



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rm.v10i4

DISPOSICIÓN AL CAMBIO ORGANIZACIONAL Y LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSONAL OPERATIVO Y DIRECTIVO DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

**ORGANIZATIONAL READINESS FOR CHANGE AND
PATIENT SAFETY CULTURE IN OPERATIVE AND
MANAGEMENT PERSONNEL OF A SECOND-LEVEL
HOSPITAL**

Jesús Alejandro Rosas Romero
Autor independiente

Juan Luis Vázquez Espinoza
Autor independiente

Disposición al cambio organizacional y la cultura de seguridad del paciente en personal operativo y directivo de un hospital de segundo nivel de atención.

Jesús Alejandro Rosas Romero¹

dr.alejandrorr@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8848-1647>

Autor independiente

Juan Luis Vázquez Espinoza

juan.vazquezes@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0009-0004-7089-5732>

Autor independiente

RESUMEN

Introducción: La disposición al cambio y la cultura de seguridad del paciente (CCSP) son críticas para implementar prácticas hospitalarias seguras; su evaluación guía la mejora de la calidad asistencial.

Objetivo: Determinar la asociación entre la disposición al cambio organizacional y la CCSP en personal operativo y directivo de un hospital de segundo nivel de atención. **Metodología:** Estudio comparativo, observacional, transversal y prospectivo (noviembre de 2024 a enero de 2025). Se incluyó al personal con antigüedad mayor o igual a 6 meses. Se aplicaron de forma anónima los cuestionarios de Holt y de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Se utilizó alfa de Cronbach, coeficiente de Spearman, prueba t de Welch y regresión lineal múltiple (alfa = 0.05). **Resultados:** Se analizaron 414 respuestas con alta confiabilidad (Holt alfa = 0.908; CCSP alfa = 0.807). El porcentaje global de respuestas positivas del CCSP fue del 36.3% (comunicación 48.6%, supervisión 39.1%, reportes 33.3%, e interservicios hospitalarios 20.7%). El desempeño más bajo ocurrió en el intercambio de información entre áreas (media = 2.131; DE = 0.945). La regresión lineal múltiple no identificó asociación significativa entre disposición al cambio y CCSP (beta = -0.014 por cada 10 puntos en Holt; IC95%: -0.0982 a 0.0703; p = 0.7453; R² = 0.3931). Las correlaciones bivariadas resultaron no significativas (Spearman rho = -0.0651, p = 0.1865). **Conclusiones:** No existe asociación entre la disposición al cambio individual y la cultura de seguridad hospitalaria. El CCSP global es bajo; el intercambio de información en transiciones y cambios de turno representa el punto crítico estructural que exige un rediseño operativo prioritario.

Palabras clave: cultura de seguridad; disposición al cambio; calidad de la atención; personal de hospitales.

¹ Autor principal

Correspondencia: dr.alejandrorr@hotmail.com

Organizational readiness for change and patient safety culture in operative and management personnel of a second-level hospital

ABSTRACT

Introduction: Organizational readiness for change and patient safety culture (PSC) are critical for implementing safe hospital practices; their evaluation guides quality healthcare improvement. **Objective:** To determine the association between organizational readiness for change and PSC in operative and management personnel of a second-level hospital. **Methodology:** Comparative, observational, cross-sectional, and prospective study (November 2024 to January 2025). Personnel with at least six months of tenure were included. Holt's Questionnaire and the AHRQ PSC Survey were anonymously administered. Analysis included Cronbach's alpha, Spearman correlation, Welch's t-test, and multiple linear regression ($\alpha = 0.05$). **Results:** A total of 414 responses were analyzed with high reliability (Holt $\alpha = 0.908$; PSC $\alpha = 0.807$). The overall percentage of positive responses for PSC was 36.3% (communication 48.6%, supervision 39.1%, reports 33.3%, and hospital/inter-services 20.7%). The lowest performance was located in information exchange between areas (mean = 2.131; SD = 0.945). Multiple linear regression identified no significant association between readiness for change and PSC ($\beta = -0.014$ for every 10-point increase on the Holt scale; 95% confidence interval: -0.0982 to 0.0703; $p = 0.7453$; $R^2 = 0.3931$). Bivariate correlations were not significant (Spearman $\rho = -0.0651$, $p = 0.1865$). **Conclusions:** No statistical evidence of an association between individual readiness for change and the perception of hospital safety culture was found. Overall PSC is low; information handoffs during shift changes and area transitions represent the critical structural point requiring prioritized process redesign.

Keywords: safety culture; readiness for change; quality of health care; hospital personnel.

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

La disposición al cambio es un fenómeno multifactorial complejo que afecta simultáneamente el comportamiento de los individuos y los grupos.¹ A nivel individual, se define como la tendencia personal a aceptar, resistir o adaptarse a las transformaciones institucionales, estando fuertemente influenciada por la personalidad, las experiencias previas y la percepción directa del beneficio del cambio.¹ Estas disposiciones varían en intensidad según el contexto social y las dinámicas interactivas del entorno laboral.² Durante los procesos de transición organizacional, la presencia de subgrupos con posturas consistentes puede polarizar la opinión colectiva, modificando sustancialmente las normas organizacionales respecto a la aceptación de nuevas directrices.² Los cambios estructurales duraderos surgen de la alineación entre los mecanismos cognitivos individuales y las interacciones sociales de comunicación emocional, las cuales reconfiguran las actitudes tanto reactivas como estables del personal.^{3,4} Rasgos psicológicos como la autoeficacia generalizada, la autoestima y la tolerancia a la ambigüedad predicen la capacidad adaptativa del personal con funciones de liderazgo.⁶ Asimismo, la permeabilidad de las fronteras grupales y la estabilidad del estatus jerárquico determinan si los trabajadores optan por estrategias de movilidad individual o por un cambio social colectivo.⁷ La resistencia al cambio, contraparte natural de la disposición, suele conceptualizarse negativamente; sin embargo, la evidencia demuestra que el personal con rasgos resistentes mantiene un desempeño óptimo en tareas rutinarias estructuradas, manifestando ambivalencia solo cuando el cambio es impuesto por agentes externos en quienes no confía totalmente.^{8,9}

Por su parte, la Cultura de Seguridad del Paciente constituye un constructo multidimensional integrado por las actitudes, percepciones, valores y patrones de comportamiento compartidos dentro de una organización sanitaria, los cuales determinan el grado de compromiso con la prevención de errores y eventos adversos.¹⁰ La solidez de la cultura de seguridad del paciente influye directamente en la calidad de la atención médica de los establecimientos hospitalarios.¹¹ Un pilar indispensable para su desarrollo es el compromiso de los líderes institucionales, quienes deben demostrar una visión clara y priorizar la seguridad clínica por encima de objetivos de productividad u operación hospitalaria.¹¹ Asimismo, la comunicación abierta y transparente requiere que los profesionales de la salud cuenten con un entorno no punitivo para reportar fallas sin temor a represalias, facilitando el aprendizaje a partir de los errores



y el diseño de barreras de prevención.^{12,13} La educación continua y el fomento del trabajo en equipo coordinado disminuyen significativamente los riesgos latentes de la práctica médica.^{13,14} Para evaluar de forma científica la seguridad en los entornos clínicos, se recurre a marcos conceptuales de alta confiabilidad, como el modelo de James Reason, que describe las capas de defensa organizacionales (modelo del "queso suizo") destinadas a interceptar las fallas activas y las condiciones latentes antes de que afecten la integridad del paciente.^{15,16,17} El análisis de reclamaciones demuestra que gran parte de los eventos adversos surgen por fallas en el diseño de los sistemas complejos de salud.^{18,19} A pesar del desarrollo de estas herramientas de gestión de riesgos, la consolidación de una cultura uniforme enfrenta desafíos severos, entre los que destacan la escasez de recursos humanos, la sobrecarga laboral y la resistencia natural al cambio actitudinal.^{20,21}

La disposición al cambio en las organizaciones de salud es una precondition esencial para la implementación exitosa de los estándares de seguridad del paciente, ya que condiciona la creencia en la eficacia colectiva y el compromiso compartido del personal.²² Esta disposición se interconecta directamente con la cultura organizacional de apoyo y cooperación.^{23,24} La adopción de herramientas organizacionales de industrias de alta confiabilidad demuestra que el éxito de los programas de mejora estructural depende de la preparación de la infraestructura y de la madurez del liderazgo clínico.^{25,26,27} La evaluación diagnóstica de la cultura organizacional permite identificar brechas críticas operativas.²⁸ En esta transición, los mandos intermedios juegan un papel estratégico mediante el aprendizaje ambidiestro, equilibrando actividades exploratorias de innovación con la optimización explotadora de recursos rutinarios.²⁹

A nivel internacional, el análisis de las evaluaciones de preparación para el cambio revela que el 68% de los ítems se centran en el entorno interno y la comunicación de las redes operativas.³⁰ Estudios transversales confirman que el liderazgo transformacional impacta con mayor fuerza la preparación organizacional hacia la innovación que el liderazgo transaccional.³¹ No obstante, los planes de implementación suelen registrar puntuaciones bajas cuando el personal percibe escasez de recursos o falta de apertura para expresarse libremente.^{32,33} Respecto a la cultura de seguridad, las dimensiones de trabajo en equipo e intercambio de información predicen la frecuencia del reporte de eventos.^{34,35,36} Las revisiones sistemáticas mundiales basadas en la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture

(HSOPSC) colocan consistentemente al "entorno no punitivo ante el error" como la dimensión con peor desempeño.³⁷ En América Latina y Europa, los metaanálisis evidencian que las percepciones generales de seguridad son de intermedias a bajas, identificando a la dotación de personal, la sobrecarga y los problemas en las transiciones de turno como las debilidades estructurales más generalizadas de la región.^{38, 39}

En México, las investigaciones sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente reflejan un patrón claro de fortalezas y debilidades interconectadas. Estudios en unidades de medicina familiar documentan puntuaciones favorables en trabajo en equipo (65%), pero caídas severas en el apoyo de la dirección (30%).⁴⁰ En hospitales de alta especialidad y unidades de medicina general, la percepción general oscila entre el 45.1% y niveles intermedios, destacando al trabajo en equipo intraservicio como la fortaleza principal, mientras que la dotación insuficiente de personal (28.8%), los problemas en el cambio de turno (34.8%) y la respuesta punitiva al error se mantienen como los puntos más críticos.^{41, 42}

En la formación de enfermería, se observa una percepción positiva hacia el error cuando se simula un enfoque de aprendizaje no punitivo.⁴³ Sin embargo, evaluaciones directas en hospitales de la región revelan que ninguna dimensión de la seguridad supera el umbral óptimo del 75% de respuestas positivas, registrando fallas severas en supervisión y reporte.⁴⁴ Nacionalmente, las encuestas aplicadas a médicos residentes de diversas especialidades en México califican la seguridad hospitalaria general con una puntuación de 6.9 sobre 10, señalando como debilidades la franqueza en la comunicación y los problemas en las transiciones entre servicios.^{45, 46}

Dado este panorama nacional, surge la necesidad de explorar si la disposición al cambio de los profesionales de la salud se asocia con la madurez de la cultura de seguridad dentro de las unidades médicas de la seguridad social. El presente estudio planteó como pregunta de investigación determinar si existe una asociación significativa entre la disposición al cambio organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal operativo y directivo de una unidad hospitalaria de segundo nivel. El esclarecimiento de esta interrogante es indispensable para determinar si las estrategias de mejora de la calidad de la atención deben enfocarse en intervenciones actitudinales individuales o en modificaciones estructurales de los procesos institucionales.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se desarrolló un estudio comparativo, observacional, transversal y prospectivo en un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al sistema público de salud en México. El periodo total de recolección de información en campo comprendió desde noviembre de 2024 hasta enero de 2025.

Criterios de selección y muestreo

La población de estudio estuvo constituida por todos los trabajadores operativos y directivos adscritos a la unidad hospitalaria distribuidos en sus cuatro turnos contractuales (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada). Los criterios de inclusión aplicados fueron: empleados en activo, de ambos sexos, con una antigüedad mínima de seis meses de laborar en el hospital. Se excluyó formalmente al personal que se encontrara bajo licencia médica o periodo de incapacidad legal durante la etapa de recolección de datos. Como criterio de eliminación, se determinó excluir los cuestionarios de los participantes que manifestaran su deseo explícito de retirarse del estudio tras haber iniciado el llenado o que entregaran los formatos con omisiones.

Para el cálculo del tamaño muestral sobre una población conocida de $N = 1850$ trabajadores, se ejecutó una fórmula de muestreo probabilístico estratificado para población finita empleando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), un error de estimación máximo aceptado del 5% ($E = 0.05$) y una prevalencia esperada del evento del 50% ($p = 0.5$). La distribución de la cuota mínima de la muestra operativa requerida entre los estratos horarios arrojó: turno matutino ($n = 114$), vespertino ($n = 92$), nocturno A ($n = 43$), nocturno B ($n = 43$) y jornada acumulada ($n = 84$). Para el estrato directivo y de confianza se tomó al 100% de los funcionarios adscritos disponibles. El muestreo final se completó de forma consecutiva en los diferentes servicios hospitalarios hasta alcanzar una muestra analítica real de $N = 414$ participantes.

Instrumentos de recolección de datos

Se aplicaron de forma presencial y anónima dos instrumentos psicométricos validados previamente, precedidos por una cédula de datos sociodemográficos y laborales generales:

1. Cuestionario de Disposición al Cambio Organizacional de Holt (2007): Herramienta integrada por reactivos estructurados bajo una escala Likert de 7 puntos, distribuidos en cuatro

dimensiones operativas esenciales: apropiación del cambio (10 ítems), apoyo gerencial (6 ítems), autoeficacia (5 ítems) y valencia personal (3 ítems). Los puntajes crudos fueron tipificados matemáticamente para expresarse en una escala continua estandarizada con un rango de 0 a 100 puntos, donde los valores más elevados representan una óptima preparación y aceptación de procesos de innovación en la unidad.

2. Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (CCSP) de la AHRQ: Instrumento estandarizado adaptado al español para entornos hospitalarios indizados. El instrumento evalúa percepciones organizacionales a través de una escala Likert de 1 a 5 puntos enfocada en cuatro dominios: supervisión/liderazgo clínico (3 ítems), comunicación abierta (7 ítems), frecuencia de reporte de eventos de seguridad (2 ítems) e interservicios hospitalarios (6 ítems). Siguiendo la metodología oficial de la AHRQ, los puntajes correspondientes a 4 o 5 puntos se clasificaron analíticamente como "respuestas positivas". Se estableció que un dominio representaba una "fortaleza organizacional" cuando acumulaba un porcentaje mayor o igual al 75% de respuestas positivas, mientras que porcentajes globales inferiores al 50% se consideraron "debilidades del sistema o áreas críticas de mejora".

Análisis estadístico

Las variables cualitativas nominales se codificaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas continuas se describieron a través de medias y desviaciones estándar (DE). El supuesto de normalidad de las variables continuas principales se evaluó formalmente mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Al confirmarse desviaciones estadísticamente significativas respecto a la distribución normal ($p < 0.05$), se privilegió el uso de métodos robustos no paramétricos para los contrastes inferenciales.

Las relaciones bivariadas se exploraron mediante el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). La comparación de las puntuaciones medias de la cultura de seguridad del paciente entre el personal operativo y de confianza se llevó a cabo mediante la prueba t de Welch, seleccionada de forma estricta debido a que se confrontaron muestras desbalanceadas con varianzas grupales y tamaños muestrales desiguales ($n = 399$ frente a $n = 14$, respectivamente). Finalmente, el análisis predictivo se ejecutó mediante la construcción de un modelo de regresión lineal múltiple con el objetivo de identificar los

predictores de la cultura de seguridad (variable dependiente continua) y evaluar su asociación con las puntuaciones de disposición al cambio de Holt, ajustando el modelo por la función del trabajador (operativo frente a directivo). Todos los análisis estadísticos automatizados se realizaron mediante código Python 3.12 utilizando las librerías numpy, pandas y statsmodels, fijando un nivel de significancia con un valor de $p < 0.05$.

Aspectos éticos

El presente protocolo de investigación obtuvo el dictamen formal aprobatorio de validez científica y bioética por parte del Comité Local de Investigación en Salud bajo el número de registro institucional R-2024-2108-078. De acuerdo con los criterios normativos nacionales, el estudio se clasificó dentro de la categoría de investigación con riesgo mínimo, utilizando una metodología observacional y transversal. Se obtuvo la firma de una Carta de Consentimiento Informado por escrito de cada participante previo a la entrega de los cuestionarios, garantizando el anonimato mediante la asignación de un número de folio único para cada participante y manteniendo la base de datos protegida mediante contraseñas informáticas, en cumplimiento estricto con la Declaración de Helsinki y los principios del Informe Belmont.

Resultados

Se consolidó una muestra analítica de $N = 414$ registros de personal hospitalario, de los cuales $n = 410$ contaron con datos íntegros para el análisis de la edad. La caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra estudiada se expone detalladamente en la Tabla 1.

La edad media de los trabajadores evaluados fue de 37.6 años ($DE = 8.1$). Se observó un marcado predominio del sexo femenino, que representó el 77.5% de la muestra ($n = 321$), frente al 22.5% correspondiente al sexo masculino ($n = 93$). El personal que desempeñaba funciones operativas constituyó el 96.6% del total ($n = 400$), mientras que los trabajadores con funciones de confianza o directivas representaron el 3.4% ($n = 14$).

Con respecto a las áreas de adscripción, los servicios con mayor participación fueron Urgencias, con el 26.6% de los encuestados ($n = 110$), y Medicina Interna, con el 24.2% ($n = 100$). En cuanto a la categoría contractual, la de Auxiliar Universal de Oficina fue la más frecuente, con

el 18.1% de la muestra (n = 75), seguida por Auxiliar de Enfermería, con el 17.6% (n = 73), y Enfermera General, con el 16.7% (n = 69). Asimismo, el 83.6% de los participantes (n = 346) reportó mantener contacto directo con pacientes durante el desarrollo de sus actividades laborales.

Tabla 1. Características generales de la población estudiada

Variable	Estadístico	n	% valor	/
	n con dato	410	—	
Edad (años)			37.6	±
	Media ± desviación estándar	—	8.1	
Sexo	Femenino	321	77.5	
	Masculino	93	22.5	
Función	Operativa	400	96.6	
	Confianza	14	3.4	
Contacto directo con pacientes	Sí	346	83.6	
	No	68	16.4	
Antigüedad en el hospital	Menos de 1 año	10	2.4	
	1 a 5 años	90	21.7	
	6 a 10 años	181	43.7	
	11 años o más	133	32.1	
Horas por semana	Menos de 30 horas	30	7.2	
	30 a 40 horas	294	71.0	
	Más de 40 horas	90	21.7	
Servicio/Área	Urgencias	110	26.6	
	Medicina Interna	100	24.2	
	Cirugía General	61	14.7	
	Ginecología y Obstetricia	29	7	

Categoría (puesto)	UCIA	26	6.3
	Pediatría	15	3.6
	Geriatría	13	3.1
	Nefrología	12	2.9
	Rehabilitación	8	1.9
	Calidad de la Atención Clínica	7	1.7
	Otros	33	8
	Auxiliar Universal de Oficina	75	18.1
	Auxiliar de Enfermería	73	17.6
	Enfermera General	69	16.7
	Asistente Médico	60	14.5
	Médico Familiar	40	9.7
	Médico No Familiar	36	8.7
	Médico General	22	5.3
	Administrativos	10	2.4
	Enfermera Especialista	8	1.9
	Enfermero Clínico	7	1.7
	Otros	14	3.4
Nota: N total=414; para edad se contó con 410 registros con dato disponible			
Fuente: Elaboración propia, 2025.			

El análisis psicométrico confirmó una consistencia interna robusta para ambos cuestionarios. El Cuestionario de Holt registró un coeficiente alfa de Cronbach global de $\alpha = 0.908$, con un valor promedio general de disposición al cambio de 72.0 puntos (DE 8.7) en la escala estandarizada de 0 a 100. Por su parte, el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente (CCSP) demostró un alfa estandarizada de $\alpha = 0.807$. La puntuación media global para el CCSP se ubicó en un nivel de 3.499 puntos (DE 0.552) sobre un máximo de 5. La cultura de seguridad presenta valores intermedios, con debilidad marcada en la calificación del hospital y mejor desempeño relativo en comunicación. El

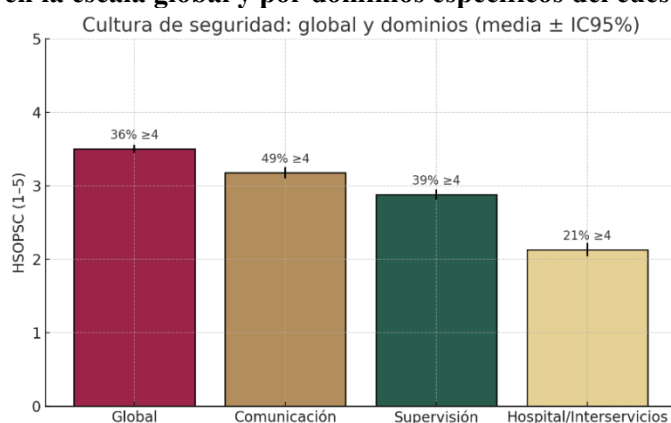
porcentaje global consolidado de respuestas positivas (puntuaciones mayores o iguales a 4 en la escala Likert) fue de apenas el 36.3%, evidenciando la ausencia de fortalezas organizacionales sólidas. Los estadísticos descriptivos por dominios específicos se concentran en la Tabla 2.

Tabla 2 – Descriptivos (Global y dominios CCSP)

Dominio	n	media	DE	Límite Inferior IC95	Límite superior IC95	%≥4	Número de ítems	Registros válidos n≥50%
GLOBAL	414	3.499	0.552	3.446	3.553	36.3	18	412
Supervisión / Líder clínico	413	2.88	0.708	2.811	2.948	39.1	3	413
Comunicación	412	3.176	0.791	3.1	3.252	48.6	7	412
Frecuencia de reportes	3	3.667	1.155	2.36	4.973	33.3	2	3
Hospital / Interservicios	412	2.131	0.945	2.039	2.222	20.7	6	411

Nota: Puntuación basada en escala Likert de 1 a 5 puntos. El punto (.) es el signo decimal uniforme. Fuente: Elaboración propia, 2025.

Figura 1. Distribución porcentual de las valoraciones positivas (respuestas mayores o iguales a 4) en la escala global y por dominios específicos del cuestionario de cultura de seguridad (N = 414).



Fuente: Elaboración propia, 2025.

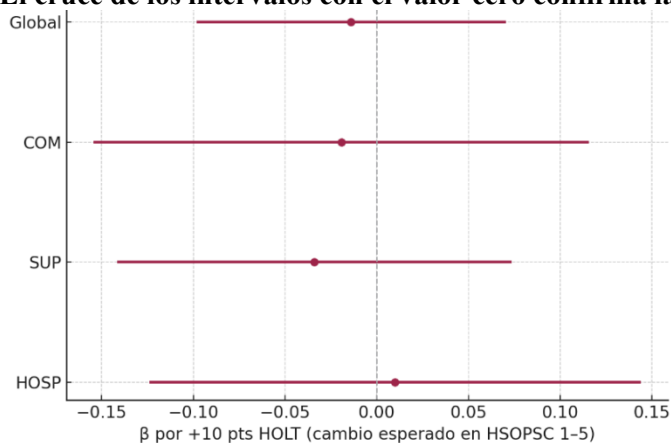
El análisis dimensional identificó que el dominio Hospital/Interservicios constituye el área de mayor vulnerabilidad y punto crítico del sistema hospitalario, registrando la puntuación media más deficiente con 2.131 (DE 0.945) y alcanzando únicamente un 20.7% de respuestas positivas. Este comportamiento estuvo determinado de forma directa por el intercambio de información entre áreas, donde a menudo se omite información importante sobre la atención al paciente durante los cambios de turno y transiciones de servicio.

Al explorar la hipótesis bivariada de asociación entre la disposición al cambio de Holt y la cultura de seguridad global, el coeficiente de correlación de Spearman arrojó un valor de $\rho = -0.0651$ con un valor de significancia estadística de $p = 0.1865$ ($N = 413$). La magnitud del coeficiente resultó numéricamente pequeña y no significativa, aportando evidencia estadística a favor del no rechazo de la hipótesis nula.

En el análisis predictivo multivariado se ejecutó un modelo de regresión lineal múltiple para explorar la varianza explicada e identificar los predictores de la cultura de seguridad hospitalaria. La disposición al cambio de Holt demostró una total ausencia de asociación significativa sobre la cultura de seguridad; el efecto estimado expresado por incrementos de 10 puntos en la escala de 0 a 100 del cuestionario de Holt resultó no significativo: $\beta = -0.014$ (intervalo de confianza del 95%: -0.0982 a 0.0703 ; $p = 0.7453$; $R^2 = 0.3931$), ajustando el modelo por la función del trabajador. De manera coincidente, los efectos estimados por dominio específico tampoco demostraron significancia estadística tras la corrección:

comunicación ($\beta = -0.0019$), supervisión ($\beta = -0.0034$) y hospital/interservicios ($\beta = +0.0010$), cruzando todos los intervalos de confianza el valor cero.

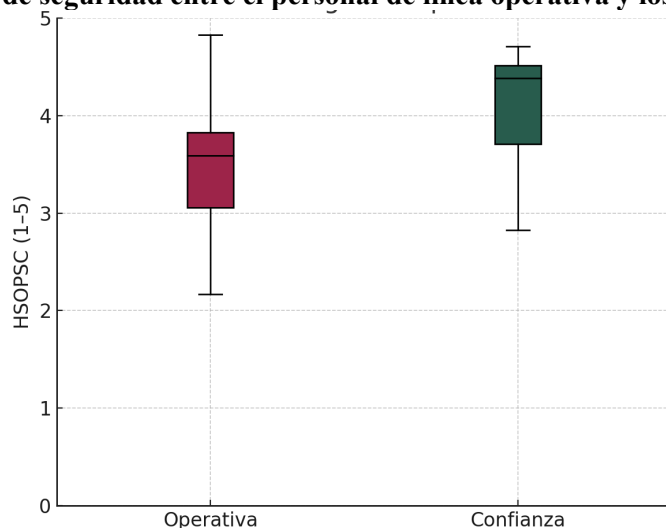
Figura 2. Estimadores lineales beta e intervalos de confianza del 95% para evaluar el impacto de la disposición al cambio sobre la cultura de seguridad global y sus tres dimensiones principales. El cruce de los intervalos con el valor cero confirma la falta de significancia estadística.



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Por último, se analizó la variabilidad de las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en función del rol laboral (Línea Operativa frente a Directivos de Confianza).

Figura 3. Comparación de la dispersión, medianas y rangos intercuartílicos del puntaje de cultura de seguridad entre el personal de línea operativa y los mandos de confianza.



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Debido al marcado desbalance en el tamaño de los subgrupos y a la heterogeneidad de sus varianzas internas, se ejecutó la prueba paramétrica robusta *t* de Welch. Para este contraste se excluyó un registro con dato faltante en la variable de cultura de seguridad, por lo que el análisis se realizó con $n = 399$ para la línea operativa y $n = 14$ para el personal de confianza. El contraste estadístico identificó una brecha organizacional significativa ($p < 0.05$), confirmando una diferencia de medias bruta de 0.627 puntos en favor del personal de confianza, quienes perciben un clima de seguridad más elevado (Media = 4.114; DE = 0.560) que los trabajadores de la línea operativa (Media = 3.487; DE = 0.512), como se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3. Contraste robusto de medias de la cultura de seguridad entre personal operativo y de confianza (Prueba *t* de Welch).

Grupo	N	Media	DE
Operativa	399	3.487	0.512
Confianza	14	4.114	0.56

Nota: Análisis estadístico robusto para varianzas y tamaños de grupo desiguales. El punto (.) funge como separador decimal uniforme conforme a los criterios editoriales de la revista. Fuente: Elaboración propia, 2025.

Discusión

El propósito de esta investigación fue describir y determinar la relación existente entre la disposición al cambio organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal operativo y de confianza del hospital general. Los resultados no apoyaron la hipótesis de una asociación positiva: el efecto estimado de la disposición al cambio sobre el puntaje global de cultura de seguridad fue cercano a cero y no significativo en el modelo multivariado ($\beta \approx -0.014$ por cada 10 puntos; $p = 0.7453$) y, de forma consistente, las correlaciones bivariadas mostraron magnitudes pequeñas y no significativas (Spearman $\rho = -0.0651$, $p = 0.1865$; $N = 413$). Esto sugiere que, en esta población, la variación individual en disposición al cambio no se tradujo en diferencias medibles en la percepción global de la cultura de seguridad.

Al contrastar el nivel global de cultura de seguridad, el porcentaje de respuestas positivas observado en esta muestra (36.3%) fue menor a lo reportado en bases de referencia internacionales. En el *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey 2.0: 2024 User Database Report*, Tyler et al. (Estados

Unidos, 2024) reportaron promedios globales cercanos a 71% y dominios con mejor desempeño alrededor de 80% positivo (por ejemplo, trabajo en equipo dentro de las unidades y apoyo del supervisor), lo que dimensiona la brecha entre el nivel observado en la unidad de estudio y el esperado en hospitales con mediciones sistemáticas.⁴⁷ Asimismo, en ese mismo reporte, Tyler et al. (2024) describieron que dominios organizacionales como dotación/ritmo de trabajo e intercambios/traspasos suelen ubicarse entre los de menor desempeño; este patrón coincide parcialmente con lo observado en nuestro hospital, donde el dominio hospital —particularmente los ítems de traspasos e intercambio de información entre áreas— se identificó como el punto más crítico (Media = 2.131; 20.7% positivo).⁴⁷

En el contexto regional, los resultados también se alinean con evidencia que muestra niveles globales bajos y áreas críticas repetidas. En un metaanálisis de cultura de seguridad en hospitales de América Latina, Camacho-Rodríguez et al. (Colombia, 2022) reportaron que las dimensiones con peor desempeño suelen incluir respuesta no punitiva al error y dotación de personal, mientras que las más altas tienden a ser aprendizaje organizacional y trabajo en equipo.⁴⁸ Este marco es útil para interpretar que el problema de la cultura de seguridad puede estar anclado en factores estructurales (carga de trabajo, recursos humanos, clima no punitivo y coordinación interservicios), los cuales pueden limitar la percepción global de seguridad aun cuando exista disposición individual favorable hacia el cambio.

Una explicación plausible para la ausencia de asociación entre disposición al cambio y cultura de seguridad es que se trata de constructos con distinto nivel de determinación: la disposición al cambio suele capturar una preparación individual (creencias, motivación y autoeficacia medidos por el test de Holt) mientras que la cultura de seguridad refleja prácticas, normas y clima del entorno laboral (equipo, liderazgo, retroalimentación, reporte y coordinación de procesos). En un estudio nacional en asilos y centros de cuidado, Quach et al. (Estados Unidos, 2021) encontraron que la preparación organizacional para el cambio puede comportarse como un punto de palanca para la seguridad, pero también subrayaron que las asociaciones pueden variar según el contexto y la unidad de análisis.⁴⁹ Esto es consistente con lo observado aquí: la disposición al cambio medida a nivel individual no necesariamente impacta la percepción de la cultura cuando persisten barreras organizacionales (por ejemplo, fallas en traspasos y transiciones de los cambios de turno).

Respecto a las diferencias por rol, en esta muestra el personal operativo presentó un puntaje medio menor de cultura de seguridad que el grupo de confianza (3.487 vs. 4.114). Aunque el tamaño del grupo de confianza fue reducido (n=14) y esto limita conclusiones firmes, el gradiente es coherente con hallazgos regionales donde el rol administrativo/directivo tiende a reportar percepciones más favorables en varias dimensiones culturales. En un estudio transversal en Sudamérica, Pedroso et al. (Brasil/Sudamérica, 2023) observaron diferencias por perfil laboral en percepciones de cultura de seguridad, con puntajes relativamente más altos en grupos no operativos en varias dimensiones.⁵⁰ Esto respalda la interpretación de que la experiencia cotidiana del personal operativo (carga de trabajo, interrupciones, presión de tiempo y exposición directa a riesgos asistenciales) puede condicionar una percepción menos favorable de la seguridad hospitalaria.

En términos de implicaciones, el dominio crítico identificado (traspasos e intercambio de información) apunta a intervenciones concretas centradas en procesos organizacionales. En línea con las recomendaciones institucionales para medir y responder a la cultura de seguridad, la *National Action Alliance for Patient and Workforce Safety* (AHRQ, Estados Unidos, 2025) enfatiza que la medición debe acompañarse de planes de respuesta específicos: retroalimentación de resultados a las áreas, liderazgo clínico visible, aprendizaje posterior a eventos adversos y rediseño de procesos donde se detectan debilidades estructurales.⁵¹ Bajo esta lógica, el hallazgo principal de este estudio sugiere que elevar la cultura de seguridad probablemente requiera priorizar intervenciones organizacionales (estandarización de entrega-recepción de pacientes, mecanismos de retroalimentación y aprendizaje, y fortalecimiento del entorno no punitivo), más que depender únicamente de mejorar la disposición individual al cambio actitudinal.

CONCLUSIONES

1. Los resultados de este trabajo no apoyan la existencia de una asociación entre la disposición al cambio individual y la cultura de seguridad del paciente en el personal de la unidad hospitalaria.
2. Siendo la cultura de seguridad del paciente y la disposición al cambio constructos que se construyen en grupos sociales, los resultados de intervención y monitoreo deben analizarse tomando a la organización o a los servicios clínicos como unidades esenciales de medida.

3. El principal hallazgo que apunta a esto es que los peores resultados de la unidad aparecen en los procesos que involucran la comunicación entre diferentes turnos o áreas de adscripción, así como en las brechas jerárquicas de roles detectadas entre las respuestas del personal operativo y el de confianza.
4. Se concluye que mejorar la cultura de seguridad del paciente no debe abordarse con acciones aisladas que impulsen únicamente a los individuos a mejorar o a conectar mejor sus actitudes. Si no existe un rediseño de los procesos operativos y de las transferencias clínicas entre ellos, mejorar la disposición al cambio individual no podrá demostrar su eficacia sistémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lahire B. From the habitus to an individual heritage of dispositions. Towards a sociology at the level of the individual. *Poetics*. 2003;31(5–6):329–355. <https://doi.org/10.1016/j.poetic.2003.08.002>.
- Paicheler G. Norms and attitude change II: The phenomenon of bipolarization. *European Journal of Social Psychology*. 1977;7(1):5–14. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420070102>.
- Thagard P. Explaining social change. In: *Mind–Society: From Brains to Social Sciences and Professions*. New York: Oxford University Press; 2019. p. 3–21.
- Bareil C, Savoie A, Meunier S. Patterns of discomfort with organizational change. *Journal of Change Management*. 2007;7(1):13–24. <https://doi.org/10.1080/14697010701232025>.
- Kiley K, Vaisey S. Measuring stability and change in personal culture using panel data. *American Sociological Review*. 2020;85(3):477–506. <https://doi.org/10.1177/0003122420921538>.
- Judge TA, Thoresen CJ, Pucik V, Welbourne TM. Managerial coping with organizational change: A dispositional perspective. *Journal of Applied Psychology*. 1999;84(1):107–122. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.84.1.107>.
- Ellemers N, van Knippenberg A, Wilke H. The influence of permeability of group boundaries and stability of group status on strategies of individual mobility and social change. *British Journal of Social Psychology*. 1990;29(3):233–246. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1990.tb00902.x>.



- Oreg S. Resistance to change and performance: Toward a more even-handed view of dispositional resistance. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2018;54(1):88–107. <https://doi.org/10.1177/0021886317741867>.
- Oreg S, Sverdlik N. Ambivalence toward imposed change: The conflict between dispositional resistance to change and the orientation toward the change agent. *Journal of Applied Psychology*. 2011;96(2):337–349. <https://doi.org/10.1037/a0021100>.
- Guldenmund FW. The nature of safety culture: A review of theory and research. *Safety Science*. 2000;34(1–3):215–257. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X).
- Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 2007;45(6):653–667. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.003>.
- Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: Guidelines and recommendations. *Quality and Safety in Health Care*. 2005;14(4):231–233. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015180>.
- Salas E, Weaver SJ, Rosen MA, Gregory ME. Team Training for Patient Safety. In: Carayon P, editor. *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety*. 2^a ed. Boca Raton: CRC Press; 2012. p. 627–648. <https://doi.org/10.1201/b11219-44>.
- Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthc Q*. 2008;11(3 Spec No.):10–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2013.19604>.
- Leape LL. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pract*. 1997;3(3):213–222. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1997.00006.x>.
- Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work Stress*. 1998;12(3):293–306. <https://doi.org/10.1080/02678379808256868>.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.
- Vincent C, Davy C, Esmail A, et al. Learning from litigation: the role of claims analysis in patient safety. *J Eval Clin Pract*. 2006;12(6):665–674. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00634.x>.
- Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, Sexton JB, Pham JC, Berenholtz SM. Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*. 2009;119(2):330–337. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729848>.



- Gaba DM. Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*. 2000;43(1):83–102. <https://doi.org/10.2307/41166067>.
- Kotter JP. Leading change: why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*. 1995;73(2):59–67.
- Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*. 2009;4:67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>.
- Grissinger M. Transforming the culture of patient safety in organizations. *P T*. 2010;35(6):308,316.
- Georg S, Görig T, Eichinger M, Hoffmann D, Urschitz MS, De Bock F. Organizational Culture and Readiness for Change in German pediatric outpatient centres. *Eur J Public Health*. 2019;29(Suppl 4):ckz185.660. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.660>.
- Burnett S, Benn J, Pinto A, Parand A, Iskander S, Vincent C. Organisational readiness: exploring the preconditions for success in organisation-wide patient safety improvement programmes. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(4):313–317. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.030759>.
- Mitchell JI. Work life and patient safety culture in Canadian healthcare: connecting the quality dots using national accreditation results. *Healthc Q*. 2012;15(1):51–58. <https://doi.org/10.12927/hcq.2012.22765>.
- Tsao KJ, Browne M. Culture of safety: a foundation for patient care. *Semin Pediatr Surg*. 2015;24(6):283–287. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.005>.
- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 2):ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
- Gutberg J, Berta W. Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:582. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2533-4>.
- Miake-Lye IM, Delevan DM, Ganz DA, Mittman BS, Finley EP. Unpacking organizational readiness for change: an updated systematic review and content analysis of assessments. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:106. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4926-z>.



- Mekonnen M, Bayissa Z. The effect of transformational and transactional leadership styles on organizational readiness for change among health professionals. *SAGE Open Nurs.* 2023;9:23779608231185923. <https://doi.org/10.1177/23779608231185923>.
- Bank L, Jippes M, Leppink J, et al. Are they ready? Organizational readiness for change among clinical teaching teams. *Adv Med Educ Pract.* 2017;8:807–815. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S146021>.
- Vaishnavi V, Suresh M. Assessment of healthcare organizational readiness for change: a fuzzy logic approach. *J King Saud Univ Eng Sci.* 2022;34(3):189–197. <https://doi.org/10.1016/j.jksues.2020.09.008>.
- Lee SH, Phan PH, Dorman T, Weaver SJ, Pronovost PJ. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:254. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>.
- Smith SA, Yount N, Sorra J. Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:143. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2078-6>.
- Azyabi A, Karwowski W, Hancock P, Wan TTH, Elshennawy A. Assessing patient safety culture in United States hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2353. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042353>.
- Tartaglia Reis C, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(9):660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>.
- 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.* 2022;19(21):14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>.
- Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>.



- Flores-González MT, Cruz-León A, Morales-Ramón F. Cultura de seguridad del paciente: percepción del personal de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(1):14–22.
- Santiago-González N, Morales-García D, Ibarra-Cerón M, López-Jacinto E. Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Rev Enferm Neurol*. 2020;18(3):115–123.
- Ramírez de Ángel V, Pérez Castro y Vázquez JA. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2021;19(2):195–203. <https://doi.org/10.35366/100442>.
- Meléndez Mogollón IC, Macías Maroto M, Álvarez González AR. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2020;36(2).
- García Castilla M, Larios-Gómez E. La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la Mujer (SSA) en Puebla. *FACE: Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales*. 2019;19(2).
- Hamui-Sutton A, Pérez-Castro y Vázquez JA, Durán-Pérez VD, et al. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED*. 2015;20(2):54–63.
- Pérez-Castro y Vázquez JA, Rodríguez-Tanguma ED, Recio-España FI. Una visión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales en México. *Rev CONAMED*. 2016;21(3):109–119.
- Tyler ER, Yalden O, Fan L, Ji S, Kirchner J, Yount ND, Sorra J. *Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2024 User Database Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2024 Nov. AHRQ Publication No. 25-0006.
- 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*. 2022;19(21):14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>.
- Quach ED, Kazis LE, Zhao S, et al. Organizational readiness to change as a leverage point for improving safety: a national nursing home survey. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):842. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06772-y>



Pedroso AC, Fernandes FP, Tuma P, et al. Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Quality*. 2023;12(4):e002362. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>

National Action Alliance for Patient and Workforce Safety. Measuring and Responding to Safety Culture Across Healthcare [webinar slides]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 15 abril 2025. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/action-alliance/measuring-safety-culture.pdf> (Accedido 7 de octubre de 2025).

