

**PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD FRENTE A LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN LAS AMERICAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL 2010 – 2020**

Trabajo de presentación para la Fundación Universitaria del Área Andina para optar por el  
título de especialista en auditoría en salud

Laura Amanda Pinzón Macías

Cindy Carolina Riveros Muñoz

Lizeth Andrea Villamizar Acuña

Erika Bibiana Rodríguez Gallo

Asesora Temática

Mery González Delgado

Asesora metodológica

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEPORTE  
ESCUELA DE POSGRADOS

BOGOTA

2020

**PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE SALUD FRENTE A LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN LAS AMERICAS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL 2010 – 2020**

Se realiza la presentación para la Fundación Universitaria del Área Andina para optar por el  
título de especialista en auditoría en salud

Laura Amanda Pinzón Macías

Cindy Carolina Riveros Muñoz

Lizeth Andrea Villamizar Acuña

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEPORTE  
ESCUELA DE POSGRADOS EN SALUD

BOGOTA

2020

## **AGRADECIMIENTO**

Desde nuestro grupo, queremos realizar varios agradecimientos.

En primera medida a nuestros padres, quienes, con su amor, cariño, confianza y paciencia hicieron que nosotros pudiéramos cumplir nuestros sueños, al inculcarnos el esfuerzo y la confianza necesarios para hacer frente a los retos que puedan surgir en nuestro camino, también queremos agradecer a Dios por estar con nosotros en todo el camino hacia nuestras metas.

Además, en nuestro nombre queremos agradecer a las autoridades de la Fundación Universitaria Andina, y en específico al área de la salud, por confiar en nosotros en el proceso de investigación llevado a cabo para la realización de este trabajo, inculcarnos siempre el valor del aprendizaje y brindarnos los soportes académicos necesarios durante el transcurso de este tiempo.

Finalmente queremos expresar nuestro gran agradecimiento a nuestras asesoras, quienes nos han ayudado a orientar nuestro trabajo en todo momento durante el tiempo que llevo este proceso, agradeciendo su dirección, colaboración y enseñanza para la confección de nuestro trabajo.

## Tabla de los Contenidos

AGRADECIMIENTO _____	2
Introducción _____	6
Planteamiento del problema _____	7
Justificación _____	11
Objetivos _____	13
<b>GENERAL</b> _____	13
<b>ESPECIFICOS</b> _____	13
Metodología _____	14
CAPITULO I _____	16
Diagrama No. 1 Aprendizaje Organizacional _____	19
CAPITULO II _____	20
Tabla No. 1 percepción seguridad y clima de seguridad en los artículos que aplicaron cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ), (HOSPSC) y otros cuestionarios _____	21
CAPITULO III _____	26
Tabla No. 4 Validación de Instrumentos, Dimensiones Utilizadas y nivel de confiabilidad. _____	27
Conclusiones _____	32
Referencias _____	33

## **RESUMEN**

*Introducción:* La seguridad de los pacientes está relacionada con cultura de seguridad que tienen los profesionales de salud, sus características, competencias y actitudes relevantes dentro de las instituciones, esto revela la importancia del grado de compromiso que tienen y la capacidad profesional frente a situaciones adversas durante la prestación del servicio.

*Objetivo:* Describir la percepción de los trabajadores de salud frente a la seguridad del paciente a luz de la literatura en las américas en el periodo 2010 – 2020.

*Metodología:* Revisión integrativa, dirigida al reconocimiento de artículos y consolida la percepción del personal de salud frente a seguridad del paciente.

*Resultados:* la percepción de seguridad del paciente, con dominios mejor puntuados: satisfacción en el trabajo 83% , trabajo en equipo 62%, Por otro lado dominios con menor puntuación: percepción de la administración de la unidad 52.3 % y respuesta no punitiva al error 32%.

*Conclusión:* La percepción de seguridad analizada hace evidente que la alta dirección hospitalaria no se compromete con problemas relacionados con la seguridad del paciente, la cultura no punitiva y estimulante del reporte no logra consolidarse como una fortaleza generalizada en las instituciones lo que se traduce en una cultura desfavorable.

*Palabras clave:* Clima laboral; ética; cultura; seguridad del paciente

## **ABSTRACT**

*Introduction:* Patient safety is related to the safety culture of health professionals, their characteristics, competencies and relevant attitudes within the institutions, this reveals the importance of the degree of commitment they have and their professional capacity in the face of adverse situations during the provision of the service.

*Objective:* To describe the perception of health workers regarding patient safety based on the literature in the Americas in the period 2010-2020

*Methodology:* Integrative review, aimed at the recognition of articles and consolidates the perception of health personnel regarding patient safety.

*Results:* the perception of patient safety, with higher-scored domains: job satisfaction 83%, teamwork 62%, On the other hand, lower-scoring domains: perception of the unit administration 52.3% and non-punitive response to error 32%.

*Conclusion:* The perception of security analyzed makes it clear that hospital senior management does not commit to problems related to patient safety, the non-punitive and stimulating culture of the report does not manage to consolidate itself as a generalized strength in the institutions, which translates into a unfavorable culture.

*Keywords:* *Work climate; ethics; culture; patient safety*

## **Introducción**

La seguridad de los pacientes tiene mucho que ver con la cultura de seguridad que tienen los profesionales de la salud, sus características, competencias y actitudes relevantes dentro de las organizaciones institucionales, lo cual hace también relevante el grado de compromiso que tienen y la capacidad profesional al manejar situaciones donde la seguridad del paciente es importante, en donde el fin, es que no se presente situaciones adversas en el servicio brindado y se consolide su seguridad.

La atención que los profesionales deben tener es con niveles de exigencia alta, como así también el uso de las tecnologías y el desarrollo de procedimientos altamente complejos, haciendo que las organizaciones institucionales deban realizar análisis constantes que busquen dar mejoras significativas de manera constante y la fidelización de los clientes (Botero, Arias, 2017).

En los servicios de salud, se hace evidente la cultura de la seguridad de los pacientes entre los profesionales para la prestación de un servicio de buena calidad, con el fin de que los eventos adversos presentados, logren una disminución en dicha presentación, más que todo buscando el beneficio del paciente como eje central.

Esta cultura, se debe evaluar en todos los trabajadores de salud, en cada campo de acción, se indica que, en muchos estudios de medición de seguridad, principalmente se toma en cuenta la labor de enfermería y en segundo lugar otras profesiones como áreas de apoyo (Kolankiewicz, 2020).

Lo que podemos inferir con lo dicho anteriormente, es la relevancia de conocer la percepción e interpretación que los trabajadores de los hospitales tienen con respecto a la seguridad del paciente, en la identificación de las necesidades, los programas de seguridad, y en la implementación de estrategias que permitan el desarrollo de un ambiente seguro, así mismo que esto esté enfocado hacia los pacientes como un indicador positivo, estos resultados asociados a la medición del trabajo en equipo, ambiente seguro, percepción del estrés, administración del hospital, administración de la unidad laboral y a las condiciones laborales (Kolankiewicz, 2020).

Por lo cual, para disponer de esta cultura, los trabajadores de la salud y la percepción que se tiene de seguridad, es indispensable para constituir la seguridad en un pilar fundamental de las instituciones, la comunicación logre ser efectiva y, que la relación de confianza con el paciente se logre a través de los trabajadores de salud para la prestación de servicios de salud de una manera segura (Pinheiro, Junior, 2017).

Con lo anteriormente expuesto, el estudio busca describir la percepción de los trabajadores de salud frente a la seguridad del paciente a la luz de la literatura en las américas en el periodo 2010 – 2020.

## Planteamiento del problema

La percepción de seguridad de paciente en trabajadores de salud, está directamente relacionada con la cultura de seguridad que ejercen en su labor, por lo cual el paciente debe ser el eje central de su trabajo al momento de la prestación de servicios de salud, sin duda es importante resaltar que las instituciones de salud y en especial los gerentes de las mismas, analicen los aspectos culturales y organizacionales, con el fin de crear planes de mejora y así favorecer a la seguridad del paciente (Golle, et al, 2018)

En relación a lo anterior es importante también tener en cuenta que según la 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra (2019) la seguridad del paciente se constituye como un asunto primordial durante la ejecución de atenciones en salud con calidad, por tal razón es de importancia estimular en las instituciones todos aquellos temas que estén relacionados con ello, temas como: infraestructura, tecnología y talento humano.

Por otro lado, la Cultura de la seguridad, corresponde a un determinado grupo de creencias, actitudes o valores que surgen de un desarrollo o prácticas cotidianas, encaminadas a proporcionar un determinado bienestar a una persona que está siendo cuidada. Donde también implica la capacidad de reconocer los errores, donde la conciencia forma parte fundamental para realizar los reportes para el futuro análisis que ayudara a mejorar el sistema. Los enfermeros, según la asociación española, son las personas encargadas de la organización del cuidado del cliente en las instituciones u organismos, que están basados en los conocimientos científicos y médicos. Esto debe ser llevado a cabo mediante un personal calificado y comprometido, donde el usuario del servicio deberá ser precavido de su propia salud; esto permite que el fin sea fortalecer el sistema de salud, esto hace que se permita garantizar y reconocer la seguridad para una buena calidad de atención y prestación médica. (La 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2019).

Con respecto a los eventos adversos que pudieran surgir durante la prestación del servicio, se podría clasificar en una serie de resultados de prevalencia y de incidencia, esto hace que los factores asociados a la prevalencia e incidencia de presentación de eventos adversos, pueda estar relacionada con la ubicación del paciente en las instituciones, el tiempo de estancia hospitalaria y a la presencia de comorbilidades. (Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, 2009), pero el presente estudio dio como incidencia, que las evidencias de situaciones adversas donde el tiempo en la que se presente duran más en algunos procedimientos. Por esta situación, se establecieron determinados tipos de acciones que están relacionadas con la administración de los medicamentos, la atención en la salud y el estudio de incidencias, y en menor porcentaje las infecciones nosocomiales.

Este estudio tuvo una mayor importancia, en relación con los resultados obtenidos, se puede lograr una mayor mejora e implementación de planes, sectorizando según las necesidades para avanzar hacia la protección de los pacientes cuando adquieren dicho servicio, teniendo en cuenta cuales son los tipos de eventos adversos que pueden surgir y cuáles son los que más inciden y la prevalencia que tienen sobre los pacientes más frágiles (OMS, 2009), Con todos estos resultados, se deberá ir construyendo una cultura, o directamente reforzarla entre los



profesionales y las instituciones, donde sus servicios deberán ser de manera segura, y por último se deberá tener una política donde su objetivo sea el paciente, donde se deba realizar disminuciones en los riesgos que se pueden generar, la capacitación constante de los trabajadores en todos los niveles, y la protección del cliente.

Cuando hablamos de cultura de la seguridad referido al paciente, nos referimos a la relación que se tiene con la prestación del servicio brindado, en términos de calidad, y adecuado al ejercicio de la misma que recae sobre la salud, el bienestar, confort y la satisfacción del cliente; pero también presenta las falencias con respecto a lo que se menciona, las situaciones que se presentan, hace que sea derivado de las prácticas clínicas ejercidas por los profesionales, que son afectados de manera directa en los procesos de la atención de los pacientes en la salud. Otra de las relaciones directas que se mencionan en la seguridad de los pacientes es uno de los problemas presentes, el factor humano, la capacitación del personal hace que las acciones en la prevención y el seguimiento que se tiene en este tema, pueda o no contribuir a la disminución de las situaciones adversas, es por eso que se debe mantener un trabajo conjunto, cooperativo en donde se logre mediante un proceso de incentivación generar dicha cultura de prevención y seguridad, como así también la comunicación constante entre los actores que intervienen en el proceso, para lograr así como fin , la prestación mejorada de los servicios brindados en la salud ( Silva, 2014).

Pero, al mencionar este tema, hace que sea complejo y complicado de expresar a simple vista, ya que, los involucrados en los sistemas de salud deberán conocer y reconocer los errores que se cometen en el proceso de la atención, debemos tener en cuenta que estos reportes no deben ser considerados punitivos, sino que por lo contrario, se busca una reflexión de las presentes actividades y situaciones adversas que generan en los pacientes daños considerables, es por lo que se construyen y desarrollan planes de mejora continua, donde la palabra del cliente debería ser un pilar a valorar, donde se deberán identificar fortalezas y debilidades, actitudes y comportamientos que permitan que los profesionales realicen un buen ejercicio de su trabajo, creando en si una cultura de permanencia, cuyo objetivo sea lograr metas de seguridad, donde la seguridad del paciente sea una prioridad en la prestación de los servicios de salud, una mejora en la calidad brindada mediante la utilización de la evaluación y resultados en el proceso (Méndez, Garza, González y Castillo, 2014).

Otra de las cuestiones que se presenta, es que se produzca la aceptación de estos errores por parte de los profesionales, lo cual hace que no sea un tema fácil, pero lo que debemos entender es porque surgen, o como surgen, lo cual es necesario, según Schwonke (2016) esto hace que se deban tener dos puntos de vista en esta cuestión, uno centrado en el personal que hace referencia al olvido, o la falta de motivación, negación o imprudencia que surge al momento de brindar el servicio; y la segunda visión referido a que los seres humanos son fiables, donde los errores dentro de la organización son constantes. Sin embargo, para lograr la disminución de esto, se deberá crear una necesidad de modificar las condiciones del trabajo, un ejemplo de lo hablado sería un refuerzo en la cultura de la notificación e implementación de intervenciones en diferentes tiempos, con esto tendríamos a futuro y presente una disminución relativa de estas situaciones que se puedan presentar.

Una de las fortalezas que se deben considerar dentro de las instituciones hospitalarias, es la comunicación, donde se debe presentar de manera eficaz permitiendo que la cultura llegue y se logre asimilar de manera concreta, pero en las situaciones que podemos analizar es como se presenta esta comunicación, esto hace referencia a que sea de manera ineficaz, ya que viene de la mano con situaciones inseguras, aunque esto es de vital importancia para lograr una buena mejora y que se pueda involucrar a los actores que forman parte de la salud, donde también se debe incluir a la gerencia que busque como objetivo reducir los incidentes (kawamoto, De Oliveira, Tonini y Nicola, 2016)

Unas de las debilidades que se hace presente en varios lugares, es la presentación del servicio brindado, la carga horaria en esta profesión es elevada, las faltas de descanso, la mala alimentación, el agotamiento psicológico y físico, los bajos salarios o la falta de reconocimiento de su buen servicio. Esto deja en evidencia la desmotivación que se ve reflejado en la calidad de la atención hacia el paciente, donde también pone en peligro su nivel de seguridad. La debilidad que se hace presente, es la falta de recursos institucionales e insumos de utilización diario, donde los profesionales deben recurrir periódicamente a la iniciativa propia en el desarrollo de sus funciones, como así también, la falta de recursos políticos y de comunicación, donde es ineficiente (Fermo y Da Rosa, 2015).

Lo que incide en la cultura de la seguridad depende en gran medida de la actitud y percepción del trabajador, su origen está enmarcado desde la cultura organizacional ya que es indicador fundamental de calidad, es deber de la institución tener un programa de reporte, gestión y prevención de los riesgos, que contribuye a reducir las incidencias durante la atención, lo que permite incrementar la calidad de los servicios prestados aumentando la satisfacción y sensación de bienestar del usuario. La cultura de seguridad es un componente crítico en el ámbito de la calidad, dado que busca garantizar la prestación del servicio sin accidentes o lesiones prevenibles, para llegar a ello el control debe realizarse de forma no punitiva y debe educar al personal en la ejecución de su actividad profesional, en la mayoría de los casos, los profesionales médicos tienen la percepción e interpretación de las acción que se verán enfocada en el quien y no en el contexto que favoreció la ocurrencia del error; es importante mencionar que el seguimiento del paciente es una obligación legal y moral de las instituciones (Gómez, 2011).

Una herramienta muy útil para poder analizar y reconocer estas fallas en el sistema, es la percepción que tiene los trabajadores de la salud de manera directa en su campo de acción, según Kolankiewicz (2020) en su estudio titulado Cultura de seguridad del paciente los colaboradores de una institución perciben que en la literatura existente se encuentran con que en mayor proporción la medición asociada a la seguridad del paciente se ha orientado hacia los profesionales que laboran en el área de la salud, especialmente hacia enfermería, en general sin tener en cuenta los equipos de soporte y apoyo, dichos estudios revelan la importancia de la percepción de los trabajadores de salud frente al tema y lo constituyen como base para la identificación de los requerimientos básicos en el programa de seguridad del paciente y el desarrollo de tácticas en busca de concebir un ambiente seguro en las instituciones, con esto se hace referencia a que la existencia de una cultura de seguridad ayuda a que sea positivo el ambiente y la gestión hacia los pacientes, con el resultado asociado a la medición de los equipos

de trabajo, su respectivo ambiente donde se desarrolla la actividad, donde se considera el estrés en la que se encuentran sometidos, como así también la administración de la unidad sanitaria y las condiciones laborales en la que se encuentran.

**Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la percepción que tienen los trabajadores de salud frente a la seguridad del paciente a la luz de la literatura en el continente americano en el periodo 2010-2020?

## **Justificación**

La seguridad de pacientes tiene que ver con la cultura presente en los profesionales de la salud, con las características, competencias y actitudes de los mismos dentro de las organizaciones, esto determina el grado de compromiso y la capacidad de los profesionales para manejar la seguridad del paciente con el fin de que no se presenten eventos adversos en la prestación de los servicios de salud, generalmente la atención requiere un nivel de exigencia, uso de tecnologías y desarrollo de procedimientos complejos, por lo cual las organizaciones deberían evaluarse con el fin de mantener mejoras constantes y lograr la fidelización del usuario (Botero, Arias, 2017).

Los fundamentos de seguridad del paciente en salud tienen dos líneas de pensamiento, primero: según la teoría del error de Reason que asume que el ser humano tendrá errores a pesar de los esfuerzos por lo cual es importante que los procesos se rediseñen con el fin de que sean más efectivos tras el momento de la producción de un error, sin embargo, no solo se debe actuar en la consecuencia del error, si no en la prevención del mismo. En la segunda línea se encuentra la cultura de seguridad entendida como el conjunto de cualidades, virtudes y pautas definidas en una organización con un esquema que ubica la seguridad como una finalidad de vital importancia (Rocco, Garrido, 2017); es decir, que existen múltiples factores que contribuyen a la seguridad y que también deben ser evaluados.

Diferentes estudios han medido la percepción de seguridad en los trabajadores del área de la salud, como ejemplo a través de la herramienta Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) en español Cuestionario de Actitudes de Seguridad el cual evalúa múltiples aspectos que están involucrados en la seguridad del paciente: clima laboral, clima de seguridad, satisfacción laboral, reconocimiento de estrés, percepción de la unidad de administración y condiciones laborales, a través de la medición de estos aspectos se pudo identificar que un clima de seguridad fuerte es una condición esencial para la seguridad en la atención al paciente en hospitales (Bezerra et al, 2019).

Así pues, nos referimos que los profesionales encargados del cuidado de los pacientes, desde que el surgimiento de la ciencia empezó a dar sus frutos en este ámbito, por ejemplo, Nightingale, una profesional que dio y vio, unos de los surgimientos de la enfermería, expreso que las enfermedades con sus variables se podrán cambiar al realizar una comparación de los tratamientos con los resultados (León RC, 2006).

Ahora bien, Organización Mundial de la Salud (OMS), (2019) nos dice que la seguridad del paciente tiene que ver con la disminución del riesgo que se pueda presentar secundario a la prestación de los servicios de salud, hasta lo más mínimo que puede ser aceptado. También debemos tener en cuenta, que, lo importante es evitar y prevenir resultados que puedan surgir durante la asistencia sanitaria del paciente.

De modo que, el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica IBEAS, describe que en América latina, se decidió estudiar a 11379 pacientes en 58 hospitales en diferentes países, determinando que la tasa de situaciones adversas fue del 10,5 %, donde el

60 % de estos eventos son considerados evitables; esta variación puede lograrse si se aplican iniciativas de reformas, y solo el 6 % son muertes que pudieron ser evitadas, siendo consecuencia de una mala comunicación de los centros (Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la salud, y ministerios de salud de diversos países latinoamericanos y europeos, 2009)

Por otro lado, cuando hablamos del “Clima de seguridad del paciente” nos referimos a aquellos factores ambientales y laborales, englobados en los efectos que podrían generar en la salud, su base se establece en advertir las condiciones clínicas y en la generación de entornos adecuados para la salud. (Organización Mundial de la Salud, 2010). La organización mundial de la salud, determino los principios fundamentales sobre la gestión crítica de la calidad de la atención y servicios brindados a los pacientes. Busca realizar una mejora, donde los cambios principales que se deberían hacer es en la parte laboral que deberá afectar al sistema completo, desde el entorno, la gestión propia del riesgo y funcionamiento del sistema.

Otro proyecto realizado por IBEAS, con titulación “*Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica*” revelo, que en 5 países Latinoamérica, que uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre, de manera directa, una situación adversa durante el proceso de atención, en porcentajes, el 13,1 % se presenta en personas menores a 15 años. En esta época, vivimos en una creencia generalizada, de que la seguridad del paciente debe centrarse en las personas que cometen errores, esto no debería ser así, ya que las fallas se producen en los sistemas, donde también se cree que la búsqueda de acciones de mejora se centra en éstas personas que cometen errores, cuando en realidad, las acciones de mejora deberían estar dadas en las mejoras del sistema. (OMS, 2009).

En conclusión, según Felizzola, Esquivel y Galindo (2017), la cultura de seguridad de paciente para los trabajadores del sector salud , tiene una notoria importancia y se relaciona directamente con la disminución de la presentación de eventos adversos, que puedan ocasionar daño al paciente, tiene que ver con variedad de dimensiones y va más allá de la prevención de dichos eventos y, no solo involucra al trabajador de salud, sino también a los ejercicios de gestión de los administrativos de las instituciones, desde allí debe crearse un cambio de cultura para poder para poder impregnar los pensamientos de los trabajadores.

Finalmente, la cultura de seguridad del paciente, también tiene que ver con la notificación voluntaria de los trabajadores de la salud, frente a los eventos adversos que se presentan, ya que se tiene una concepción de castigo frente a la notificación y en ocasiones da la impresión que no se tienen datos verdaderos de los eventos adversos que se presentan, es por eso que se debe incluir dentro de esa cultura, el desvanecimiento de la concepción de punitividad frente a la presentación de dichos acontecimientos (Sila, Lopes, Correia y Marques, 2016).

## **Objetivos**

### **GENERAL**

Describir la percepción de los trabajadores de salud frente a la seguridad del paciente a luz de la literatura en las américas en el periodo 2010 – 2020.

### **ESPECIFICOS**

Establecer la diferencia entre cultura de seguridad del paciente y clima de seguridad del paciente.

Identificar la percepción de cultura y clima de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de salud en el continente americano.

Determinar los instrumentos validados para la medición de la percepción de seguridad del paciente en trabajadores del área de la salud en el continente americano.

## **Metodología**

### *Estrategia de búsqueda*

Se realizó una revisión integrativa de artículos dirigida a la pregunta, ¿cuál es la percepción del personal de salud frente a la seguridad del paciente? La revisión se realizó tomando artículos filtrados con los descriptores DeCS “*Clima laboral; ética; cultura; seguridad del paciente*” en bases de datos como: PROQUEST, SCIELO, SCIENCE DIRECT y PUBMED con término de lenguaje libre.

### *Selección de estudios*

Se tomaron 54 artículos científicos originales de los cuales 40 aplicaron a las condiciones requeridas para la validación.

*Criterios de inclusión:* artículos de investigación original sobre la percepción de la seguridad del paciente en trabajadores de la salud que hayan utilizado un instrumento o cuestionario para la obtención de información y análisis de los resultados en cualquier nivel de atención

*Población de estudio:* personal que labora instituciones de salud.

*Área geográfica:* publicaciones de estudios realizados con miembros del equipo de salud en el continente americano.

*Periodo de tiempo de realización:* entre el 2010 y hasta el 2020.

*Idioma:* español, inglés y portugués

*Criterios de exclusión:* artículos de revisión de tema o bibliográficos, artículos investigativos cuyo objetivo sea diferente a conocer la percepción de los trabajadores de la salud frente a la seguridad del paciente, artículos fuera del periodo determinado para la revisión.

### *Extracción de datos*

Para la consolidación y gestión de la información recopilada, se diligencio la matriz de recopilación de artículos, para cada uno de ellos se alimentaron datos como: autor, año de publicación, país, título de la investigación, revista, diseño del estudio, instrumentos utilizados, variables utilizadas, población, tipo de muestra, tipo de muestreo, técnica de recolección de datos, plan de análisis, resultados y conclusiones, todo esto posterior a la lectura y reconocimiento de cada artículo.

### *Análisis de datos*

El análisis de datos se realizó construyendo tres categorías: 1. Con el fin de establecer la diferencia ente cultura de seguridad del paciente y clima de seguridad del paciente. 2. Identificar la percepción de cultura y clima de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de salud en el continente americano. 3. Determinar los instrumentos validados para la medición de la percepción de seguridad del paciente en trabajadores del área de la salud en el continente americano.

### *Análisis de información*

Se establecieron las categorías de acuerdo a lo reportado en los estudios seleccionados y acorde a los objetivos de la monografía

### *Método de los estudios*

En su mayoría el método de investigación fue cuantitativo transversal con 11 estudios, cuantitativo descriptivo 10 estudios, y otros descriptivo transversal: 11 estudios, descriptivo transversal y prospectivo: 3 estudios, observacional transversal y comparativo: 3 estudios, descriptivo exploratorio correlacional: 2 estudios y 1 descriptivo con muestra no probalística.



## CAPITULO I

### *Diferencia entre cultura y clima de seguridad del paciente*

La revisión realizada permite evidenciar que existe una opinión dividida entre los profesionales de la salud de cara a la percepción de la seguridad del paciente, en relación a esto se evidencio que los dominios con mejor puntuación fueron: satisfacción en el trabajo identificado en 11 artículos con un promedio del 83% en la puntuación y trabajo en equipo identificado en 10 artículos con un promedio del 62% de puntuación, consolidándose así como la fortaleza en la mayoría de los estudios.

Por otro lado los dominios con menor puntuación y por ende con mayor debilidad son: percepción de la administración de la unidad identificado en 6 artículos con un promedio de 52.3 % y respuesta al error no punitiva identificada en 6 artículos con un promedio de 32%, estos dos dominios hacen evidente que la alta dirección hospitalaria no parece comprometerse con problemas relacionados con la seguridad del paciente en la organización, adicional a ello la cultura no punitiva y estimulante del reporte no se consolida aun como una fortaleza generalizada en las instituciones lo que se traduce en una cultura desfavorable.

Respecto a la diferencia entre cultura de seguridad y clima de seguridad es posible afirmar que, la cultura de seguridad está directamente ligada al actuar de los colaboradores o profesionales, por otro lado, el clima de seguridad está enfocado a la percepción que tienen los colaboradores sobre la seguridad del paciente, es decir, está estrechamente relacionada con la percepción de interés e importancia que se le dé en la institución a la seguridad del paciente.

Por último y con relación a los instrumentos validados para medir la percepción de seguridad del paciente en el continente Americano podemos decir que el instrumento HSOPSC y el SAQ son los usados con mayor frecuencia, en relación al estudio se presentó su uso en las siguientes proporciones: Instrumento basado en la Hospital Survery on Patient Safety Culture HSOPSC 50% y el Instrumento Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) 40% de uso sobre un total de 40 artículos revisados.

Teniendo en cuenta que (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2019) define la seguridad del paciente como la disciplina de la salud que busca prever o evitar los riesgos, equivocaciones y consecuencias que puedan sufrir los pacientes durante la prestación de servicios de salud, esta rama se consolida como el enfoque de mejora continua cimentado en el enseñanza que dejan los sucesos de seguridad del paciente respondiendo al constante cambio y crecimiento de la complejidad de los sistemas de salud y el respectivo incremento de los daños generados a los pacientes durante la atención en salud.

Así mismo, la cultura de seguridad en una institución es la conjugación de valores, comportamientos, visión, capacitación y modelos de comportamiento de los colaboradores como individuos y como equipo de trabajo que terminan definiendo el empeño, así como su forma de proceder y las destrezas frente a la estabilidad de la institución y el gobierno dado frente a la seguridad. (Wilpert, 2001). Ahora bien, este tema ha experimentado un incremento en su interés inicialmente en los países desarrollados y ahora da alcance a américa latina, esto ha generado crecimiento en el análisis del mismo y en la percepción de valor; analizar y conocer

sobre la cultura de seguridad de una institución suministra información valiosa para la retroalimentación de los colaboradores y permite a la institución visualizar las oportunidades de mejora referentes a la calidad de la prestación (Ramos, Cocoa y Abeldano, 2017).

Así pues, la observación y reconocimiento de la cultura de seguridad del paciente se consolida día tras día como facilitador y movilizador de planes de mejora que buscan garantizar servicios de calidad y disminución en la presentación de eventos adversos, al relacionar la cultura con la edad del profesional en Colombia, se evidenció que la formación académica ha incluido en sus programas más recientes temas referentes a seguridad del paciente formando profesionales enfocados en la importancia del tema (Camacho, Doriam, 2020).

Adicional a ello está la medición, primordial para lograr la promoción y reconocimiento de la cultura de seguridad en instituciones de salud, ya que permite focalizar los esfuerzos y delimitar los movimientos que realizara la institución en busca del mejoramiento, la capacitación, creación de políticas, documentos y demás instrumentos estimados en el proceso de mejora continua. La medición de adherencia a instrucciones y la comprensión de que la cultura de seguridad es la base para el mejoramiento de la calidad de la prestación, la medición y control de esto permite a la institución conocer el estado, el avance y los caminos a seguir para lograr los objetivos propuestos (Carvalho, Paloma, Laundos, 2019).

Adicional a esto es vital que a todo nivel sea clara la política de respuestas no punitivas ya que sugieren que los profesionales de la salud tienen altos niveles de temor y desconfianza frente a verse involucrados o informar sucesos relacionados con la seguridad del paciente ya que pueden ser sujetos de procesos disciplinarios, encasillamientos o algún tipo de discriminación situaciones que afectan directamente el nivel de reporte, adicionalmente la cultura punitiva dificulta que la institución identifique las brechas de procesos y recursos que aportan a la presentación de eventos adversos, contrario a ello las organizaciones deben consolidar culturas que promuevan el aprendizaje y aborde sistémicamente los errores consolidando la evolución institucional basada en la materialización de riesgos (Sanchis, Zago, Haddad, 2020).

Así pues, entre los temas importantes a consolidar frente a la seguridad del paciente está la rotación y capacitación del personal ya que el tiempo de labor puede comprometer la calidad del servicio y por ende la seguridad del paciente, aunque, si el tema es reconocido por los profesionales como un valor fundamental de su profesión el abordaje será más sencillo y de impacto. Es importante resaltar que la cultura de seguridad debe ser reconocida como asunto y prioridad de toda la población de la institución, principalmente por la alta gerencia, quienes deben velar por el desarrollo del sentido de pertenencia, responsabilidad y adherencia al tema. (Carmo, Almeida, 2020). La población operativa de las instituciones suele no identificar fácilmente el interés de la alta gerencia en la seguridad del paciente, esto se relaciona estrechamente con la cultura de castigo que sigue presentándose y percibiéndose en gran magnitud frente a los sucesos de seguridad generando barreras en la participación activa del personal situación que dificulta la identificación de fallas del proceso (Fassarella, Silva, 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante agregar que tanto la alta gerencia como los líderes más próximos a la operación deben buscar los medios y tácticas que generen en los profesionales sentido de pertenencia e interés que produzcan un efecto motivador respecto a la

participación en el direccionamiento, creación de políticas y estrategias encaminadas a aumentar la calidad de la prestación del servicio, involucrar a los colaboradores en los cambios que planea la institución genera vínculos importantes, personas apalancadoras y contribuyentes en la gestión del cambio, estudios demuestran que los profesionales que sienten cualquier tipo de desligamiento de la organización generan niveles de cansancio emocional tema que impacta directamente en la calidad de su gestión (Castilho, Edwiges Carvalho, 2020).

Es importante agregar que la complacencia o buen ambiente en el que se desarrollen los colaboradores inciden directamente en la calidad de su gestión y su desempeño, siendo el personal la base de un ambiente seguro, en general, cualquier persona en cualquier ámbito se desarrolla con mayor eficiencia cuando se siente cómodo, valorado e involucrado. En su mayoría las instituciones que cuentan con ambientes laborales y condiciones laborales más armónicas, donde se estimula el crecimiento e independencia del profesional y se mitiga la carga operativa excesiva se logran mayores índices de satisfacción en el usuario y mejor sensación frente al clima de seguridad por parte de los colaboradores o profesionales (Silva, Bauer, Cavalcante, 2019).

Así mismo Del Río, Munares y Montalvo (2013), indican que la base de la mejora en la seguridad del paciente está en el enfoque de mejoramiento del entorno y clima institucional, es por esto que el desarrollo de un clima institucional adecuado y estable permite el dominio apropiado de la cultura de seguridad en la prestación de servicios de salud logrando así instituciones de calidad que logren satisfacer las necesidades de sus pacientes con altos estándares de calidad. La alineación del programa de seguridad del paciente con la plataforma estratégica de la organización permite crear políticas acordes al desarrollo esperado de la misma y generar así adherencia a los procesos seguros como se ve en el diagrama No. 1.

Adicional a ello es importante reconocer el impacto creciente de la cultura de seguridad, respecto a ello algunos estudios establecen este tema como un pilar de gestión frente a los sucesos de seguridad, permitiendo a las instituciones adaptar de forma ágil la prestación de servicios mitigando o eliminando las equivocaciones presentadas (Ramírez y González, 2017)

Las percepciones positivas sobre el clima de seguridad contribuyen con prácticas seguras en el cuidado al paciente y están relacionadas con el hecho de que los profesionales de salud asuman comportamientos seguros, mejoren la comunicación y participen en los programas de capacitación y aumenten la disposición para disminuir los eventos adversos, entre otros.

Para finalizar es importante tener en cuenta que, la cultura de seguridad está asociada al actuar de los colaboradores o profesionales y son todas aquellas actividades, barreras y herramientas que se utilizan día a día para minimizar los sucesos de seguridad, temas básicos como aplicar escalas de valoración del riesgo y reportar sucesos de seguridad. Por otro lado, el clima de seguridad está ligado directamente a la percepción que tienen los colaboradores sobre la seguridad del paciente, temas como las políticas que tenga la institución sean punitivas o no, la gestión realizada a los sucesos o eventos reportados y la implementación efectiva de planes de mejora sobre dichas desviaciones, es decir, está ligada a la percepción de interés e importancia que se le dé en la institución a la seguridad del paciente consolidando servicios seguros y trabajando constantemente en la mejora de aquellos que presenten desviaciones en cuanto esta.

Diagrama No. 1 Aprendizaje Organizacional



Fuente: Elaboración propia

## CAPITULO II

### *Percepción de cultura y clima de seguridad del paciente en el personal de salud de los servicios de salud en el continente americano*

Como fue mencionado en el capítulo anterior las herramientas de medición aplicadas encontradas en la literatura en mayor porcentaje fueron Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) y Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Para el desarrollo del presente capítulo se consignó en la tabla No. 1 los puntajes de cada dimensión evaluados en su mayoría por la escala de Likert. Se tomó como referencia las indicaciones de la Agencia para la investigación y calidad de la salud (AHRQ) el cual clasifica una dimensión como fortaleza cuando el porcentaje de respuestas positivas se ha superado el  $\geq 75\%$  y como oportunidad de mejora continua cuando el número de respuestas negativas sea  $\geq 50\%$  (Méndez, 2014)

En los estudios en los que fue aplicado el cuestionario SAQ como es el caso de la investigación realizada por Barbosa et al (2016), Bezerra et al (2019), Kolankiewicz et al (2020), Picolotto et al (2019), Fermo et al (2015), Soares de Souza et al (2019), Silva et al (2019), Carvalho et al (2019), Tondo et al (2017), Carvalho et al (2016), Huang et al (2010) y Casrilho et al (2020) se evidencio que la dimensión con mayor valoración fue la satisfacción laboral encontrándose sobre el 75% con valores que oscilan entre 76 y 92,7% catalogándose como aspectos positivos por los trabajadores de salud, seguida de la dimensión de trabajo en equipo valorada entre 72 y 78%, por otro lado la dimensión evaluada con menor puntaje es la percepción de la gerencia con respecto a los temas relacionados con la seguridad del paciente encontrándose por debajo del puntaje promedio entre valores que oscilan en 33 y 60,71%, otra dimensión con menos puntaje contradictoriamente son las condiciones laborales evaluadas entre 32,3 y 63,2% en la escala de Likert.

La encuesta de HSOPSC es otra de las herramientas utilizadas para la medición de la cultura de seguridad del paciente en la que se miden a través de la escala de Likert 12 dimensiones, en los estudios de Silva et al (2016), Pinheiro, M. d. P., & Junior, O. C. d. S. (2017), Martinez et al (2017), Sanchis et al (2020), Ramos y Abeldano (2017), Carmo et al (2020), Arrieta, Suarez & Galed (2018) se evidencia que el dominio con mayor puntaje es el trabajo en equipo con valores promedio entre 71 a 83%, de manera opuesta se encuentra el dominio con menor calificación es la respuesta no punitiva al error con puntajes entre 15 y 46,3%. Un hallazgo importante entre las dos encuestas es la dimensión que evalúa el apoyo de la gestión hospitalaria desde la gerencia en los temas relacionados con la seguridad del paciente encontrándose también con puntajes bajos entre el 20 y 34,68%.

Los estudios en los que se aplicó la herramienta MOSPSC no fue posible identificar las dimensiones que fueron valoradas ya que los resultados fueron presentados de manera global sobre la percepción de seguridad del paciente encontrándose en un promedio entre 45 y 56,29% significativamente bajo en comparación al resultado promedio.

Tabla No. 1 percepción seguridad y clima de seguridad en los artículos que aplicaron cuestionario de actitudes de seguridad SAQ y HOSPPSC

Autor	Población	Nombre de la variable	%	Categoría
<b>Cuestionario SAQ</b>				
Barbosa et al (2016)	123 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo:	63.66	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	69.03	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	82.74	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	65.32	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	58.9	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	59.5	Totalmente de acuerdo
Bezerra et al (2019)	139 profesionales de enfermería	1. Clima de trabajo en equipo:	66	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	57	Desacuerdo totalmente
		3. Satisfacción laboral:	76	Parcialmente en desacuerdo
		4. Percepción estrés:	67	Neutro
		5. Percepción de la gerencia:	47	Concuerdo parcialmente
		6. Condiciones laborales:	54	Concuerdo totalmente
Kolankiewicz et al (2020)	247 trabajadores de la salud (área asistencial, administrativa y soporte)	1. Clima de trabajo en equipo:	80.4	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	77.8	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	92.7	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	60.5	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	75.67	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	85.7	Totalmente de acuerdo
Picolotto et al (2019)	3 enfermeras y 5 técnicos en enfermería	1. Clima de trabajo en equipo:	68.75	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	56	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	68	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	18.19	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	39	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	59	Totalmente de acuerdo
De Souza et al (2019)	349 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo:	81.97	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	73.86	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	73.80	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	70.02	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	65.96	Parcialmente de acuerdo
		6. condiciones laborales:	59.64	Totalmente de acuerdo
Fermo et al (2015)	33 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo:	65.9	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	74.1	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	57.5	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	65.9	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	66.9	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	78.7	Totalmente de acuerdo
Golle et al (2018)	215 profesionales de enfermería	1. Clima de trabajo en equipo:	76	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	73	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	88	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	60	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	67	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	91	Totalmente de acuerdo
Casrilho et al (2020)	177 profesionales de enfermería	1. Clima seguridad:	7.89	Escala de Likert
		2. Percepción unidad y gestión:	7.37	Totalmente desacuerdo
		3. Cultura de seguridad:	6.06	Parcialmente desacuerdo
		4. Satisfacción laboral:	5.89	Neutral
		5. Condiciones laborales:	5.99	Parcialmente de acuerdo
Silva et al (2019)	50 profesionales de enfermería	1. Clima de trabajo en equipo:	72.7	Escala de Likert
		2. Clima de seguridad:	67.9	Totalmente desacuerdo
		3. Satisfacción laboral:	82.2	Parcialmente desacuerdo
		4. Percepción estrés:	79.7	Neutral
		5. Percepción de la gerencia:	60.3	Parcialmente de acuerdo
		6. Condiciones laborales:	60.7	Totalmente de acuerdo

Carvalho et al (2019)	358 trabajadores de la salud que desarrollan actividades administrativas, asistenciales o gerenciales	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. Condiciones laborales:	58.2 58.2 76.2 68.8 55.2 42.2	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Carvalho et al (2015)	226 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. Condiciones laborales:	59.1 48.9 70.6 74.9 44.5 34.5	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Pavan et al (2019)	33 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. Condiciones laborales:	71.4 65.9 83.8 78.6 65.9 63.2	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Soares de Souza et al (2019)	25 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. Condiciones laborales:	77.38 69.90 88.04 67.19 60.71 74	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Huang et al (2010)	318 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. condiciones laborales:	74.45 73.67 56.89 43.42 64.96 59.64	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
France et al (2010)	1502 profesionales de la salud	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. condiciones laborales:	78.37 69.86 73.80 73.02 52.36 32.34	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Tondo Get al (2017)	259 profesionales de enfermería	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. condiciones laborales:	81.97 73.86 73.80 70.02 65.96 59.64	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
<b>Cuestionario HOSPSC</b>				
Méndez et al (2014)	247 profesionales en enfermería	1. Percepción seguridad: 2. Expectativa y acciones gerencia: 3. Eventos notificados: 4. Franqueza comunicación: 5. Feed back: 6. Respuesta no punitiva: 7. Dotación personal: 8. Apoyo gerencial: 9. Trabajo en equipo: 10. Problemas cambio de turno: 11. Transacciones entre servicios: 12. Aprendizaje organizacional:	79 10.5 85 24.3 17.8 43.7 93 31.6 35.6 35.6 35.6 83	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Fassarella et al (2019)	50 profesionales de enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	72.27 74.47 60 34.84 63.63 39.09 24.24 19.99 28.18 40 39.09 33.93	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo

Silva (2016)	203 profesionales en enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	86.2 71.1 70.9 65.3 66.5 62.5 39.1 58.5 41.5 69.3 33.5 41.3	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Pinheiro, M. d. P., & Junior, O. C. d. S. (2017)	203 profesionales en enfermería	1. Apoyo gestión hospitalaria para seguridad paciente: 2. Trabajo en equipo: 3. Cambio turno: 4. Transferencia entre servicios:	41.43 42.71 40.71 40.71	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Nogueira, Rizaho, Rossato, Faria, 2019	243 profesionales en salud	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	50.2 54.1 59.4 43.4 47.8 37.9 47.8 56.9 36.5 32 46.2 12.7	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Sanchis, Do Como, Giroto, Rigo, 2020	467 profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	77.3 65.9 66.2 63.2 29 40.7 22.5 45.1 39.5 43.6 45 54.4	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Martinez et al (2017)	37 auxiliares de enfermería	1. Frecuencia eventos: 2. Percepción seguridad: 3. Expectativas y acciones gerenciales: 4. Aprendizaje organizacional: 5. Trabajo en equipo: 6. Franqueza comunicación: 7. Respuesta no punitiva: 8. Dotación personal: 9. Apoyo a gerencia: 10. Trabajo en equipo entre unidades: 11. Cambios de turnos: 12. Retroalimentación:	0.88 0.65 0.84 0.68 0.82 0.66 0.65 0.64 0.81 0.43 0.74 0.73	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Sanchis et al (2020)	467 profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos: 13.	72.6 66.5 66.3 58.8 28.5 21.4 48.5 41.2 43.6 46.5 59.1	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo Totalmente de acuerdo
Kawamoto et al (2016)	46 trabajadores de la salud	1. Expectativas y acciones supervisor: 2. Seguridad paciente: 3. Cultura seguridad:	6.9 71 60.8	Escala de Likert Totalmente desacuerdo Parcialmente desacuerdo Neutral Parcialmente de acuerdo



				Totalmente de acuerdo
Lopez et al (2019)	404 profesionales en enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades:	72.27	Escala de Likert
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	41.82	Totalmente desacuerdo
		3. Aprendizaje organizacional:	79.56	Parcialmente desacuerdo
		4. Comunicación de errores:	44.84	Neutral
		5. Apertura de la comunicación:	45.63	Parcialmente de acuerdo
		6. Dotación personal:	27.21	Totalmente de acuerdo
		7. Respuesta no punitiva al error:	72.62	
		8. Apoyo a la gestión hospitalaria:	55.65	
		9. Trabajo en equipo entre unidades:	53.65	
		10. Transferencias internas:	38.39	
		11. Percepción seguridad paciente:	56.94	
		12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	67.86	
Ramos y Abeldano (2017)	203 profesionales de la salud	1. Trabajo en equipo en unidades:	59.8	Escala de Likert
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	48.6	Totalmente desacuerdo
		3. Aprendizaje organizacional:	65.9	Parcialmente desacuerdo
		4. Comunicación de errores:	75	Neutral
		5. Apertura de la comunicación:	19.4	Parcialmente de acuerdo
		6. Dotación personal:	50.1	Totalmente de acuerdo
		7. Respuesta no punitiva al error:	64.4	
		8. Apoyo a la gestión hospitalaria:	37.9	
		9. Trabajo en equipo entre unidades:	32.6	
		10. Transferencias internas:	52.9	
		11. Percepción seguridad paciente:	38	
		12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	41.3	
Ramirez et al (2017)	27 profesionales de enfermería	1. Trabajo en equipo en unidades:	79.4	Escala de Likert
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	63	Totalmente desacuerdo
		3. Aprendizaje organizacional:	75	Parcialmente desacuerdo
		4. Comunicación de errores:	74.1	Neutral
		5. Apertura de la comunicación:	74	Parcialmente de acuerdo
		6. Dotación personal:	32.6	Totalmente de acuerdo
		7. Respuesta no punitiva al error:	51.9	
		8. Apoyo a la gestión hospitalaria:	52.9	
		9. Trabajo en equipo entre unidades:	51.9	
		10. Transferencias internas:	51.9	
		11. Percepción seguridad paciente:	15	
		12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	63	
Do Carmo et al (2020)	301 profesionales	1. Trabajo en equipo en unidades:	48	Escala de Likert
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	60	Totalmente desacuerdo
		3. Aprendizaje organizacional:	53.4	Parcialmente desacuerdo
		4. Comunicación de errores:	30	Neutral
		5. Apertura de la comunicación:	41	Parcialmente de acuerdo
		6. Dotación personal:	41	Totalmente de acuerdo
		7. Respuesta no punitiva al error:	15	
		8. Apoyo a la gestión hospitalaria:	43	
		9. Trabajo en equipo entre unidades:	33	
		10. Transferencias internas:	38	
		11. Percepción seguridad paciente:	33	
		12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	30	
Raso-Raso et al (2018)	32 trabajadores de la salud	1. Trabajo en equipo en unidades:	72.27	Escala de Likert
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	41.82	Totalmente desacuerdo
		3. Aprendizaje organizacional:	95	Parcialmente desacuerdo
		4. Comunicación de errores:	80	Neutral
		5. Apertura de la comunicación:	84	Parcialmente de acuerdo
		6. Dotación personal:	41	Totalmente de acuerdo
		7. Respuesta no punitiva al error:	82	
		8. Apoyo a la gestión hospitalaria:	31	
		9. Trabajo en equipo entre unidades:	82	
		10. Transferencias internas:	66	
		11. Percepción seguridad paciente:	74	
		12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	80	

Arrieta, Suarez and Galed (2018)	1679 trabajadores de la salud	1.	Trabajo en equipo en unidades:	66	Escala de Likert
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	49	Totalmente desacuerdo
		3.	Aprendizaje organizacional:	39	Parcialmente desacuerdo
		4.	Comunicación de errores:	37	Neutral
		5.	Apertura de la comunicación:	37	Parcialmente de acuerdo
		6.	Dotación personal:	27	Totalmente de acuerdo
		7.	Respuesta no punitiva al error:	37	
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	39	
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	43	
		10.	Transferencias internas:	41	
		11.	Percepción seguridad paciente:	44	
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	30	
		Andrade et al (2018)	1576 profesionales de la salud	1.	Trabajo en equipo en unidades:
2.	Expectativas y acciones del supervisor:			86.4	Totalmente desacuerdo
3.	Aprendizaje organizacional:			87.6	Parcialmente desacuerdo
4.	Comunicación de errores:			44.84	Neutral
5.	Apertura de la comunicación:			72.5	Parcialmente de acuerdo
6.	Dotación personal:			70.1	Totalmente de acuerdo
7.	Respuesta no punitiva al error:			46.3	
8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:			90.2	
9.	Trabajo en equipo entre unidades:			77.3	
10.	Transferencias internas:				
11.	Percepción seguridad paciente:			63.2	
12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:			61.5	

Fuente: Elaboración propia

### CAPITULO III

#### *Instrumentos validados para la medición de la percepción de seguridad del paciente en trabajadores del área de la salud en el continente americano*

Para medir la percepción de seguridad del paciente y aplicación de instrumento validado, según (Rhanna, Carvalho, Bortoli. 2012) el objetivo de su estudio realizo una adaptación transcultural del cuestionario Safety Attitudes Questionarie, el cual fue aplicado en hospitales en Brasil, realizando validez del contenido y su construcción, por lo cual la confiabilidad del instrumento se realizó por medio de un análisis de consistencia interna de los ítems o dimensiones a través de alfa Cronbach, por lo cual en portugués este cuestionario quedo validado y fiable para aplicación.

Por otro lado (Andrade. et al. 2017) adapto el instrumento (HOSPSC) en portugués por medio de un software, con el propósito de posibilitar la recogida de información y su estudio, se ejecuto por medio de análisis factorial confirmatorio y su confiabilidad con calculo alfa de Cronbach, este se aplicó en hospitales en Brasil y se confirmó su validez y confiabilidad.

Ahora bien, el cuestionario (HOSPSC) fue validado en México por la comisión nacional de arbitraje médico (CONAMED) en 2009, con el fin de utilizarlo en su sistema de salud, este cuestionario evalúa 12 dimensiones por medio de 42 preguntas con respuestas en sentido positivo y negativo. (Méndez. Et al. 2014)

En el estudio de (Sanchis, Fernandez, Girotto, Rigo. 2020) se utilizó el cuestionario (HSOPSC) para la recopilación de datos, la cual permite medir la cultura de seguridad a través de la percepción del encuestado, se dividieron 587 cuestionarios de los cuales 101 no contestaron y se descartaron 19 por respuestas múltiples, la herramienta tuvo un coeficiente alfa cronbach de 0.84%.

También (Almeida, Goveia, De Souza, Manzo y Guimaraes. 2020.) utilizo el cuestionario (HSOPSC) en Brasil evaluando las doce dimensiones.

Otro estudio que utilizo el (HSOPSC) validado en Brasil y aplicado en un hospital de Rio de Janeiro, en 200 enfermeras, fue según (Fasarella, Da Silva,Camerini, Figueredo. 2019).

Para evaluar la cultura de seguridad en un hospital pediátrico, se usó el cuestionario (MOSPSC) en 168 enfermeros con un porcentaje de fiabilidad de 0.8 alfa cronbach. (Frias, Ruiz, Garcia. 2019).

Por otro lado, el cuestionario (SAQ), otro de los más utilizados para estimar la percepción frente a la cultura de seguridad, según (De Camargo, Ferreira, De Lima, De Souza, Sousa. 2019) para la recolección de datos de su estudio se utilizó y fue validado y traducido en Brasil en 2006.

El cuestionario (SAQ) también fue traducido y validado en Brasil y se utilizó en 358 profesionales de la salud, con una fiabilidad de 0.86 cronbach. (Carvalho, Laundos, Souza, Casulari y Gottems. 2019).

En el estudio de (Tondo y Guirardello. 2017). Se utilizó el cuestionario (SAQ) validado en Brasil, con 259 profesionales de enfermería, pero evaluando solo 8 dimensiones, compuesto por 41 preguntas.

A diferencia de (Grajales, et al. 2017). que el instrumento de obtención de información utilizado fue el de seguridad y riesgo en el enfermero crítico (SYREC) que se adaptó en Colombia y México, y se divide en 5 secciones.

Por último, (Hena y Pinillos. 2018) en su estudio con 215 odontólogos, aplicaron un formulario que abordaba información sociodemográfica, laboral, de conocimiento y percepción, por medio de una prueba piloto del instrumento avalado por el comité de ética de la universidad CES.

En la tabla No. 2 se muestran las herramientas encontradas en la literatura que fueron utilizadas por los investigadores para medir la apreciación de seguridad en el personal de la salud en diferentes hospitales de América.

Tabla No. 2 Validación de Instrumentos, Dimensiones Utilizadas y nivel de confiabilidad.

Estudio	Instrumento	Dimensiones evaluadas	%	Items (cuestionario)	Población	País de validación del instrumento	Nivel de confianza en alfa cronboach
Barbosa, Floriano, Oliveira, do nasamento y Ferreira, 2016	SAQ	1. Clima de trabo en equipo:	63.66	41	233	Brasil	-
		2. Clima de seguridad:	69.03				
		3. Satisfacción laboral:	82.74				
		4. Percepción estrés:	65.32				
		5. Percepción de la gerencia:	58.9				
		6. Condiciones laborales:	59.5				
Bezerra, Duarte, Costa, Duruano y Rivero, 2018	SAQ	1. Clima de trabajo en equipo:	66	33	139	Brasil	0,95
		2. Clima de seguridad:	57				
		3. Satisfacción laboral:	76				
		4. Percepción estrés:	67				
		5. Percepción de la gerencia:	47				
		6. Condiciones laborales:	54				
Kolankiewicz et. Al, 2020	SAQ	1. Clima de trabajo en equipo:	80.4	41	698	Brasil	0.8 Alfa cron boach
		2. Clima de seguridad:	77.8				
		3. Satisfacción laboral:	92.7				
		4. Percepción estrés:	60.5				
		5. Percepción de la gerencia:	75.67				
		6. Condiciones laborales:	85.7				
Mendez et. Al, 2014	Seguridad pacientes en hospitales del sistema nacional de salud de México	1. Percepción seguridad:	79	42	691	México	-
		2. Expectativa y acciones gerencia:	10.5				
		3. Eventos notificados:	85				
		4. Franqueza comunicación:	24.3				
		5. Feed back:	17.8				
		6. Respuesta no punitiva:	43.7				
		7. Dotación personal:	93				
		8. Apoyo gerencial:	31.6				
		9. Trabajo en equipo:	35.6				
		10. Problemas cambio de turno:	35.6				
		11. Transacciones entre servicios:	35.6				
		12. Aprendizaje organizacional:	83				
Silva, Correia, 2016	SAQ	1. Clima de trabo en equipo:	72.7	41	50	Brasil	> 0.7 alfa cronboach
		2. Clima de seguridad:	67.9				
		3. Satisfacción laboral:	82.2				
		4. Percepción estrés:	79.7				
		5. Percepción de la gerencia:	60.3				
		6. Condiciones laborales:	60.7				
Schwonke, Do Silveira, 2016	HSOPSC	1. Promoción seguridad paciente organizacional:	3.72	10	173	Brasil	0.83 Alfa cron boach
		2. Seguridad paciente:	3.72				
		3. Prevención errores:	2.54				
		4. Percepción riesgos y errores:	2.69				
Pinheiro, Da Silva, 2017	HSOPSC	5. Apoyo gestión hospitalaria para seguridad paciente:	41.43	10	203	Brasil	0,95
		6. Trabajo en equipo:	42.71				
		7. Cambio turno:	40.71				
		8. Transferencia entre servicios:	40.71				
Nogueira, Rizaho,	HSOPSC	1. Trabajo en equipo en unidades:	50.2	41	243	Brasil	ANOVA 5 %
		2. Expectativas y acciones del supervisor:	54.1				

Rossato, Faria, 2019		3.	Aprendizaje organizacional:	59.4				
		4.	Comunicación de errores:	43.4				
		5.	Apertura de la comunicación:	47.8				
		6.	Dotación personal:	37.9				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	47.8				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	56.9				
		9.	Trabo en equipo entre unidades:	36.5				
		10.	Transferencias internas:	32				
		11.	Percepción seguridad paciente:	46.2				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	12.7				
Ramos, abeldaño, 2015	HSOPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	59.8	42	203	España	0.92
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	48.6				
		3.	Aprendizaje organizacional:	65.9				
		4.	Comunicación de errores:	75				
		5.	Apertura de la comunicación:	19.4				
		6.	Dotación personal:	50.1				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	64.4				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	37.9				
		9.	Trabo en equipo entre unidades:	32.6				
		10.	Transferencias internas:	52.9				
		11.	Percepción seguridad paciente:	38				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	41.3				
Martinez, Arango, Areiza, Giraldo, 2017	AHRQ	1.	frecuencia eventos:	0.88	42	467	EE.UU	0.74 alfa cronboach
		2.	Percepción seguridad:	0.65				
		3.	Expectativas y acciones gerenciales:	0.84				
		4.	Aprendizaje organizacional:	0.68				
		5.	Trabajo en equipo:	0.82				
		6.	Franqueza comunicación:	0.66				
		7.	Respuesta no punitiva:	0.62				
		8.	Dotación personal:	0.64				
		9.	Apoyo a gerencia:	0.81				
		10.	Trabajo en equipo entre unidades:	0.43				
		11.	Cambios de turnos:	0.74				
		12.	Retroalimentación:	0.73				
Sanchis, Do Coro, Giroto y Ribo, 2020	HSOPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	72.6	42	587	Brasil	0.84 alfa cronboach
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	66.5				
		3.	Aprendizaje organizacional:	66.3				
		4.	Comunicación de errores:	58.8				
		5.	Apertura de la comunicación:	28.5				
		6.	Dotación personal:					
		7.	Respuesta no punitiva al error:	21.4				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	48.5				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	41.2				
		10.	Transferencias internas:	43.6				
		11.	Percepción seguridad paciente:	46.5				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	59.1				
Picolotto, Morales, De Gosperil, 2019	SAQ	7.	Clima de trabajo en equipo:	68.75	64	13	Brasil	0,8
		8.	Clima de seguridad:	56				
		9.	Satisfacción laboral:	68				
		10.	Percepción estrés:	18.19				
		11.	Percepción de la gerencia:	39				
		12.	Condiciones laborales:	59				
De Macedo, et. al, 2019	MOSPSC	1.	Sección a: eventos que intervienen en la seguridad:	20	51	43	Brasil	0.95 alfa cronboach
		2.	Sección b: intercambio entre otras instituciones:	4.4				
		3.	Sección c: proceso	39.1				
		4.	Sección e: gerentes y lideres	45				
		5.	Sección f: lugar trabajo:	47.3				
		6.	Sección g: evaluación y seguridad paciente:	39.4				
Kawanamoto, De Oliveira, Campus, Salette, Lazarri. 2016	HOSPSC	4.	Expectativas y acciones supervisor:	6.9	42	71	Brasil	-
		5.	Seguridad paciente:	71				
		6.	Cultura seguridad:	60.8				
Fermo, Da Rosa, Morhino, Mendes, 2015	SAQ	7.	Clima de trabo en equipo:	65.9	41	44	Brasil	0,95
		8.	Clima de seguridad:	74.1				
		9.	Satisfacción laboral:	57.5				
		10.	Percepción estrés:	65.9				
		11.	Percepción de la gerencia:	66.9				
		12.	Condiciones laborales:	78.7				
Golle et. al	SAQ	7.	Clima de trabo en equipo:	76	41	215	Brasil	0.837 alfa cronboach
		8.	Clima de seguridad:	73				
		9.	Satisfacción laboral:	88				
		10.	Percepción estres:	60				
		11.	Percepción de la gerencia:	67				
		12.	Condiciones laborales:	91				
Fellizola, Esquivel, Galindo, 2017	AHRQ	1.	Clima de trabajo en equipo		53	3	España	-
		2.	Clima de seguridad					
		3.	Satisfacción laboral					
		4.	Percepción estrés					
		5.	Percepción de la gerencia					
		6.	Condiciones laborales					

Silva, Pedrosa, Lopes, Correia, 2016	AHRQ	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	86.2 71.1 70.9 65.3 66.5 62.5 39.1 58.5 41.5 69.3 33.5 41.3	53	258	Brasil	0.86 alfa cronboach
Henao, Pinillos, 2018	Prueba piloto	1. Actualizaciones: 2. Concepto seguridad paciente: 3. Evento adverso: 4. Atención insegura: 5. Momento lavado de manos:	59 80 24 59 51	3	215	Colombia	0,95
Ramos, Abeldaño, 2017	HSOPSC	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	79.4 65.9 75 50 64.4 32.6 37.9 52.9 38 41.3 48.6 59.8	43	203	España	0.7 alfa cronboach
Ramirez, Gonzalez, 2017	HOSPSC	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	79.4 63 75 74.1 74 32.6 51.9 52.9 51.9 51.9 15 63	42	27	México	-
Sanchis, Do Como, Giroto, Rigo, 2020	HOSPSC	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	77.3 65.9 66.2 63.2 29 40.7 22.5 45.1 39.5 43.6 45 54.4	55	467	Brasil	0.84 alfa cronboach
Camacho, 2020	HOSPSC	Valoración global seguridad del paciente:	45	5	51	Brasil	-
Do Carmo et. Al 2020	HOSPSC	1. Trabajo en equipo en unidades: 2. Expectativas y acciones del supervisor: 3. Aprendizaje organizacional: 4. Comunicación de errores: 5. Apertura de la comunicación: 6. Dotación personal: 7. Respuesta no punitiva al error: 8. Apoyo a la gestión hospitalaria: 9. Trabajo en equipo entre unidades: 10. Transferencias internas: 11. Percepción seguridad paciente: 12. Frecuencia de notificación eventos adversos:	48 60 53 30 41 41 15 43 33 38 33 30	43	301	Brasil	0, 85 alfa cronboach
Silva et. Al 2019	SAQ	1. Clima de trabajo en equipo: 2. Clima de seguridad: 3. Satisfacción laboral: 4. Percepción estrés: 5. Percepción de la gerencia: 6. Condiciones laborales:	72.7 67.9 82.2 79.7 60.3 60.7	41	50	Brasil	>0.7 alfa cronboach
Casthilo, et. Al, 2020	SAQ	6. Clima seguridad: 7. Percepción unidad y gestión: 8. Cultura de seguridad: 9. Satisfacción laboral: 10. Condiciones laborales:	7.89 7.37 6.06 5.89 5.99	41	177	Brasil	>0.7 alfa cronboach

Fasarella, Da Silva, Barberie, 2019	HOSPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	72.27	42	195	Brasil	0.91 cronboach
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	74.47				
		3.	Aprendizaje organizacional:	60				
		4.	Comunicación de errores:	30.44				
		5.	Apertura de la comunicación:	63.63				
		6.	Dotación personal:	39.09				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	24.24				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	19.99				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	28.18				
		10.	Transferencias internas:	40				
		11.	Percepción seguridad paciente:	39.09				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	33.93				
Lopez, Ruiz, Garcia, 2019	MOSPSC CEH	1.	Trabajo en equipo en unidades:	72.27	26	404	España	0.082 alfa cronboach
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	41.82				
		3.	Aprendizaje organizacional:	79.56				
		4.	Comunicación de errores:	44.84				
		5.	Apertura de la comunicación:	45.63				
		6.	Dotación personal:	27.21				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	72.62				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	55.65				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	53.65				
		10.	Transferencias internas:	38.39				
		11.	Percepción seguridad paciente:	56.94				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	67.86				
Carvalho, Gottem, Juliano, Casulari, Donato, 2019	SAQ	1.	Clima de trabajo en equipo:	58.2	41	358	Brasil	0.86 alfa cronboach
		2.	Clima de seguridad:	58.2				
		3.	Satisfacción laboral:	76.2				
		4.	Percepción estrés:	68.8				
		5.	Percepción de la gerencia:	55.2				
		6.	Condiciones laborales:	42.2				
Carvalho, Gottem, Juliano, Casulari, Donato, 2015	SAQ	7.	Clima de trabajo en equipo:	59.1	41	226	Brasil	0.75 alfa cronboach
		8.	Clima de seguridad:	48.9				
		9.	Satisfacción laboral:	70.6				
		10.	Percepción estrés:	74.9				
		11.	Percepción de la gerencia:	44.5				
		12.	Condiciones laborales:	34.5				
Pavan, et. al, 2019	SAQ	1.	Clima de trabajo en equipo:	71.4	41	33	Brasil	>0.5 %
		2.	Clima de seguridad:	65.9				
		3.	Satisfacción laboral:	83.8				
		4.	Percepción estrés:	78.6				
		5.	Percepción de la gerencia:	65.9				
		6.	Condiciones laborales:	63.2				
Raso et. al, 2018	HSOPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	72.27	42	32	EE.UU	>0.5
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	41.82				
		3.	Aprendizaje organizacional:	95				
		4.	Comunicación de errores:	80				
		5.	Apertura de la comunicación:	84				
		6.	Dotación personal:	41				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	82				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	31				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	82				
		10.	Transferencias internas:	66				
		11.	Percepción seguridad paciente:	74				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	80				
Arrieta, Suarez y Hakim, 2016	HSOPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	66	42	1674	EE.UU	>5 alfa cronboach
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	49				
		3.	Aprendizaje organizacional:	39				
		4.	Comunicación de errores:	37				
		5.	Apertura de la comunicación:	37				
		6.	Dotación personal:	27				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	37				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	39				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	43				
		10.	Transferencias internas:	41				
		11.	Percepción seguridad paciente:	44				
		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	30				
Andrade et. al 2018	HSOPSC	1.	Trabajo en equipo en unidades:	72.27	42	1576	Brasil	0,85 alfa cronboach
		2.	Expectativas y acciones del supervisor:	86.4				
		3.	Aprendizaje organizacional:	87.6				
		4.	Comunicación de errores:	44.84				
		5.	Apertura de la comunicación:	72.5				
		6.	Dotación personal:	70.1				
		7.	Respuesta no punitiva al error:	46.3				
		8.	Apoyo a la gestión hospitalaria:	90.2				
		9.	Trabajo en equipo entre unidades:	77.3				
		10.	Transferencias internas:					
		11.	Percepción seguridad paciente:	63.2				

		12.	Frecuencia de notificación eventos adversos:	61.5				
Soares et. al, 2019	SAQ	1.	Clima de trabajo en equipo:	77.38	36	28	Brasil	>0.7 alfa cronboach
		2.	Clima de seguridad:	69.90				
		3.	Satisfacción laboral:	88.04				
		4.	Percepción estrés:	67.19				
		5.	Percepción de la gerencia:	60.71				
		6.	Condiciones laborales:	74				
Tondo, Brito, 2017	SAQ	1.	Clima de trabajo en equipo:	81.97	41	329	Brasil	>0.7 alfa cronboach
		2.	Clima de seguridad:	73.86				
		3.	Satisfacción laboral:	73.80				
		4.	Percepción estrés:	70.02				
		5.	Percepción de la gerencia:	65.96				
		6.	condiciones laborales	59.64				
De Souza et, al, 2019	SAQ	1.	Clima de trabajo en equipo:	81.97	62	349	Brasil	0.86 alfa cronboach
		2.	Clima de seguridad:	73.86				
		3.	Satisfacción laboral:	73.80				
		4.	Percepción estrés:	70.02				
		5.	Percepción de la gerencia:	65.96				
		6.	condiciones laborales:	59.64				

Fuente: Elaboración Propia



## Conclusiones

Los resultados de la revisión integrativa realizada permitieron identificar que, Brasil es el país en el que más se realizaron estudios en los últimos 10 años sobre la valoración de la seguridad del paciente con un aporte de 62,5% de los artículos científicos encontrados en las bases de datos, demostrando así que es un promotor fehaciente de la seguridad en la prestación de servicios en cualquier nivel de complejidad o tipo de prestación de servicios y en todas las profesiones de la salud.

Así mismo es importante agregar que con respecto a los instrumentos utilizados en el continente americano, son muy pocos los países que han logrado la validación para la aplicación e investigación, por lo cual se hace evidente la necesidad de investigaciones futuras encaminadas a la validación de instrumentos y con ello facilitar el camino para el mejoramiento de la atención en salud.

En relación a lo anterior se puede concluir que el clima y la cultura de seguridad se pueden medir a través de diferentes instrumentos validados, dicha medición permite identificar entre otras cuestiones las características laborales y/o de clima organizacional que influyen directamente sobre la seguridad del paciente. En este sentido, es posible indicar que la percepción de los profesionales de la salud tiene una tendencia negativa y en su mayoría está relacionada con las dimensiones que apuntan a la gerencia y administración de los hospitales.

De igual forma, se puede concluir que la apreciación del clima de seguridad del paciente (60,63%) en los hospitales y servicios de salud en el continente americano se encuentra por debajo del promedio estandarizado por la AHRQ, y por el contrario la percepción de cultura de seguridad del paciente (78,2%) se encuentra sobre el estándar sugerido (75%).

## Referencias

- Arias J., & Gómez, R., “La cultura de la seguridad del paciente: Enfoques y metodologías para su medición. CES Medicina”, 2017, 179-190. Fuente de internet, recuperado julio 2020, doi: <http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.21615/cesmedicina.31.2.7>
- Alejandro A, Suárez, A, Galed H, Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru, International Journal for Quality in Health Care, Volume 30, Issue 3, April 2018, Pages 186–191, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx165>
- Andrade, L, Lima, J, Souza F, Vieira J, Romero F, Farias, L, Costa, P, Medeiros C & Gama, Z. (2018). Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 161-172. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>
- Andrade, L, et al. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 7 Setembro 2020], pp. 455-468. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004>.
- Barbosa, M, Floriano, D, Oliveira, K, Nascimento, K, & Ferreira, L. (2016). PATIENT SAFETY CLIMATE AT A PRIVATE HOSPITAL. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3), e1460015. Epub September 12, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001460015>
- Bezerra, T, Valim, M, Santos, E, Lima, J, & Ribeiro, A. (2019). Percepción del equipo de enfermería del clima de seguridad organizacional de un hospital público. *Enfermería Global*, 18(53), 86-133. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.309061>
- Camacho, D. (2020). MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(1), 141-153. <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>
- Castilho, D, Carvalho, Silva, A, Gimenes, F, Nunes, R. de Lima, Pires, Andrade C, & Bernardes, C. (2020). Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3273. Epub June 01, 2020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3353.3273>
- Carvalho, P, Soares, C, Souza, J, Casulari, L, & Gottens, L (2019). Assessment of safety culture in a public hospital in the Federal District, Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl. 1), 252-258. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>
- Carvalho, P, Göttems, L, Pires, M, & Oliveira, M. (2015). Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1041-1048. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>
- Carmo, J, Mendoza, I, Goveia, V, Souza, K, Manzo, B, & Guimarães, G. (2020). Culture of patient safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190576. Epub July 13, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>

- Cindy P., Lopéz, J, Rivas, P, & Myriam, G. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de bogotá. *Revista De La Facultad Nacional De Salud Pública*, Fuente de internet, recuperado julio 2020, <http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.7705/biomedica.v34i0.169>
- de Macedo, de Almeida, A, Campos, Borges, F., Figueiredo, K., Peres, A., & Assis, F. (2019). Patient safety culture: Evaluation of nurses in primary health care. *Enfermería Global*, 18(4), 387-397. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.6018/eglobal.18.4.352261>
- de Souza, M., Ongaro, J., Lanes, T., Andolhe, R., Kolankiewicz, A., & Magnago, T. (2019). Patient safety culture in the primary health care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(1), 27-34. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.1590/0034-7167-2017-0647>
- Del Río, J., Munares, A. y Montalvo, H. (2013). Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*. Vol. 3 N° 1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Recuperado agosto de 2020, <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/87>
- Efermagem, “PATIENT SAFETY CULTURE: PERCEPTION OF NURSES IN A CARDIOPNEUMOLOGY REFERENCE CENTER”, fuente de internet, recuperado agosto 2020, [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100388&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100388&script=sci_arttext&tlng=en).
- Enfermería Universal, “Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina”, fuente de internet, recuperado agosto 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>.
- Etchegaray J, Thomas E, Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety *BMJ Quality & Safety* 2012;21:490-498. <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/6/490.info>
- Fassarella, C, Silva, L, Camerini, F, & Figueiredo, M, Barbieri. (2019). Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767-773. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
- Fermo, V., Radünz, V., & Marinho, M. (2015). Patient safety culture in a bone marrow transplantation unit/Cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula Óssea/Cultura de seguridad del paciente en unidad de trasplante de médula ósea. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 68(6), 827-834. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.1590/0034-7167.2015680620i>
- F. Ramos, Cocaa R. Abeldano. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes. Córdoba, Argentina, 2017. *Revista Enfermeria Universitaria*, 14(1) Retrieved <https://www-sciencedirect-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/science/article/pii/S1665706316300720#bibl0005from>
- France, D. Greevy, R. Liu, X, Burgess, H, PharmD, Dittus, R, Weinger, M, Speroff, T, Measuring and Comparing Safety Climate in Intensive Care Units, retrieved from: [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2010/03000/Measuring\\_and\\_Comparing\\_Safety\\_Climate\\_in.13.asp](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2010/03000/Measuring_and_Comparing_Safety_Climate_in.13.asp)

- Golle, L., Ciotti, D., Herr, G., Aozane, F., Schmidt, C., & Kolankiewicz, A. (2018). Culture of patient safety in hospital private. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 85-89,85A-89A. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>
- Huang, D. Clermont, G, Sexton, B, Karlo, C, Miller, R. Weissfeld, L, Rowan, K, Angus, D (2010) Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution\*, retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17110876/>
- "IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud". Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Fuente de internet, recuperado julio 2020, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>.
- León, C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(3) Recuperado en 04 de septiembre de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&lng=es&tlng=es).
- Lima, F. , Souza, N, Vasconcelos, P. de Freitas, C. Aires, J, & Oliveira, A. (2014). Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería/Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem/Implications of patient safety in the practice of nursing care. *Enfermería Global*, 13(3), 293-309. Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1664837362?accountid=50441>
- López, E, Ruiz, M, & Cruz G,. (2019). Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horizonte sanitario*, 18(2), 201-210. Epub 00 de mayo de 2019. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2727>
- Martinez C , Durango J , Correa S y Palaciaos D, “Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud”, fuente de internet, recuperado agosto 2020, <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v17n33/1657-8953-ccso-17-33-00277.pdf>
- Méndez, C., Hernández, R., Salinas, J., Castillo, S., García, S., & Hernández, E. (2014). Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. *Revista Cuidarte*, 5(2), 774-781. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.15649/cuidarte.v5i2.92>
- M.E. Ramírez A. González A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. , Coyoacán (Ciudad de México), México, 2017. *Revista Enfermería Universitaria*, 14(1) Retrieved <https://www.sciencedirect-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/science/article/pii/S1665706317300210>
- Natalia, C. & Hernández P. (2018). CONOCIMIENTOS DE LOS ODONTÓLOGOS INDEPENDIENTES SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS. MEDELLÍN, COLOMBIA, 2017. *Revista De La Facultad De Odontología Universidad De Antioquia*, 29(2) Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/2138067177?accountid=50441>

- Organización Mundial de la Salud, “Concepto Seguridad del Paciente”. Fuente de Internet, Recuperado julio del 2020, [https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
- Organización Mundial de la Salud y IBEAS, “red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica”, fuente de internet, Recuperado julio 2020, [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).
- Olga, Felizzola, Parra, E., & Gómez, A. (2017). Cultura de seguridad del paciente en la prestación de servicios profesionales de terapia ocupacional. *Salud Uninorte*, 33(3) Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://www-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1984776772?accountid=50441>
- Pavan N, Magalhães A, Poncio D, Ascari R, Zanini P, Knih Neide da Silva et al . Cultura de segurança do paciente no transplante renal no oeste catarinense. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Sep 05] ; 32( 4 ): 398-405. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000400398&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400398&lng=en). Epub Aug 12, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900055>.
- Picolotto, A., Barella, D., Moraes, F. R., & de Gasperi, P. (2019). The patient safety culture of a nursing team from a central ambulatory. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 11(2), 333-338. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.9789/2175-531.2019.v11i2.333-338>
- Pinheiro, M. & Junior, O. . (2017). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario/Avaliação da cultura de segurança do paciente na organização hospitalar de um hospital universitário/Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. *Enfermería Global*, 16(1), 309-324. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.6018/eglobal.16.1.238811>
- R.A. Zárate, Salcedo S. Olvera, S. Hernández, c, J. Barrientos M. Pérez, S. Sánchez A. Dávalos-Alcázar g, G. Campuzano y Terrazas-R. Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermria: un estudio multicentrico en Mexico, 2017. *Revista Enfermeria Universitaria*, 14(4) Retrieved <https://www-sciencedirect-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/science/article/pii/S1665706317300659>
- Raso, Uris J., Nolasco A., Grau-Jornet, G., Revert R., Jiménez, R., Sánchez, R, Chamorro-Fernández, C. I., Marco-Francés, E., & Albero-Martínez, J. V. (2018). Análisis de la cultura de seguridad en una Unidad de Cardiología gestionada por procesos [Analysis of the safety culture in a Cardiology Unit managed by processes]. *Archivos de cardiologia de Mexico*, 88(3), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2017.03.003>
- Rhanna E, Lima de Carvalho, Bortoli ,Cassiani. (2017) Cuestionario de actitudes de seguridad: adaptación transcultural del Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 para Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original 20(3):[xx pantallas] maio-jun. 2012. Recuperado de: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a20v20n3.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a20v20n3.pdf)
- Rocco, C, Garrido-A (2017) seguridad del paciente y cultura de seguridad. [RDO. MEDICINA. CLIN. CONDES - 2017; 28 (5) 785-795] <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301268?token=CA6872100FFE5C495FE2F47705A3586105BA4D669AE37DBD9A78CCA6E632A95A6BF68BFA7A09B2258A882DD2ACA045EA>

- Sanchis, D, Haddad, M do Carmo Fernandez L, Giroto, E y Silva, A. (2020). Cultura de seguridad del paciente: percepción de los profesionales de enfermería en instituciones de alta complejidad. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (5), e20190174. Publicación electrónica 1 de julio de 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Sanchis, D, Haddad, M do Carmo Fernandez L, Giroto, E y Silva, A. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190174. Epub July 01, 2020.<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Silva, A, Cavalcante, G, Ferreira, Lima, J, Sousa, M, Sousa, T, & Nunes, R. (2019). Avaliação do clima de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar: um estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03500. Epub December 02, 2019.<https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018027203500>
- Silva, E. M. B., Pedrosa, D. L. L., de Leça, Andrea Patrícia Correia, & Silva, D. M. (2016). Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture/Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico/Percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad del paciente pediátrico. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(9), 87-94. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.12707/RIV16007>
- Silva, E., Pedrosa, D., Correia, A, & Silva, D. (2016). Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture/Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico/Percepción de los profesionales de la salud acerca de la cultura de seguridad del paciente pediátrico. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(9), 87-94. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.12707/RIV16007>
- Schwonke, C., Filho, W., Lunardi, G da Silveira, R., Rodrigues, M., & Guerreiro, M. (2016). Safety culture: The perception of intensivists nurses/Cultura de segurança: A percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas/Cultura de seguridad: La percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería Global*, 15(1), 233-243. Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search-proquest-com.proxy.bidig.areandina.edu.co/docview/1773938361?accountid=50441>
- Soares de Souza, V, Ramos, M, Rodrigues, R, Ferreira de Lima, W, & Misue, L (2019). Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem. *Avances en Enfermería*, 37(1), 83-91. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72594>
- Tondo, J, & Guirardello, E. (2017). Perception of nursing professionals on patient safety culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1284-1290. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>
- Kawamoto, A., de Oliveira, J., Campos, T, & Nicola, A. (2016). Liderança e cultura de segurança do paciente: Percepções de profissionais em um hospital universitário/Leadership and patient safety culture: Perceptions of professionals in a university hospital/Liderazgo y cultura de seguridad del paciente: Percepciones de profesionales en un hospital universitario. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4387-4398. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bidig.areandina.edu.co/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>

- Kolankiewicz, At, Schmidt, C, Carvalho, R, Spies, J, y Lorenzini, E, (2020). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de todos los trabajadores de un hospital general. Revista Gaúcha de Enfermagem , 41 , e20190177. Epub 27 de abril de 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190177>
- Wilpert, B. (2001). The relevance of safety culture for nuclear power operations. Londres: Taylor & Francis. Fuente de internet, Recuperado agosto 2020, [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382012000200006#:~:text=La%20cultura%20de%20la%20seguridad%20de%20una%20organizaci%C3%B3n%20es%20el,la%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20seguridad.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382012000200006#:~:text=La%20cultura%20de%20la%20seguridad%20de%20una%20organizaci%C3%B3n%20es%20el,la%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20seguridad.)