermería, estos entornos se asocian además con un mayor desgaste emocional y una reducción del comportamiento seguro. [17] Estas dinámicas no solo inhiben el reporte de incidentes, sino que configuran entornos organizacionales de baja confianza que obstaculizan la mejora continua.

Desde una perspectiva interpretativa, esta cultura punitiva condiciona directamente la comunicación. La baja franqueza comunicativa observada (*M* total = 48.1) indica que los profesionales

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

no se perciben en condiciones seguras para expresar dudas, cuestionar decisiones clínicas o notificar eventos adversos. Este fenómeno se explica por medio del concepto de seguridad psicológica, definido como la percepción colectiva de que es posible asumir riesgos interpersonales (reportar errores, disentir, plantear preguntas) sin temor a represalias. [18] La evidencia reciente demuestra que su ausencia se asocia con una menor notificación de incidentes, una menor participación en procesos de mejora y un mayor riesgo de daño al paciente. [18, 19]

Se configura así un circuito de retroalimentación negativa: a mayor cultura punitiva, menor seguridad psicológica y menor comunicación; y a menor comunicación, mayor tendencia a la culpabilización individual. Este circuito explica la paradoja observada, es decir, la coexistencia de mecanismos formales de retroalimentación con niveles persistentes de subnotificación. Aunque la dimensión de retroalimentación y comunicación sobre errores alcanzó valores relativamente altos (M = 72.5), la inconsistencia en la retroalimentación posterior a los reportes limita el cierre del ciclo de aprendizaje, fenómeno documentado en instituciones de salud latinoamericanas. [13, 14] La existencia de sistemas formales no es suficiente si no se acompaña de un entorno de confianza que legitime la participación del personal.

Estos hallazgos son coherentes con la caracterización de culturas de seguridad moderadas en contextos latinoamericanos, marcadas por estructuras jerárquicas rígidas y una comunicación interprofesional limitada. [13, 20] En el contexto ecuatoriano específicamente, la cultura de seguridad del paciente refleja una transición incompleta entre el desarrollo normativo y su implementación efectiva. El MSP dispone de instrumentos formales (entre ellos, el *Manual de Seguridad del Paciente* y los procesos de Acreditación Hospitalaria bajo el Modelo Canadiense) que promueven la comunicación efectiva y la notificación de eventos adversos; sin embargo, estos lineamientos no se traducen de manera consistente en entornos organizacionales seguros. [21] La disociación entre política y práctica no solo restringe el aprendizaje institucional, sino que perpetúa modelos de atribución individual del error, lo que obstaculiza la consolidación de una cultura justa, coherente con los principios de la OMS en seguridad del paciente.

Los factores estructurales refuerzan esta problemática. La dotación insuficiente de personal (segunda área más deficitaria del estudio (M = 34.9) muestra resultados concordantes con los reportados en otros estudios latinoamericanos [13, 22, 23] y constituye un factor que intensifica las debilidades en comunicación y respuesta al error. La sobrecarga laboral reduce las oportunidades de comunicación reflexiva y favorece respuestas reactivas centradas en la resolución inmediata, en detrimento del análisis sistémico del error. [24, 25] Investigaciones previas confirman que la carga laboral y la relación enfermero-paciente son predictores significativos de la ocurrencia de eventos adversos [25] y que la sobrecarga laboral explica hasta el 52 % de las causas asistenciales relacionadas con su aparición. [26] Estas condiciones generan fatiga física y mental, incrementan los errores y deterioran la salud ocupacional del equipo. [27, 28]

El apoyo gerencial mostró niveles medios de satisfacción (M total = 51.6), con el Hospital 2 como mejor valorado, resultado diferente al reportado por Jabarkhil et al., en el que las medias fueron más bajas evidenciando mayor insatisfacción. [29] El liderazgo institucional es un determinante clave; los estilos reactivos o centrados en la sanción debilitan la confianza del personal, mientras que el liderazgo activo orientado al aprendizaje favorece la comunicación abierta y el reporte sistemático de incidentes. [30]

Frente a este diagnóstico, la evidencia disponible permite proponer intervenciones concretas para los hospitales evaluados. En primer lugar, la implementación de sistemas de reporte anónimo y no punitivo (como los sistemas de reporte confidencial de incidentes [CIRS] recomendados por la OMS) reduciría la barrera del miedo a las consecuencias formales. En segundo lugar, la formación de equipos directivos en liderazgo transformacional y comunicación segura, con énfasis en la construcción de seguridad psicológica, ha demostrado mejorar las dimensiones de comunicación y respuesta al error en intervenciones controladas. [18, 30] En tercer lugar, la revisión de dotaciones de personal con criterios de carga ajustada por complejidad y la instauración de espacios estructurados de análisis de eventos adversos (reuniones de morbilidad y mortalidad con enfoque sistémico) contribuirían a cerrar el ciclo de aprendizaje organizacional. Estas intervenciones, para ser sostenibles, requieren respaldo en políticas públicas nacionales que prioricen la seguridad del paciente como eje estratégico del sistema sanitario ecuatoriano.

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse en la interpretación de sus hallazgos. El diseño transversal impide establecer relaciones causales y capturar la evolución de la cultura de seguridad en el tiempo; los resultados representan una fotografía del fenómeno en un momento específico. La muestra se circunscribe a médicos y enfermeras de tres hospitales de Quito y Tena, lo que limita la generalización al conjunto del sistema sanitario ecuatoriano y excluye a otros profesionales (auxiliares de enfermería, personal técnico y administrativo), cuya percepción también incide en la cultura institucional. Al tratarse de un instrumento de autoinforme, los resultados pueden estar influidos por un sesgo de deseabilidad social, particularmente en dimensiones sensibles como la respuesta no punitiva al error. Finalmente, el cuestionario HSOPSC fue aplicado en su versión española validada en contexto ibérico, sin un proceso formal de adaptación cultural para Ecuador. Si bien su uso está ampliamente extendido en América Latina, esta ausencia afecta la equivalencia de medición en el contexto local y debe reconocerse explícitamente.

Los hallazgos abren tres líneas prioritarias de acción. En el plano metodológico, resulta urgente avanzar en la validación y adaptación cultural del HSOPSC para Ecuador, a fin de contar con evidencia de equivalencia de medición que fortalezca la comparabilidad de futuros estudios. En el plano investigativo, se requieren diseños longitudinales que evalúen el impacto de las intervenciones de mejora sobre la cultura de seguridad para enriquecer la comprensión del fenómeno a escala nacional. En el plano de la gestión sanitaria, los resultados ofrecen una línea de base concreta para orientar decisiones institucionales focalizadas en las dimensiones más deficitarias: sistemas no punitivos de reporte, revisión de dotaciones de personal y fortalecimiento del liderazgo gerencial en seguridad del paciente.

Conclusiones

La cultura de seguridad del paciente en los hospitales evaluados presenta debilidades estructurales concentradas en la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial, mientras que el trabajo en equipo y el aprendizaje organizacional emergen como fortalezas relativas. La respuesta no punitiva constituye la dimensión más crítica, sostenida por dinámicas de culpabilización individual y temor a consecuencias formales que inhiben el reporte de incidentes e impiden el aprendizaje desde el error. La baja franqueza en la comunicación y la insuficiente seguridad psicológica del personal se condicionan mutuamente con la cultura punitiva, configurando un circuito que perpetúa el subregistro de eventos adversos y debilita la mejora continua. El contexto ecuatoriano refleja una brecha entre el desarrollo normativo en seguridad del paciente y su implementación efectiva en la práctica clínica, lo que demanda intervenciones que articulen políticas públicas con transformaciones organizacionales concretas. Avanzar hacia una cultura de seguridad madura requiere intervenir de forma integrada en la línea de instaurar sistemas de reporte no punitivos, fortalecer el liderazgo orientado al aprendizaje y garantizar condiciones estructurales (dotación de personal adecuada) que hagan sostenible una atención segura en la RPIS del Ecuador.

Referencias

1. Martín T, Monte E, Morillo Verdugo R. Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+. Farm Hosp [Internet]. 2013 [citado 2026 abr 20];37(4):276-285. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-63432013000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 20]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Internet]. World Health Organization. 2023 [citado 2026 abr 20]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content

4. Dhingra-Kumar N, Brusaferro S, Arnoldo L. Patient Safety in the World. En: Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer [Internet]. 2020 [citado 2026 abr 21], Chapter 8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585617/

5. González C, Reinoso A. Implementación de metas internacionales de seguridad del paciente en atención ambulatoria CONAMED [Internet]. 2015 [citado 2026 abr 21];20:78-82. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7291932

6. Maya Salazar AM, Marín Restrepo DM. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Rev Cuid [Internet]. 2020 [citado 2026 abr 21];11(2):e1040. doi: 10.15649/cuidarte.1040

7. Lotici A, do Nascimento Santos-Zonta F, Lotici G, Gaffuri T. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales de cuidados intensivos. Enferm glob [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 22];21(67):135-184. doi: 10.6018/eglobal.488311

8. Alshammari M, Tyerman J, Beogo I, Craig J. Nurses' perceptions of patient safety culture measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture in the Gulf Cooperation Council region: A systematic review. International Journal of Nursing Studies Advances [Internet] 2026 [citado 2026 abr 21];10:100512. doi: 10.1016/j.ijnsa.2026.100512

9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety [Internet]. 2005 [citado 2026 abr 21]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2007/docs/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf

10. Tello-García M, Pérez-Briones NG, Torres-Fuentes B, Nuncio-Domínguez JL, Pérez-Aguirre DM, Covarrubias-Solís IF. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. Enferm glob [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 22];22(70):111-138. doi: 10.6018/eglobal.531691

11. Bajaña Romero JA, Ortiz Orobio ML. Cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Centro de Salud de Canoa. Medisur [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 22];21(5):985-993. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000500985&lng=es

12. Ministerio de Salud Pública. Boletín epidemiológico. Infecciones asociadas a atención de salud (IAAS) [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 21]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/boletin_iaas_2021-2022_final.pdf

13. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Domínguez-Cancino KA, Palmieri PA. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 22];19(21):14380. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9658502/

14. Hare R, Tapia A, Tyler L, Fan L, Ji S. Surveys on Patient Safety Culture (SOPS). Hospital 2.0 Survey: 2022 User Database Report Part II. AHRQ Publication [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 21];22(23):0066. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report-appendixes.pdf

15. Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2 OECD Health Working Papers [Internet]. 2024 [citado 2026 abr 20];168. doi: 10.1787/d0552328-en

16. Gutiérrez López MA, Noreña Piedrahita IV, Gómez DA. Cultura Punitiva en Seguridad del Paciente: Revisión Sistemática de la Literatura. Rev Científica Hallazgos [Internet]. 2021 [citado 2026 abr 21];6(2):236-259. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8276772

17. Nafe P, Habibi-Soola A, Aghaei MH, Mehri S. The relationship between error experience and patient safety culture with safe activities of emergency nurses. Sci Rep [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 22];15:10438. doi: 10.1038/s41598-025-95191-8

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

18. Montgomery A, Chalili V, Lainidi O, Mouratidis C, Maliousis I, Paitaridou K, et al. Psychological safety and patient safety: a systematic and narrative review. PLoS One [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 22];20(4):e0322215. doi: 10.1371/journal.pone.0322215

19. Mira J, Madarasova Geckova A, Knezevic B, Sousa P, Strametz R. Psychological Safety in Healthcare Settings. Int J Public Health [Internet]. 2024 [citado 2026 abr 22];69:1608073. doi: 10.3389/ijph.2024.1608073

20. Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, Vernal S, Pellizzari M, Seisdedos MG, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. BMJ Open Qual [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 23];12(4):e002362. doi: 10.1136/bmjoq-2023-002362

21. Ministerio de Salud Pública. Manual de Seguridad del Paciente [Internet]. 2016 [citado 2026 abr 20]. Disponible en: http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf

22. Abdelaliem SMF, Alsenany SA. Factors Affecting Patient Safety Culture from Nurses' Perspectives for Sustainable Nursing Practice. Healthcare [Internet]. 2022 [citado 2026 abr 22];10(10):1889. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/1889

23. Fassi CF, Mourajid Y, Chahboune M, Hilali A. Patient Safety Culture Perception among Moroccan Healthcare professionals: Cross-Sectional Study in Public Hospitals. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 21];33(2):273-280. doi: 10.4314/ejhs.v33i2.12

24. Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias [Internet]. 2011 [citado 2026 abr 21];23:356-364. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2011_23_5_356-64.pdf

25. Guzmán Gutiérrez A, Gómez López EA. Relación entre la carga laboral de enfermería en las unidades de cuidado intensivo de un hospital de alta complejidad y la ocurrencia de eventos adversos. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 21];26(1). doi: 10.1016/j.acci.2025.09.001

26. Sevilla-Erazo F, Sosa-Bone MP. Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Esmeraldas sur Delfina Torres de Concha. Más vita [Internet]. 2023 [citado 2026 abr 22];5(4):78-89. doi: 10.47606/ACVEN/MV0213

27. Olds DM, Clarke SP. The Effect of Work Hours on Adverse Events and Errors in Health Care. J Safety Res [Internet]. 2010 [citado 2026 abr 23];41(2):153-162. doi: 10.1016/j.jsr.2010.02.002

28. Al-Amin M, Li K. Hospitalists staffing levels and hospital performance. Health Serv Res [Internet]. 2020 [citado 2026 abr 23];55(1):44-53. doi: 10.1111/1475-6773.13233

29. Jabarkhil AQ, Tabatabaee SS, Jamali J, Moghri J. Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan. Risk Manag Healthc Policy [Internet]. 2021 [citado 2026 abr 23];14:1211-1217. Disponible en: https://www.dovepress.com/assessment-of-patient-safety-culture-among-doctors-nurses-and-midwives-peer-reviewed-article-RMHP

30. Fernández García MR, Madrid Rodríguez A. Atención segura para todos los recién nacidos y todos los niños. An Pediatría [Internet]. 2025 [citado 2026 abr 23];103(3). Disponible en: http://analesdepediatria.org/es-atencion-segura-todos-recien-nacidos-articulo-S1695403325002243

Enfermería: Cuidados Humanizados, enero-junio 2026; *15*(1), e5028
DOI: 10.22235/ech.v15i1.5028

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

G. C. P. ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; G. S. en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; I. S. L. en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; J. P. H. O. en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.