



**Ciencia Latina**  
Internacional

---

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,  
Volumen 8, Número 1.

**DOI de la Revista:** [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1)

**PERCEPCIÓN POR ENFERMERÍA DE LA  
CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN  
LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS,  
CERETE – CÓRDOBA, 2022**

**NURSING PERCEPTION OF THE CULTURE OF  
PATIENT SAFETY IN HOSPITAL SERVICES,  
CERETE – CÓRDOBA, 2022**

**Julio Cesar Romero Ramos**  
Universidad de Cartagena, Colombia

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.10469](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10469)

## Percepción por Enfermería de la Cultura de la Seguridad del Paciente en los Servicios Hospitalarios, Cerete – Córdoba, 2022

Julio Cesar Romero Ramos<sup>1</sup>

[Julioromero@unisinu.edu.co](mailto:Julioromero@unisinu.edu.co)

<https://orcid.org/0009-0000-7179-9268>

Magister en Enfermería - Universidad de Cartagena

Docente universidad del Sinú Elías Bechara Zainum

Montería. Córdoba

Colombia

### RESUMEN

Introducción: Adoptar una Cultura de Seguridad es prioridad en las instituciones hospitalarias, buscando el mejoramiento de la calidad en atención de la salud, en lo relacionado a la seguridad del paciente, la cual conlleva a la evaluación proactiva y constante de los riesgos asociados a la atención; en enfermería es un reto el trabajo en equipo, en su unidad de trabajo, el apoyo de la dirección y el mantenimiento de la supervisión, la identificación de esto permite establecer acciones para mejorar la cultura en las instituciones; el Objetivo fue identificar la percepción sobre cultura de Seguridad del Paciente, en el personal de enfermería por servicios en un Hospital III Nivel de atención. Cerete Córdoba. La Metodología utilizada fue descriptiva. Contó con 142 participantes, correspondiendo al total del personal de enfermería. Previo consentimiento informado, se identificaron las características sociodemográficas y laborales, mediante “Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales Versión 2.0”. El análisis estadístico descriptivo permitió representar los datos en frecuencias y porcentajes. Los Resultados: La edad promedio de los participantes fue de 35.8 años. El 85.1% eran auxiliares de enfermería, el 14.9% enfermeros, el 86.5% eran género femenino, unión libre predominó con el 42.6%, el 81.1%, técnicos, 79.4% con turnos rotativos, la mayoría 72.3% con contratación a término fijo. La percepción global, es regular, según la calificación dada por el personal 48.2 %, el reporte de eventos de seguridad del paciente el 97.2% lo perciben débil, el 66.7% no ha reportado ningún evento. Por servicios cirugía y pediatría manifiestan las peores percepciones. En Conclusión: La cultura de seguridad del paciente es regular según la percepción del personal de enfermería, caracterizada por debilidades en relación con el área, supervisor, comunicación y reporte de eventos adversos en mayor grado lo consideran una debilidad en los servicios de cirugía y pediatría.

**Palabras claves:** seguridad, enfermería, cultura, paciente, dirección

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [Julioromero@unisinu.edu.co](mailto:Julioromero@unisinu.edu.co)

## **Nursing perception of the culture of patient safety in hospital services, Cerete – Córdoba, 2022**

### **ABSTRACT**

Introduction: Adopting a Safety Culture is a priority in hospital institutions, seeking to improve quality in health care, in relation to patient safety, which leads to the proactive and constant evaluation of the risks associated with attention; In nursing, teamwork is a challenge, in your work unit, the support of management and maintenance of supervision, the identification of this allows establishing actions to improve the culture in the institutions; The Objective was to identify the perception of the Patient Safety culture in the nursing staff for services in a Hospital III Level of care. Cerete Córdoba. The Methodology used was descriptive. It had 142 participants, corresponding to the total nursing staff. After informed consent, sociodemographic and work characteristics were identified using the “Questionnaire on patient safety in hospitals Version 2.0”. The descriptive statistical analysis allowed the data to be represented in frequencies and percentages. The Results: The average age of the participants was 35.8 years. 85.1% were nursing assistants, 14.9% were nurses, 86.5% were female, free unions predominated with 42.6%, 81.1% were technicians, 79.4% with rotating shifts, the majority 72.3% with fixed-term contracts. The overall perception is regular, according to the rating given by the staff, 48.2%, the report of patient safety events is perceived by 97.2% as weak, and 66.7% have not reported any events. For surgery and pediatric services, they show the worst perceptions. In Conclusion: The patient safety culture is regular according to the perception of the nursing staff, characterized by weaknesses in relation to the area, supervisor, communication and reporting of adverse events, to a greater extent they consider it a weakness in the surgery and pediatric services.

**Keywords:** safety, nursing, culture, patient, management

*Artículo recibido 18 enero 2024*

*Aceptado para publicación: 20 febrero 2024*



## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Protección Social en Colombia ha planteado unas directrices tendientes a la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud y diseñar e implementar barreras de seguridad necesarias, por lo que ha definido en su política el programa de seguridad del paciente “como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”(1).

En un centro que brinda una atención en salud prima mantener la cultura de Seguridad del paciente, de lo contrario, pueden ocurrir eventos adversos en salud como fenómenos frecuentes que aumentan la carga de enfermedad para el paciente, la mortalidad y los costos económicos para hospitales y el sistema de salud (2), además otra consecuencia negativa es la falta de confianza que se genera en los pacientes, es por este motivo que se han puesto en marcha desde 1950 y 1960 estudios que han dado cuenta del problema, aun cuando en ese tiempo no se le dio la dimensión que éste supone, esto quiere decir que este no es un tema de hoy, tiene sus antecedentes históricos que demuestran que es un factor fundamental en el buen servicio de salud.

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002 (3), en la que se mostró el alto costo de estos eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante en la vigilancia y mantenimiento del bienestar del paciente. Esta temática ha sido abordada desde finales del siglo pasado, pero sólo a partir del año 2000, con la publicación del libro *Errar es Humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, se dimensionó el impacto de los errores en los procesos de atención en salud (4).

El concepto seguridad del paciente se refiere a la mitigación y disminución de acciones inseguras en el sistema sanitario mediante mejoras en las prácticas clínicas, que certifiquen la obtención de resultados óptimos para el usuario (5).

Así mismo el término cultura de seguridad se refiere a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de

bienestar al sujeto de cuidado (6). Este término abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigente en Colombia, contenido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS); según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad. Se parte de “la conciencia de que las cosas pueden ir mal,” y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde esta óptica, la “cultura de seguridad del paciente”, además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas (7).

La cultura no es una variable constante, pues depende de las características sociodemográficas de los individuos, de la formación y el tiempo de experiencia laboral de los mismos, por lo que ha sido difícil documentar de forma científica. Con este estudio se pretende hacer un aporte significativo a la profesión de enfermería, buscando teorías, modelos, metodologías, sistemas de principios, procedimientos, estrategias, alternativas y conceptos sobre la cultura de seguridad en el paciente para que así se apropien del objetivo y la importancia real de seguir los planes que se han establecido en sus instituciones y que más allá de ser requisito, es una forma de garantizar que todos los procesos se harán de manera correcta, eficiente y eficaz pensando siempre en el bienestar del paciente.

La cultura de seguridad del paciente implica la evaluación constante y el compromiso de quienes la deben practicar, por lo que es necesario brindar una instrucción holística a quienes reciben una formación profesional o técnica en enfermería y una de las intenciones de esta investigación es contribuir a esa formación disciplinar de la enfermería, brindando información orientada a una práctica segura, con el propósito de que reflexionen sobre las mejoras que se podrían llevar a cabo gracias a las pautas tomadas para la prestación adecuada de su labor social. Así mismo, se espera que el personal de enfermería reconozca el impacto que ha traído consigo el reconocimiento de los ideales humanos en las prácticas del cuidado al paciente.

La seguridad está implícita en el acto de cuidar (8) y por ello el equipo de Enfermería es uno de los principales actores en la promoción de la seguridad del paciente, porque si dicho cuidado no se realiza



con calidad, se pueden generar riesgos que atenten contra la seguridad en la atención de salud (9); riesgos que están asociados con la sobrecarga de pacientes, la fatiga laboral, la complejidad del trabajo en equipo, la cultura organizacional, miedo al castigo y falta de análisis sistemático de los errores (10). El personal de enfermería es esencial para mejorar la seguridad de los pacientes, estos representan la fuerza técnico-científica para liderar las iniciativas de la Seguridad de los Pacientes. Desde la enfermería se inicia a instruir sobre la importancia de la seguridad en el paciente y se apropian de esta como su misión profesional, tanto así que existen unas motivaciones éticas, que subyacen a la preocupación por la Seguridad de los pacientes Beauchamp T, Childress J (11).

El personal de enfermería está presente en todas las fases del proceso asistencial, directo e indirectamente en la atención a los pacientes, que tienen el contacto más estrecho con este último durante sus estancias en unidades hospitalarias. En este contexto, existe una necesidad urgente de investigación que describe los factores asociados a los recursos humanos en enfermería, que positiva o negativamente afectan la seguridad del paciente en el contexto hospitalario, con el objetivo de mejorar el direccionamiento y la puesta en práctica de las intervenciones educativas con el fin de mejorar la calidad de la atención y visibilizar su trabajo profesional. (12)

### **Objetivo**

- Identificar la percepción sobre cultura de seguridad del paciente, por servicios en el personal de enfermería del Hospital III Nivel de atención. Cerete Córdoba

### **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, en 142 participantes correspondiente al total del personal de enfermería adscritos a un hospital de III nivel de atención.

Se solicitó aprobación por el comité de ética investigación de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena de Indias. Una vez aceptado, se gestionó el aval en el hospital.

Una vez obtenido el aval por la unidad hospitalaria de salud, se aplicaron los instrumentos de recolección de la información a quienes cumplieran con los criterios, previo consentimiento informado.

Dentro de los criterios de inclusión se contempló al personal de enfermería laborara en los diferentes servicios asistenciales que tuviese más de tres meses trabajando en la institución de salud y que aceptara

participar de forma voluntaria en el estudio se consideraron todos los turnos de forma rotativa: mañana, tarde, corrido, y nocturno.

La información fue recolectada aplicando los instrumentos de forma manual a cada participante, una encuesta sociodemográfica y laboral, que consta de ocho ítems con información sobre edad, estado civil, nivel educativo, experiencia laboral, servicio en el que labora, turnos de trabajo en la institución y tipo de vinculación a la institución. Así como, para medir la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la cultura de la seguridad del paciente se utilizó el Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0), publicada en 2019, por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) (13), que consta de 40 preguntas. De los ítems contenidos en este instrumento 21 de ellos están redactados en forma positiva: (A1, A2, A4, A8, A10, A12, B1, B3, C1, C2, C3, C4, C5, C6, D1, D2, D3, E1, F1, F2, F6, y 13 ítems redactados de forma negativa: (A3, A5, A6, A7, A9, A11, A13, A14, B2, C7, F3, F4, F5).

El cuestionario emplea 5 opciones de respuesta que van de muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Ha sido validado en diferentes países y cuenta con un Alfa de Cronbach que varía de 0.67 a 0.70 (14). Así mismo está estructurado con 8 dimensiones (A,B,C,D,E,F,G,H) comprendidas en 39 ítems que evalúan; Dimensión A Su unidad/área de trabajo (catorce ítems), Dimensión B Su supervisor, director o jefe clínico (tres ítems), Dimensión C comunicación (siete ítems), Dimensión D Reporte eventos de seguridad del paciente (tres ítems), Dimensión E Calificación de la seguridad del paciente (un ítems), Dimensión F Su hospital (seis ítems), Dimensión G Preguntas generales (cuatro ítems), Dimensión H Sus comentarios (un ítems) Las dimensiones A, B y F son evaluadas según escala tipo likert de cinco respuestas posibles que van de 1 a 5, en donde 1 corresponde a la calificación Muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 muy de acuerdo. La dimensión C y la primera parte de la D son evaluadas según escala tipo likert de cinco respuestas posibles que van de 1 a 5, en donde 1 corresponde a Nunca, 2 a Rara vez, 3 a Algunas Veces, 4 la mayoría de las veces y 5 siempre; la segunda parte de la dimensión D y G consta de preguntas con opción múltiple de única respuesta; la dimensión E es evaluada según escala tipo likert de cinco respuestas posibles que van de 1 a 5, donde 1 corresponde a Mala, 2 Regular, 3 Buena, 4 Muy buena y 5 Excelente; y por último la



dimensión H es una pregunta abierta, que invita a que el participante opine acerca de percepción del servicio.

Para clasificar una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.
- Para clasificar un ítem o una dimensión como oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos.
- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Para el procesamiento de los datos se realizó una base de datos en Excel 2013, en donde se incluyeron los datos obtenidos. Para el análisis de la información se utilizó un paquete estadístico SPSS versión 22, bajo licencia IBM que permitió analizar estadísticos descriptivos en frecuencias y porcentajes.

Para el estudio se establecieron los lineamientos éticos según la resolución 008430 de octubre 4 de 1993, por ser un estudio que involucró seres humanos, prevaleció el respeto a la dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar (15). En lo que respecta al consentimiento se toma en cuenta lo que estipula la declaración de Helsinki de 1975 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (16).

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

De acuerdo al cargo que desempeñan 85.1% (120) son auxiliares de enfermería y el 14.9% (21) enfermeros; de acuerdo al sexo el 86.5% (122) fueron de género femenino; los participantes mostraron una edad promedio de 35.8 años; en relación al estado civil el 42.6% (40) viven en unión libre; y su nivel educativo el 85.1% (120) son técnico, el 14.2% (20) son universitarios (Tabla 1).



**Tabla 1.** Características sociodemográficas.

<b>Cargo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermero	21	14.9
Auxiliar de enfermería	120	85.1
<b>Genero</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	19	13.5
Femenino	122	86.5
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltero	40	28.4
Casado	26	18.4
Separado	6	4.3
Viudo	9	6.4
Unión libre	60	42.6
<b>Nivel educativo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Técnico	120	85.1
Universitario	20	14.2
Diplomado	0	0
Especialización	1	0.7
Maestría	0	0
Otro	0	0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### **Características laborales**

La experiencia laboral del personal fue de 11.3 años. En cuanto las áreas asistenciales que laboran: urgencias 31.9% (45), hospitalización 29.1% (41), unidad de cuidados intensivos 28.4% (40), cirugía 7.1% (10) y pediatría 3.5% (5); en la programación de turnos de trabajo se observa que el 79.4% (112) son rotativos; el 18.4% (26) labora en mañanas; el 2.1% (3) en tardes, en cuanto al número de horas laboradas se encontró una media de 48 horas; en cuanto al tipo de contrato laboral el 72.3% (102) con contrato a término fijo y el 27.7% (39) a término indefinido (Tabla 2).

**Tabla 2.** Características laborales

<b>Servicio que labora</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hospitalización	41	29.1
Cirugía	10	7.1
Uci	40	28.4
Urgencia	45	31.9
Pediatría	5	3.5
<b>Turnos de trabajo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mañana	26	18.4
Tarde	3	2.1
Noche	0	0
Rotativo	112	79.4
<b>Tipo de vinculación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Término indefinido	39	27.7
Término fijo	102	72.3

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### **Cultura de la seguridad a nivel global**

La percepción de cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería fue calificada como regular con un 48.2 % (68); mala por un 29.07% (41); buena el 24,1% (34), (tabla 3).

**Tabla 3.** Grado de cultura de seguridad del paciente, por personal de enfermería.

<b>Calificación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mala	41	29.07
Regular	68	48.2
Buena	34	24.1
Muy buena	0	0
Excelente	0	0
Total	141	100

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### **Percepción de cultura de seguridad del paciente, relacionado al número y frecuencia de eventos reportados**

La cultura de seguridad del paciente, en cuanto a la frecuencia y número de accidentes estudiados en el último año por enfermería, el 66.7% (94) no ha reportado, el 19.9% (28) de 1 a 2 eventos, el 8.5% a (12) de 3 A 5 eventos, el 4.3% (6) de 6 a 10 eventos y el 0.7% (1) ha reportado 11 o más eventos Tabla4

**Tabla 4.** Percepción de cultura de seguridad del paciente, relacionado al número y frecuencia de eventos reportados.

Eventos reportados	N	%
Ninguno	94	66.7
1 a 2	28	19.9
3 a 5	12	8.5
6 a 10	6	4.3
11 o mas	1	0.7
Total	141	100

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### Cultura de seguridad del paciente por dimensiones en el hospital.

Al evaluar la percepción de cultura de seguridad del paciente, se identificó que en mayor grado la consideran una debilidad por el 100% (141), todas las dimensiones de la cultura de seguridad mostraron oportunidad de mejora en su orden las peor evaluadas fueron: reportar eventos de seguridad del paciente en el 97.2% (137); su unidad / área de trabajo en el 91.5% (129); su hospital en el 89.4% (126), con menores promedios las dimensiones: su supervisor, director o jefe clínico y la comunicación en seguridad del paciente el 70.2% (99) mostraron debilidad (Tabla 5).

**Tabla 5.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por dimensiones en el hospital

Dimensiones	Debilidad	%	Fortaleza	%
Su unidad / área trabajo	129	91,5	12	8,5
Su supervisor, director o jefe clínico	99	70,2	42	29,8
Comunicación	99	70,2	42	29,8
Reportar eventos de seguridad del paciente	137	97,2	4	2,8
Calificación de la seguridad del paciente	141	100	0	0,0
Su hospital	126	89,4	15	10,6

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### Percepción de cultura de seguridad del paciente por dimensiones en los servicios hospitalarios

#### Dimensión su unidad/área de trabajo:

En todas las unidades la cultura de seguridad se percibe con debilidad, siendo peor evaluada por los participantes de los servicios de cirugía y pediatría por el 100% (15) y el servicio de hospitalización en el 95.1% (39); seguido de urgencias en el 93.3% (42) con menos debilidad UCI por el 82.5% (33) (Tabla 6).

**Tabla 6.** Percepción de cultura de seguridad del paciente, por servicios en Su unidad / área de trabajo.

SERVICIOS	Debilidad	%	Fortaleza	%
Hospitalización	39	95,1	2	4,9
Cirugía	10	100	0	0,0
UCI	33	82,5	7	17,5
Urgencias	42	93,3	3	6,7
Pediatría	5	100	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

Al trabajo en equipo y presión y ritmo de trabajo las mayores debilidades guardan relación con que el personal de esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente en el 73%(103) y manifiestan que en esta unidad el personal no es suficiente para el trabajo en el 76,6% (108) y dependen mucho de personal flotante en el 74.5% (105),

Se perciben más fortalezas relacionadas, al trabajo en equipo de manera eficiente en un 60.3% (85), así mismo en cuanto a la ayuda mutua 61,7% (88), y para el 56% (79) no se evidencian problemas relacionados a comportamiento irrespetuoso (Tabla 7).

En lo relacionado al aprendizaje organizativo y mejoras continuas se encuentran menos debilidades en relación a que sienten que sus errores son considerados en su contra en el 63,3% (79). Con menores promedio, el 53,2% (75) del personal perciben como debilidad la introducción de cambios para mejorar la seguridad de los pacientes y evaluar qué tan efectivos fueron (Tabla 7).

En cuanto a la respuesta a los errores: Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema en un 68,8% (97) mostro debilidad, y fue débil para el 69,5% (98) que falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente (Tabla 7).

**Tabla 7.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por ítems, en su unidad / área de trabajo.

Ítems	Fortaleza	%	Debilidad	%
En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente	85	60,3	56	39.7
En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	33	23,4	108	76.6
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	38	27,0	103	73

Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente	62	44,0	79	56.0
Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN	36	25,5	105	74.5
En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra	53	37,6	79	63.3
Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema	44	31,2	97	68.8
Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente	88	61,7	53	38.3
Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad	79	56,0	62	44
Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa	69	48,9	72	50.1
El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente	64	45,4	77	54.6
En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron	66	46,8	75	53.2
En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	43	30,5	98	69.5
Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo	63	44,7	78	55,3

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### **Dimensión su supervisor, director o jefe clínico:**

El apoyo que dan los supervisores para la seguridad del paciente, fue peor evaluado en el servicio de pediatría mostrando debilidad por el 100% (5) del personal; le siguen los servicios de urgencia en el 86.7% (39); su labor es percibida con menor debilidad en los servicios de hospitalización en el 65.9% (27); los servicios que mostraron mejor percepción de cultura de seguridad por el supervisor fueron

cirugía y UCI, que para el 60% (6) de los participantes de cirugía fue débil y en UCI el 55% (22) (tabla 8).

**Tabla 8.** Percepción de cultura de seguridad del paciente, por servicios en Su supervisor, director o jefe clínico

SERVICIOS	Debilidad	%	Fortaleza	%
Hospitalización	27	65,9	14	34,1
Cirugía	6	60,0	4	40,0
UCI	22	55,0	18	45,0
Urgencias	39	86,7	6	13,3
Pediatría	5	100	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

Como líder en consolidar la seguridad en la atención en salud el supervisor es percibido con igualdad en fortalezas y debilidades, dado que para el 53.2 % (75) del personal sus sugerencias son consideradas, fortaleza y para el 46.8% debilidad, con respecto al ritmo de trabajo requerido por el jefe el 51,1% (72) lo percibe como fortaleza, y el 48.9% (69) como debilidad; para el 57.4% (81) del personal, su supervisor tiene fortalezas en tomar medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados y para 42.6% (60) es una debilidad (Tabla 9).

**Tabla 9.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por ítems, en Su supervisor, director o jefe clínico.

Ítems	Fortaleza	%	Debilidad	%
Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente	75	53,2	66	46.8
Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	72	51,1	69	48.9
Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente	81	57,4	60	42.6

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### Dimensión comunicación

La comunicación acerca de los errores sobre la seguridad del paciente por el personal de enfermería , se observó débil, por servicios en pediatría correspondiendo al 100% (5) fue el peor resultado; le siguen los del servicio de urgencias donde el 86.7% (39) la percibe débil con mejores promedios, los funcionarios de los servicios de hospitalización en el 68.3% (28); los servicios de cirugía en 50%y el de UCI perciben en esta dimensión con menor debilidad en el 55% (77), UCI semejante a cirugía en el 50% (5) (Tabla 10).

**Tabla 10.** Percepción de cultura de seguridad del paciente, por servicios en la comunicación.

Servicios	Debilidad	%	Fortaleza	%
Hospitalización	28	68,3	13	31,7
Cirugía	5	50,0	5	50,0
UCI	22	55,0	18	45,0
Urgencias	39	86,7	6	13,3
Pediatría	5	100	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

En relación a este aspecto, se resalta más fortalezas en comparación con otras dimensiones, en la información sobre los errores que se cometen en la atención en salud, en un 61% (86), se informa sobre errores en 57,4% (81), en cuanto a la escucha por parte de la autoridad de las preocupaciones del personal con relación a la seguridad del paciente lo promedios entre fortalezas y debilidades son similares, siendo fortaleza para el 49.6% (70) y debilidad 50,4% (71) (Tabla 11).

La comunicación y receptividad se encontró con menores promedios como debilidades, se aprecia que el personal no recibe información, con respecto a los cambios que se hacen cuando ocurre un evento adverso, con un 54.6% (77), (64); así mismo el personal manifiesta tener miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien, con respecto a la seguridad del paciente, con un 55.3% (78), (63) (Tabla 11).

**Tabla 11.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por ítems, en la comunicación.

Ítems	Fortaleza	%	Debilidad	%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	81	57,4	60	42,6
Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir	86	61,0	55	39

En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos	64	45,4	77	54.6
En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	79	56,0	62	44
Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice	75	53,2	66	46.8
Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	70	49,6	71	50,4
En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	63	44,7	78	55.3

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

### Dimensión reportar eventos de seguridad del paciente

Fue de las peores evaluada, con un 97.2% de respuestas negativas, así mismo al verificar los datos obtenidos por servicio es percibida como débil por la mayoría de estos; obteniendo del personal de cirugía, pediatría y hospitalización los peores resultados, correspondiendo al 100% (46); seguido por urgencias con un 97.8% (44) como debilidad y finalmente en UCI el 92.5% (37) como debilidad (Tabla 12).

El informe de los sucesos concernientes con la seguridad del paciente acerca de la frecuencia con que se reportan los errores y se corrigen antes que afectan al paciente el 52.5% perciben como debilidad, la frecuencia con que se reporta un error que afecta al paciente y pudo haberle causado daño el 47.5% lo percibe débil, se evidencia que no hay mucha diferencia entre las respuestas positivas y negativas.

**Tabla 12.** Percepción de cultura de seguridad del paciente, por servicios, en el reporte de eventos adversos.

Servicios	Debilidad	%	Fortaleza	%
Hospitalización	41	100,0	0	0,0
Cirugía	10	100,0	0	0,0
UCI	37	92,5	3	7,5
Urgencias	44	97,8	1	2,2
Pediatría	5	100,0	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.



## Dimensión su hospital

En este aspecto por servicios se observó pobre cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería al observar predominio de debilidad en pediatría que correspondió al 100% (5); le sigue el de urgencia con el 95.6% (43); para los que laboran en cirugía el 90% (9) es una debilidad; en hospitalización el 87.8% (36) y en UCI en el 82.5% (33) (Tabla 14).

**Tabla 14.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por servicios en su Hospital.

Servicios	Debilidad	%	Fortaleza	%
Hospitalización	36	87.8	5	12.2
Cirugía	9	90.0	1	10
UCI	33	82.5	7	17.5
Urgencias	43	95.6	2	4.4
Pediatría	5	100,0	0	0,0

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

De acuerdo a la percepción del personal, se observan debilidades en el apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente , mantener acciones administrativas del hospital ante la seguridad del paciente como una prioridad para el 68.8% (97) es una debilidad; la administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso para el 67.4% (95) es una debilidad; para el 63.8% del personal la administración no proporciona los recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente (tabla 15).

En las transferencias e intercambio de información se observa que con frecuencia durante los cambios de turno y al transferir paciente de una unidad a otra se omite o se pierde información valiosa para el cuidado paciente por el 63,8% (90) es una debilidad (Tabla 15).

**Tabla 15.** Percepción de cultura de seguridad del paciente por ítems en su hospital.

Ítems	Fortaleza	%	Debilidad	%
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.	44	31,2	97	68.8
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	51	36,2	90	63.8

3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso	46	32,6	95	67.4
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante	51	36,2	90	63.8
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente	61	43,3	80	56.7
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente	74	52,5	67	47.5

Fuente: encuestas realizadas a personal de Enfermería. Cerete – Córdoba. 2022.

## DISCUSIÓN

Enfermería es líder del escenario asistencial, que regula y controla la atención a los usuarios, por su contacto más estrecho entre paciente, familia y entorno, durante las estancia del paciente en cualquier unidad hospitalarias y donde se aplica el programa de seguridad del paciente para garantizar una atención en salud de forma segura, en este contexto la presente investigación encontró que la percepción global del personal de enfermería frente a la cultura de seguridad del paciente, fue calificada en mayoría como regular por el 48,2% y buena el 24,1%, se encontraron mayores debilidades en las dimensiones su unidad/ área de trabajo, reporte de eventos adversos y su hospital, en los servicios de pediatría, urgencias y cirugía.

Comparables a los hallazgos de Aladrén E (17) en su hospital la cultura era mayoritariamente “Aceptable” (54,1%) y “Pobre” (34,6%). Se observaron diferencias significativas en las secciones de: “área/unidad de trabajo”, “jefe/supervisor” y “comunicación” y no en el resto, se concluye que no estaban formados sobre el tema, no se identificaba la seguridad del paciente como prioritaria para evitar y prevenir eventos adversos. López V (18) reporta resultados similares ya que obtuvo un 58% de respuesta positiva lo que le permitió considerar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos, Contrario a estos resultados Camacho D (19) evidencia la valoración global de seguridad del paciente como fortaleza en 45%, el 20% como debilidad y 35% como neutral. También en el estudio de Burbano A (20), con diferencias el 50,5% del personal de enfermería consideran que el grado de seguridad de su

área de trabajo es bueno, muy bueno en un 32,7% y 6,32% como regular y 2,87% como malo. el estudio de Palencia C (21), encuentra el 75% de los participantes piensan que las seguridades del paciente en general en su área/servicio es excelente o muy bueno.

Una cultura de seguridad sólida demanda liderazgo, trabajo en equipo, responsabilidad, comprensión, integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, conciencia de que la sobrecarga asistencial puede aumentar el riesgo y una organización que aplauda las buenas prácticas, promueva la formación, favorezca el diálogo, evite las relaciones de autoridad y garantice sistemas y procedimientos seguros (21,22,23).

A finales del siglo XX, la evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha vuelto más importante. Debido al aumento de las demandas de salud, con el constante aumento de los costes y limitación de recursos tanto asistenciales como administrativo; por tanto, hay mayor exigencia por parte del usuario en lo que respecta a su atención (24).

En lo que respecta a las características sociodemográficas y laborales del personal encuestado, se observó que en mayoría son auxiliares de enfermería de sexo femenino, caso similar a los hallazgos de Estévez J (25), en donde el 40.6% son auxiliares de enfermería, y 75% de los participantes fueron de este mismo género; así como en la investigación de Villegas A (26) en la cual los auxiliares superan en participación a los profesionales con un 33,3%, el 83,9% de mujeres. En la investigación de Gómez O (27), se aprecia una mayor homogeneidad en esta proporción, debido a que el 45,3% fueron auxiliares y 54,7% profesionales en enfermería.

En relación al nivel educativo de los participantes se encuentran datos similares en que la mayoría son técnicos, 14% universitarios con el estudio de Celedón T (62), la mayoría de los participantes eran Técnicos en el 35%; Estévez J (25), aprecia datos contrarios, en el cual 50% son universitarios, seguidos del 40.6% de técnicos y 9.4% son especialistas. El tipo de vinculación que predominó fue contrato a término fijo. Igualmente, Palencia C (21), informa que el 73% de los participantes pertenecen a colaboradores contratados a través de prestación de servicios, un 19% pertenecen a una cooperativa y un 5% representa a otros que entre ellos se encuentran los tercerizados y solo un 3% personal nombrado a término indefinido.

Por servicios los participantes en mayoría se encuentran laborando en el área de urgencia, le sigue en hospitalización, en menor grado en UCI y cirugía, y mínimo en pediatría, la mayoría realiza turnos rotativos, datos contrarios al estudio de Castañeda S (28), en mayoría los encuestados en el 25,3% se desempeñan en el servicio de hospitalización de adultos y pediatra, el 11,8% en el servicio de urgencia. La percepción de cultura de seguridad del paciente, por el número y frecuencia de eventos reportados, en un año la mayoría no los reportan, el 19,9% el personal en el último año realizó el reporte de 1 a 2 eventos, similar al estudio de Burbano (20), en cual se observa que el 62,6% de la población no realizó ningún reporte de incidentes durante el año anterior, describe que el 25,86% realizó entre uno y dos reportes. De igual manera el estudio de Palencia C (58), reporta que el 45% no realizó ningún reporte. El 31% realizó de 1 a 2 reportes.

Con relación a la notificación de los eventos de obligatorio cumplimiento por parte del personal sanitario, lo que conduce a un análisis del caso y con ello y plan de mejora en donde se socializa con el personal involucrado y el servicio en general para que no vuelva a ocurrir, y se establecen conducta a seguir, para disminuir la accidentalidad en los usuarios (29). En cuanto a la cultura de reporte del error por parte del personal, no es constata el informe oportuno y las medidas preventivas para disminuir la accidentalidad causada diariamente en un servicio de salud, lo que dificulta el análisis correspondiente de casos (30).

La notificación o el reporte oportuno de los eventos o incidentes, permite crear barreras de seguridad y acciones de mejora, con el fin de prevenir y disminuir la ocurrencia de errores que afectan la seguridad del paciente. La estrategia de seguridad, propende porque las instituciones y profesionales de la salud sean más diestros ante la identificación de los errores más frecuentes acontecidos en los procedimientos de atención, dándoles un debido proceso ante su gestión y prevención, instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente (31).

El interés de motivar el realizar los reportes de eventos adversos tiene como propósito el conocer su ocurrencia y el establecer estrategias preventivas que minimicen su ocurrencia (32). Como lo menciona Vargas L (33), en su estudio donde encontró desconocimiento del manejo del reporte del evento y el uso oportuno de las herramientas tecnológicas para ello.

Al explorar las dimensiones que posicionan la seguridad como un objetivo que permite mantener una cultura en la institución de salud se pudo, evidenciar que el personal de este hospital encuentra debilidades en su unidad/área trabajo, siendo peor evaluada en los servicios de cirugía, pediatría hospitalización; seguido de urgencias y UCI en su mayoría manifiestan que no se cuenta con personal suficiente para hacer el trabajo, lo cual repercute en horas extras y sobrecarga laboral, y se ve reflejado en el sentir, al manifestar que trabajan más horas de las adecuadas para el cuidado del paciente. Se encuentran semejanzas con el estudio de Varón G. (34), en el cual se describe que el 50% del personal, no cuenta con el personal suficiente para realizar las labores.

Datos contrarios se evidencian en el estudio de Álvarez S (32), en el cual reporta 68% de respuesta positivas siendo esto una fortaleza, y el estudio de Ramos F (35), en el cual manifiestan los participantes que reciben apoyo por parte de sus compañeros cuando alguien está sobrecargado. De Henao K (36), en las áreas de la institución perciben no estar coordinadas entre sí, el 75%, lo considera como debilidad, ya que solo 5% dijo que sí; Como menciona Huitzi J (37), quien ha explorado la asociación entre la carga laboral para la calidad de atención prestada a los usuarios que deja en evidencia que enfermería tiene un alto desgaste en la prestación de sus servicios

Contrario a López V (18). que demuestra en sus resultados el beneficio obtenido de la atención prestada por enfermería conllevado una buena práctica para las enfermeras en su profesión, contrario a este estudio Núñez E. (38), Con mejores promedios, el 68,80% observó en la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio oportunidades de mejora en el trabajo en equipo, aprendizaje organizacional/mejora continua en el 61.43%,

Evaluaron el apoyo del supervisor como débil en mayor grado en el servicio de pediatría y urgencias, dado que sus sugerencias son consideradas para el 46.8% una debilidad, con respecto al ritmo de trabajo requerido por el jefe para el 51,1% es débil, contrario a los hallazgos de Salazar A (39), encontró el trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, 82,94%, así mismo las dos dimensiones que puntuaron más bajo son: respuesta no punitiva a los errores 46,25%, franqueza en la comunicación 45,38%.

El apoyo brindado por la gerencia a la cultura de la seguridad fue débil, porque el aprendizaje organizacional dado por mejoras continuas se identifica con una proporción de 68,8%, en cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente mostro oportunidad de mejora en el 63% de los

participantes, contrario a el presente estudio Álvarez S (32), percibe en un 77.9% respuestas positivas, con respecto a estas acciones para mejorar la seguridad del paciente.

La comunicación sobre errores en la atención en los diferentes servicios fue débil, muy marcada en el de pediatría, y urgencias, además como debilidades, se aprecia que el personal no recibe información, con respecto a los cambios que se hacen cuando ocurre un evento adverso, así mismo el personal manifiesta tener miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien, con respecto a la seguridad del paciente, diferente a lo evidenciado en estudios que informan que la comunicación es una fortaleza, ya que resalta el empoderamiento y respaldo de los administrativos en este tema, aspecto imperativo en la promoción de la comunicación efectiva (30, 32, 33).

Castañeda S (28), describe como positivo la percepción del 66,2% de participantes que reciben reconocimiento por parte de los superiores cuando se trabaja de conformidad con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente; además identifican debilidades en las dimensiones de respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal, apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente y problemas en los cambios de turno y en las transiciones entre unidades y servicios. Similar al estudio realizado por Bruno A (40), en cual el 48.2% de la población encuestada percibe que los errores que se cometen pueden ser usados en su contra, cifra que es bastante significativa y que claramente obstaculiza el debido proceso ante incidentes o eventos ocurridos.

Los errores en la comunicación interpersonal y con el paciente son el factor contribuyente más frecuentemente observado cuando se analizan los eventos adversos sucedidos (41). Es por eso que se hace importante, que el personal logre conocer las instrucciones y protocolos de seguridad del paciente y así disminuir las equivocaciones que pueden ser provocadas por el desconocimiento y la poca apropiación de estas.

En este aspecto, otros autores reportan en sus hallazgos fortalezas como Palencia C (21), observa en 77% de los encuestados que estimó un hospital que cuenta con procesos de retroalimentación, que permiten conocer la ocurrencia, frecuencia, tratamiento y seguimiento a los errores cometidos por el personal en la atención al paciente, el estudio de Gómez O (42) en lo que se refiere a coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente encuentra aspectos positivos.

El apoyo de la administración en los diferentes servicios es percibido con debilidades, Salazar A (39) en su estudio observa que, con respecto, al apoyo de la administración para la seguridad del paciente obtuvo una tasa desfavorable del 48.3% a nivel global, con respecto a las expectativas que tiene el personal encuestado y las acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes se obtuvo una tasa del 63,9%.

Al evaluar la calificación de la seguridad del paciente por servicios es percibida como debilidad por la mayoría del personal encuestado; similar al estudio de Álvarez S (32), donde reporta el 46% de respuestas negativas y al estudio de Chávez G (43), en el cual refiere que la tasa global de respuestas positivas alcanzado en esta dimensión es del 52.1%.

Finalmente, una de las fortalezas evidenciadas en este estudio es ser pionero en la costa colombiana en medir la percepción de la cultura de seguridad del paciente por servicios, explora las percepciones por dimensiones, su detección permitirá mitigar sus consecuencias, lo que precisa el desarrollo de sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de riesgos, aspecto que mostró muchas debilidades.

### **Limitaciones**

Los resultados del presente estudio no evidencian una relación clara entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos.

### **CONCLUSIONES**

La percepción del personal de enfermería en el hospital en relación al proceso de construcción de una cultura de seguridad del paciente a nivel global fue regular, con debilidades se aprecia en número y frecuencia el reporte de eventos adversos y en el logro de la apropiación de buena práctica en los servicios de pediatría, urgencias y cirugía donde mostro más falencias.

La atención segura es el producto de seguimiento institucional para el desarrollo de una cultura de seguridad mostraron muchas debilidades en el hospital y el apoyo de la gerencia, en cada servicio y en el reporte de eventos adversos, lo que implica un gran compromiso desde el personal administrativo de la institución, ya que de ellos depende crear e impulsar esta estrategia.

Se observó la dimensión de reporte de eventos adversos débil en todos los servicios de atención a pacientes, se evidencia en lo que se refiere al número y frecuencia de eventos reportados en los últimos

12 meses por el personal de enfermería. Son situaciones que ameritan acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores.

Las dimensiones percibidas que mostraron más compromiso fueron el apoyo de la supervisión y la comunicación acerca de los errores por el personal de enfermería que favorecen la atención segura en salud.

En la institución se ha iniciado una cultura de la seguridad, falta implementar acciones desde

La dirección y de los servicios que generan confianza y credibilidad para que garanticen la seguridad del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Ministerio de salud Nacional. Seguridad del paciente. 2020; Bogotá. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
2. Arias J, Arias R. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. CES Med. 2017; 31(2): 180-191. (Consultado junio 23 de 2019). Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Alvarado O. la seguridad del paciente. Herrar es de humanos. Rev. Peruana de cardiología, 2015; 85-86. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v31\\_n2/pdf/a01.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v31_n2/pdf/a01.pdf)
5. Guía técnica: lista de verificación de la seguridad de la cirugía (RM 308- 2010/MINSA), Ministerio de Salud 2010. (Consultado noviembre 19 de 2020). Disponible en:



[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390971/Gu%C3%ADa\\_t%C3%A9cnica\\_de\\_implementation%C3%B3n\\_de\\_la\\_lista\\_de\\_verificaci%C3%B3n\\_de\\_la\\_seguridad\\_de\\_la\\_cirug%C3%A9a\\_Da\\_R.M.\\_N%C2%BA\\_1021-2010MINSA\\_20191017-26355-ao5fjl.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390971/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_de_implementation%C3%B3n_de_la_lista_de_verificaci%C3%B3n_de_la_seguridad_de_la_cirug%C3%A9a_Da_R.M._N%C2%BA_1021-2010MINSA_20191017-26355-ao5fjl.pdf)

6. Alligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20: 338-43. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en: [%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf](#)
7. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá 2017. (Consultado junio 26 de 2020). Disponible [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
8. Lima F, Souza NPG, Freire de Vasconcelos P, Aires de Freitas CH, Bessa Jorge MS, De Souza Oliveira AC. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. 2014. 13(35). 293-309. (Consultado diciembre 19 de 2020). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412014000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Urbina O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. 1999. 27(3). 239-47. (Consultado diciembre 19 de 2020) Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27\\_3\\_11/enf08311.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_3_11/enf08311.htm)
10. Roqué M, Macpherson I. Un análisis de la ética de los principios, 40 años después. *Rev. Bioét.* 2018; 26 (2): 189-197. (Consultado noviembre 19 de 2020). Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198380422018000200189&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198380422018000200189&script=sci_arttext&tlng=en)
11. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. 2011; 17 (64): 2. (Consultado noviembre 19 de 2020). Disponible en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_agronomia/Produccion\\_Animal/Produccion\\_Animal/Bioetica.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf)
12. Oliveira R, Leitao I, Aguiar L, Oliveira A, Gazos D, et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2015; 49(1):104-13 (Consultado noviembre 19 de 2020). Disponible en:



[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342015000100104&lng=en&nr\\_m=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000100104&lng=en&nr_m=iso&tlng=en)

13. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. 2019. Cuestionario sobre la seguridad del paciente en los hospitales (Versión 2.0). (Consultado 19 feb de 2021). Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
14. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. 2019. Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales 2.0: Preguntas y mediciones compuestas. (Consultado 19 de febrero 2021). Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Hospital%20Survey%20on%20Patient%20Safety%20Culture%20Version%202.0%20Items%20and%20Composite%20Measures%20Spanish.pdf>
15. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución número 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Consultado abril 26 de 2021). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
16. Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial. Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos. 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000. (Consultado abril 26 de 2021). Disponible en: <http://www.spo.com.pe/wp-content/uploads/2020/01/HELSINKI2000.pdf>
17. Aladrén E, Cruz M, Paul A, Merino D, González D. Percepción de los profesionales sanitarios acerca de la cultura de seguridad en distintos servicios de pediatría hospitalaria. *Metas Enferm* mar 2021; 24(2):16-22. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081711>
18. López V, et al. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. (Trabajo de grado). Universidad del Rosario. Bogotá. 2016. (Consultado abril 26 de 2021). Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
19. Camacho D, Jaimes N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev. cuba. enferm.* 2018; 34 (1): (Consultado abril 13 de octubre del 2021). Disponible en:



<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>

20. Burbano A, Romero A, Romero L, Ramos M. Medición de la percepción de cultura de seguridad del paciente en una IPS de primer nivel en Bogotá, Colombia. 2020. Bogotá. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en:  
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/34736/MEDICION%20DE%20LA%20OPERCEPCION%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACENTE%20EN%20COLABORADORES%20DE%20UNA%20IPS%20DE%20BOGOTA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
21. Palencia C, González N, Salamanca L. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de segundo nivel, Cundinamarca 2018. Universidad Cooperativa de Colombia. (Consultado 8 febrero del 2022). Disponible en:
22. República de Colombia Ministerio. de la protección social. Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente. 2010. Colombia. (Consultado diciembre 19 de 2020). Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
23. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Promoción de la cultura de seguridad del paciente Ministerio de Sanidad. 2015 - 2020. La Prevención de los eventos adversos. La Cultura de la Seguridad. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
24. Brum A, Nunes P, Fernández M, et al. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Rev. Enfer UFPE. 2015; (3): 7741-5. (Consultado 05 marzo del 2022).
25. Estévez J, Jiménez L, Silva M. Percepción de la cultura de Seguridad del Paciente de una Institución prestadora de Servicio de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga. 2017. (Trabajo de grado) (Consultado febrero 04 del 2022).
26. Villegas A, López I, Villa L. Percepción del personal de la salud sobre la cultura de seguridad del paciente en una Institución de segundo nivel de atención de Medellín durante el segundo semestre de 2015. (Trabajo de grado) (Consultado abril 13 de octubre del 2021). Disponible en:



[http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4289/1/Percepcion\\_Personal\\_Salud.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4289/1/Percepcion_Personal_Salud.pdf)

27. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E. cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Rev. Cienc. enferm. 2017; 17 (3): 97-111. (Consultado noviembre 19 de 2020). (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)
28. Castañeda S. Clima de seguridad del paciente Hospital General de Medellín. Universidad de Antioquia. Medellín 2015. (Trabajo de grado) (Consultado abril 13 de octubre del 2021). Disponible en: <file:///C:/Users/Julio%20Romero/Downloads/clima-de-seguridad-del-paciente.pdf>
29. República de Colombia. Ministerio De La Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia Bogotá, 2008. (Consultado 05 marzo del 2022). Disponible en: [file:///C:/Users/Julio%20Romero/Downloads/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Julio%20Romero/Downloads/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA%20(1).pdf)
30. Weaver S, Lubomksi L, Wilson R, Romero E, Martinez K, et al. Promoción de una cultura de seguridad como estrategia de seguridad del paciente, 2013. (Consultado 05 marzo del 2022). Disponible en doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002
31. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza. (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
32. Álvarez S. Cultura de Seguridad del Paciente en personal asistencial del Hospital Universitario Nacional de Colombia universidad nacional 2019. (Tesis de maestría final) (Consultado febrero 04 del 2022). Disponible en: <file:///C:/Users/Julio%20Romero/Downloads/TESIS%20MAESTR%C3%8DA%20FINAL.pdf>
33. Vargas L, Zarate R. Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”. Rev Enfer Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25 (3): 227-32. (Consultado abril 04 de marzo del 2022).



34. Varón G, Orósteguiduica L, Manjarrez B. Caracterización de la cultura de seguridad del paciente en las salas de cirugía de la clínica la milagrosa de santa marta en el año 2017. (Trabajo de grado) (Consultado enero 22 de 2022).
35. Ramos F, Cooa S, Abeldaño R. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. 2017; 14 (1): 47-21 (Consultado octubre 2 de 2021). Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>
36. Henao K. Cultura de la seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de alta complejidad, Montería, Córdoba. 2019. (Trabajo de grado). Universidad de Córdoba. Facultad de ciencias de la salud Disponible en:  
[https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3462/HENAOGUTIERREZKA\\_RLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3462/HENAOGUTIERREZKA_RLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
37. Huitzi J, Elorza M, Urkia J, Linaza J, Zupiria X. Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original 2014; 20 (5): 06. (Consultado febrero 04 del 2022).
38. Núñez E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del hospital regional docente las mercedes -Chiclayo, Perú. (Trabajo de grado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Facultad de medicina. 2018. (Consultado diciembre 16 de 2020). Disponible en:  
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/NORMAS%20DE%20VANCOUVER%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/NORMAS%20DE%20VANCOUVER%20(1).pdf)
39. Salazar Á, Restrepo D. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. Rev. Cuidarte. 2020; 11(2): (Consultado abril 13 de octubre del 2021).
40. Bruno A, Romero A, Romero L, Ramos M. Medición De La Percepción De Cultura De Seguridad Del Paciente En Una Ips De Primer Nivel En Bogotá, Colombia. 2018. (Trabajo de grado) (Consultado abril 26 de 2021). Consultado abril 13 de octubre del 2021). Disponible en:  
<file:///c:/users/julio%20romero/desktop/medicion%20de%20la%20percepcion%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20colaboradores%20de%20una%20ips%20de%20bogota.pdf>

41. República de Colombia Ministerio. de la protección social. Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente. 2010. Colombia. (Consultado diciembre 19 de 2020). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicass-seguridad-paciente.pdf>
42. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E. cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Rev. Cienc. enferm. 2017; 17 (3): 97-111. (Consultado noviembre 19 de 2020). (Consultado junio 23 de 2020). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009)
43. Chávez G, Análisis de la cultura de seguridad en el personal y búsqueda de causa raíz de eventos mayores de inseguridad para implementar mejoras en la atención de pacientes del Hospital AXXIS en el periodo marzo - junio 2019. Universidad pontificia del ecuador. (Tesis de grado) (Consultado enero 22 de 2022). Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18208>

