



Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Camacho Rodríguez, Doriam Esperanza
MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN PROFESIONALES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 25, núm. 1, 2020, Enero-Junio, pp. 141-153
Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309165079010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

*Doriam Esperanza Camacho-Rodríguez**

Recibido en julio 16 de 2018, aceptado en agosto 06 de 2018

Citar este artículo así:

Camacho DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (1): 141-153 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.11

Resumen

Objetivo: determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. **Materiales y métodos:** estudio correlacional de corte transversal, en el que participaron 51 profesionales de la salud de 14 centros de salud de Bucaramanga en 2017. Se utilizó la encuesta Cultura de seguridad del paciente en atención primaria. La información se analizó mediante el paquete estadístico PAST versión 3.08 y se aplicaron las pruebas estadísticas χ^2 de homogeneidad y U de Mann Whitney. **Resultados:** se evidenció que ninguna de las dimensiones fue categorizada como fortaleza o debilidad y se obtuvo una puntuación global positiva de 45%. La cultura de seguridad fue mejor valorada por la población femenina y entre los profesionales de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Las dimensiones con mejor calificación fueron puntuación global e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad, profesión, antigüedad en el trabajo, número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato. **Conclusiones:** la cultura de seguridad del paciente en las instituciones evaluadas no se percibe como una fortaleza, evidenciando la necesidad de planes de mejoramiento orientados a esta área.

Palabras clave

Atención primaria de salud, gestión de la seguridad, seguridad del paciente, cultura organizacional, gestión de riesgos (fuente: *DeCS*, *BIREME*).

* Enfermera. Doctora en Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: doricama@yahoo.es
ID  orcid.org/0000-0003-4547-718X. 



MEASURING OF THE PATIENT SAFETY CULTURE IN PRIMARY CARE HEALTH PROFESSIONALS

Abstract

Objective: to determine the level of patient safety culture in primary care health professionals. **Materials and methods:** cross-sectional correlational study, in which participated 51 health professionals of 14 Health Centers in Bucaramanga in 2017. The Survey on Patient Safety Culture in Primary Care was used. The information was analyzed using the statistical package PAST, version 3.08, and the chi-square test of homogeneity and the Mann Whitney U test. **Results:** It was evidenced that none of the dimensions was categorized either as a strength nor as a weakness and a positive global score of 45% was obtained. The safety culture was better valued by the female population and among the professionals in occupational therapy, speech therapy and physiotherapy. The dimensions with the best rating were global score and information exchange with other assistance services. Significant differences were found with the variables age, profession, seniority at work, number of hours worked in the week and type of contract. **Conclusions:** the culture of patient safety in the institutions evaluated is not perceived as a strength, evidencing the need for improvement plans oriented to this area.

Key words

primary health care, safety management, patient safety, organizational culture, risk management (*source: MeSH, NLM*).

MEDIÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ATENÇÃO PRIMARIA

Resumo

Objetivo: determinar o nível de cultura de segurança do paciente em profissionais de saúde de atenção primária. **Materiais e métodos:** estudo correlacional de corte transversal, no que participaram 51 profissionais da saúde de 14 centros de saúde de Bucaramanga em 2017. Utilizou-se a enquête Cultura de segurança do paciente em atenção primária. A informação se analisou mediante o pacote estatístico PAST versão 3.08 e se fizeram as provas estadísticas χ^2 de homogeneidade e U de Mann Whitney. **Resultados:** Evidencio se que nenhuma das dimensões foi categorizada como fortaleza ou fraqueza e se obteve uma pontuação global positiva de 45%. A cultura de segurança foi melhor valorada pela povoação feminina e entre os profissionais de terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia. As dimensões com melhor qualificação foram pontuação global e intercambio de informação com outros serviços assistenciais. Encontraram se diferenças significativas com as variáveis idades, profissão, antiguidade no trabalho, número de horas trabalhadas na semana e tipo de contrato. **Conclusões:** a cultura de segurança do paciente nas instituições avaliadas não se percebe como uma fortaleza, evidenciando a necessidade de planos de melhoramento orientados a esta área.

Palavras chave

Atenção primária de saúde, gestão da segurança, segurança do paciente, cultura organizacional, gestão de riscos (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema de gran interés en todos los sistemas de salud del mundo, ya que como consecuencia de las fallas en la atención de salud se pueden generar eventos adversos que implican sobre costos para las instituciones (1) y en el caso de salud pública acrecientan las discapacidades y los gastos de los usuarios (2), impactando de manera negativa a nivel humano, político, económico y social (3). En Estados Unidos, aproximadamente 75.000 hospitalizaciones al año se deben a eventos adversos evitables producidos en pacientes ambulatorios y terminan en 4.839 lesiones graves permanentes y 2.587 muertes (4); por su parte, en Colombia la incidencia de eventos adversos en atención primaria fue del 2,4% y estuvo relacionada con la medicación, la prescripción, fallos en la comunicación y otros motivos; y de ellos, más de una tercera parte se pudieron haber evitado (5), por lo cual se hace necesaria la implementación de una cultura de seguridad del paciente que promueva la prevención, el reporte y análisis de los eventos adversos.

Según el diccionario de la lengua española, la cultura se define como “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social”, lo cual sumado a la definición de seguridad del paciente, supone las acciones orientadas a la creación de valores, competencias, percepciones y comportamientos orientados a la promoción de la seguridad del paciente (6).

Sobre cultura de seguridad del paciente son varios los estudios que se han realizado, a nivel hospitalario (7-14); no obstante, son pocos los estudios en el área de atención primaria (15-18); de hecho, el único estudio de alto impacto es el estudio AMBEAS (5). Esto puede deberse a que la atención se presta en entornos diversos, involucra múltiples consultas, profesionales y registros (15), así como la articulación de todos los niveles de atención, dificultando la identificación

del momento exacto en el que ocurrió el evento adverso (19).

Una de las políticas fomentada para la prevención de eventos adversos es la promoción de una cultura de seguridad del paciente que favorezca el reporte de eventos adversos (20) en un ambiente no punitivo (21) y en un entorno reflexivo, a través de una comunicación fluida entre el personal de salud, el paciente y la familia, la capacitación del personal nuevo en el tema de seguridad del paciente y la implementación de un código de buenas prácticas (22, 23). Sobre este tema en particular son pocas las referencias en atención primaria, razón por la cual este trabajo busca identificar la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria en salud de Bucaramanga, Colombia, y de esta manera, proponer planes de mejoramiento que conduzcan a mejorar la cultura de seguridad del paciente y por ende la calidad de la atención en dicha población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, transversal, prospectivo en el que participaron 51 profesionales de ciencias de la salud (medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, odontología, fonoaudiología y nutrición) que laboraban en 14 centros de salud del sector público, de la ciudad de Bucaramanga, Colombia.

La muestra fue intencional (24) y contó con el aval de las directivas de la oficina de calidad de la institución prestadora de servicios de salud que agrupa los centros de salud, de tal forma que se contara con una muestra representativa de cada zona geográfica de Bucaramanga. Como criterio de inclusión se consideró que el profesional deseara participar voluntariamente en la investigación y se excluyeron a aquellos profesionales que no pudieron ser contactados después de tres intentos. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue la Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria, la cual

es la versión traducida y validada al español con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,96 (25) de la encuesta médica Office Survey on Patient Safety Culture (26). El mismo fue autodiligenciado en el lugar de trabajo de forma física, una tuvo duración aproximada de 20 minutos; no obstante, para los profesionales que no se pudieron contactar de forma presencial al segundo intento, se les envió un vínculo virtual para el diligenciamiento de la encuesta.

Para el análisis de los datos se codificaron las respuestas en tres grupos, así: negativas: muy en desacuerdo/en desacuerdo, nunca/rara vez, pobre/regular, diariamente-semanalmente; neutras: ni de acuerdo/ni en desacuerdo, a veces, bueno, mensualmente/varias veces en los últimos 12 meses; positivas: de acuerdo, muy de acuerdo, la mayoría de las veces, muy bueno, excelente; datos perdidos: No sabe/no responde (16). De igual forma, se clasificaron las dimensiones siguiendo los criterios de la Agencia para la investigación y calidad de salud de Estados Unidos (26), que establece que una dimensión es una fortaleza si obtiene más del 75% de respuestas positivas, o es una debilidad si obtiene más del 50% de respuestas negativas.

El análisis se realizó a través del paquete estadístico PAST versión 3.08 (27). Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó X^2 cuadrado de homogeneidad y para las variables cuantitativas la prueba U de Mann Whitney.

El proyecto se desarrolló con el aval del Comité de investigación y la Subdirección científica de la institución prestadora de servicios de salud, siguiendo las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993, por lo cual los participantes firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

El 64,7% (33) de los profesionales de la salud que participaron en el estudio eran de sexo femenino y el 35,3% (18) de sexo masculino; con una mediana de edad de 35 años y un mínimo de 21 años y máximo 60 años. La mayoría de profesionales, eran médicos ($n=28$; 54,9%), seguidos por enfermeros ($n=13$; 25,5%), odontólogos ($n=5$; 9,8%), fisioterapeutas ($n=2$; 3,9%), fonoaudiólogo ($n=1$; 2%) y nutricionista ($n=1$; 2%); con formación de pregrado ($n=41$; 80,4%); tenían una vinculación de entre 2 meses y 1 año ($n=15$; 29,4) y de 1 a 3 años ($n=14$; 27,5%); y trabajaban en la semana entre 1 y 48 horas, predominando el grupo que trabajaba medio tiempo, de 17 a 24 horas ($n=16$; 31,4%) y de 5 a 16 horas ($n=14$; 27,5%).

Análisis de las dimensiones de cultura de seguridad

Acorde con los criterios de la Agencia para la investigación y calidad de salud de Estados Unidos (26), no se puede catalogar ninguna dimensión como fortaleza, ya que ninguna obtuvo el 75% de respuestas positivas; no obstante, tampoco hubo debilidades porque ninguna dimensión obtuvo más del 60% de respuestas negativas.

La valoración global de seguridad del paciente fue del 45% ($n=23$) de respuestas positivas, el 20% ($n=10$) de respuestas negativas y el 35% ($n=18$) de respuestas neutras, siendo mejor calificada por las mujeres ($n=16$; 48,5%) que por los hombres ($n=7$; 38,9%). Las dimensiones mejor calificadas fueron: puntuación global (63% de respuestas positivas) e intercambio de información con otros servicios asistenciales (59% de respuestas positivas) (Ver tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de cultura de seguridad del paciente.

Valoración Dimensiones	Negativa		Neutra		Positiva		Valores perdidos*	
	f	%	f	%	f	%	F	%
A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.	37	9	57	14	225	55	89	22
B. Intercambio de información con otros servicios asistenciales	14	7	34	17	120	59	36	17
C. Trabajando en el centro de salud	250	26	146	15	510	53	62	6
D. Comunicación y seguimiento	177	32	103	18	230	41	51	9
E. Apoyo al liderazgo	44	22	31	15	58	28	71	35
F. En el centro	113	32	39	11	173	48	32	9
G. Puntuaciones globales	33	13	61	24	161	63	-	-

* Estos valores se consideran perdidos porque no fueron contestados por los profesionales encuestados

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los resultados de las dimensiones y las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas con la edad, profesión, antigüedad en el trabajo, número de horas trabajadas en la semana y tipo de contrato.

Diferencias significativas según la edad

Se encontraron diferencias significativas entre la edad y las dimensiones: aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad e intercambio de información con otros servicios asistenciales, obteniendo valores positivos superiores al 50% en los grupos de edad más jóvenes como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas positivas según la edad de los profesionales de salud.

Dimensiones	24 a 30 años	31 a 37 años	38 a 44 años	45 a 51 años	52 a 58 años	P
A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.	58,9	58,3	59,4	37,5	50	0,0001
B. Intercambio de información con otros servicios asistenciales	76	91,7	34,4	17,5	72,2	0,0001

Fuente: Elaboración propia.

Diferencias significativas según la profesión

Se encontraron diferencias significativas en seis dimensiones, las cuales fueron valoradas positivamente por la mayoría de los odontólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales, como se observa en la Tabla 3.

Diferencias significativas según la antigüedad en la institución

En cinco de las siete dimensiones hubo diferencias significativas, obteniendo valores positivos especialmente en el grupo de profesionales que llevan más de 3 años vinculados a la institución, como se observa en la tabla 4.

Tabla 3. Porcentaje de respuestas positivas según la profesión ejercida.

Dimensiones	Médico	Enfermera	Terapia ocupacional	Odontología	Fisioterapia	Fonoaudiología	Nutrición	p
A. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.	51,3	62,5	62,5	87,5	0	0	0	0,0001
B. Intercambio de información con otros servicios asistenciales	49,1	75	50	85	37,5	0	100	0,0001
C. Trabajando en el centro de salud	49,2	60,7	63,2	52,6	47,4	36,8	57,9	0,0001
D. Comunicación y seguimiento	39,3	50,7	18,2	47,3	40,9	27,3	36,4	0,0007
F. En el centro	44,9	51,6	57,1	51,4	57,1	57,1	57,1	0,0051
G. Puntuaciones globales	60	64,6	80	72	80	100	20	0,0002

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Porcentaje de respuestas positivas según la antigüedad en el trabajo.

Dimensiones	Menos de 2 meses	2 meses a 1 año	1 a 3 años	3 a 6 años	6 a menos de 11 años	11 años o más	p
C. Trabajando en el centro de salud	42,1	57,5	52,3	58,9	51,3	42,1	0,0013
D. Comunicación y seguimiento	21,2	37,6	57,1	41,8	27,3	34,1	0,0002
E. Apoyo al liderazgo	16,7	36,7	21,4	25	37,5	37,5	0,0001
F. En el centro	52,4	50,5	49	51,4	53,6	35,7	0,0001
G. Puntuaciones globales	40	69,3	67,1	70	70	35	0,0261

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

El análisis de la cultura de seguridad del paciente es hoy en día un tema necesario de abordar por facilitar la implementación de planes de mejora conducentes a disminuir los eventos adversos e incrementar la calidad de la atención (12). En este estudio la cultura de seguridad obtuvo una puntuación global positiva cercana al 50%, similar a lo encontrado en España por Fajardo (12), donde la puntuación global fue del 49%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, pero sin encontrarse diferencias significativas entre las dos variables, contrario a lo encontrado en un estudio realizado en España, donde el 94% de las mujeres tuvo una percepción positiva (28). De igual forma en este estudio no se reportaron dimensiones como fortalezas o como debilidades, similar a lo reportado en un estudio realizado en España (14).

Al analizar la cultura de seguridad del paciente en relación a la edad del profesional de salud se

evidenció que los puntajes positivos más altos se encontraron en los grupos de edad más jóvenes, lo que podría relacionarse con la reciente inclusión de la temática en la formación de pregrado, ya que la política de seguridad del paciente se implementó en Colombia en 2008 (21); por el contrario, en un estudio realizado en España (28) se halló que el grupo de 56 a 69 años tenía la puntuación más alta.

En relación con la profesión, la puntuación global fue mayor en terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y fonoaudiólogos que en los demás profesionales, contrario a lo hallado en estudios de Perú (29) y Brasil (30), donde los valores más altos de respuestas positivas se obtuvieron en los profesionales de medicina y otro estudio de Brasil (9), donde la percepción más alta la obtuvo enfermería.

Se halló relación entre la valoración positiva de las dimensiones y la antigüedad en el trabajo, similar a lo encontrado en España, donde a mayor

antigüedad mayor valoración positiva de la cultura de seguridad (28). Un hallazgo similar se presentó en una investigación realizada en Brasil en el ámbito de terapia intensiva (31).

La valoración global de la seguridad del paciente fue del 45%, lo que implica la necesidad de establecer acciones dirigidas a fortalecer la cultura de seguridad, a mejorar las dimensiones que sin ser una debilidad requieren una intervención y a fortalecer las que ya tienen valoraciones positivas y que se requiere seguir promoviendo, teniendo en cuenta que el desarrollo de la cultura de seguridad y la capacitación de los profesionales del área de la salud contribuye a la adopción de buenas prácticas, e influye en el mejoramiento del ejercicio profesional (23).

La dimensión mejor calificada fue la puntuación global, que valora dimensiones de calidad asistencial como la puntualidad, eficiencia, efectividad, equidad y calidad centrada en el paciente (32). Esta dimensión es muy importante, ya que en salud se debe poner al paciente como centro, lo cual se puede hacer a través de la estandarización de procesos, el trato personalizado, la integración y continuidad de cuidados, favoreciendo el cumplimiento de los valores de equidad, accesibilidad, efectividad, eficiencia, solidaridad, seguridad y oportunidad (33). De igual forma, la dimensión con menor valoración positiva fue “apoyo al liderazgo”, similar a lo encontrado en España (30), donde esta área se evidenció como un área débil (47%).

La segunda dimensión mejor valorada fue intercambio de información con otros servicios asistenciales, donde se valora el intercambio de información con precisión, completitud y de forma adecuada y oportuna, con los servicios de pruebas diagnósticas, otras consultas médicas, oficina de farmacia y hospitales (32), lo que se representa el trabajo en equipo multidisciplinario, el cual no siempre es bien valorado por los profesionales de salud (34). Al respecto es importante considerar

que en la medida en que el ambiente de trabajo se perciba como una fortaleza, habrá mayor facilidad para que ellos se vinculen a los planes de mejoramiento propuestos (35).

La dimensión con menor valoración fue apoyo al liderazgo, relacionada con la inversión de recursos orientados al mejoramiento de la calidad de la atención en este centro de salud, la atención de los errores o fallos, la priorización de aquellos procesos relacionados con la mejora de la atención a los usuarios y la toma de decisiones basadas en lo que es mejor para ellos. Al respecto, en un estudio realizado en un Hospital de Bogotá (36) se encontró que el liderazgo en seguridad del paciente es importante para consolidar una cultura institucional que sea educativa y no punitiva, de tal forma que se considere en reporte de un evento adverso como una oportunidad para identificar las fallas en la atención y a partir de allí implementar acciones preventivas.

Otro aspecto con valoración baja fue la comunicación y seguimiento, lo cual implica que se debe priorizar dentro de los planes de mejoramiento, ya que dentro de los aspectos priorizados por los pacientes como de vital importancia en la atención de salud están el trato humanizado y personalizado, la empatía de los profesionales de salud, capacidad de respuesta y calidad de la información que facilita dicho personal (37). Al respecto, se debe tener en cuenta que las estrategias preventivas de los eventos adversos en atención primaria son altamente efectivas, porque la mayoría de eventos adversos son evitables, por lo cual es necesario realizar mejoras en la comunicación e información, abordando de esta forma varios de los problemas existentes (38); además, la falta de comunicación afecta la cultura de seguridad del paciente y el proceso de atención de salud (12), por lo cual la discusión del tema en las reuniones de los equipos de atención primaria favorece la definición de áreas de mejora para la mejora de la cultura organizacional (39).

Los resultados de este estudio sirven como referente para futuras investigaciones, teniendo en cuenta que el evaluar a los profesionales de salud permite la reflexión y por ende el fomento de la cultura de seguridad del paciente que incluya el reporte, análisis y discusión de los eventos adversos (40). También es importante el desarrollo de acciones educativas sobre seguridad del paciente centradas en la mejora y optimización de los recursos (41), así como en la atención segura y de calidad, para fomentar la cultura de seguridad tanto en los profesiones como en los equipos de atención primaria (42). Otros aspectos a fortalecer son la estandarización de protocolos, mejoras en el entorno, infraestructura, reducción de la sobrecarga de trabajo, prevención de errores y mayor resolución de conflictos (43).

Aunque las instituciones de salud trabajan hoy en día para la implementación de un programa de seguridad del paciente que implique la generación de una cultura de seguridad; el sistema de seguridad social en salud también tiene el reto de diseñar políticas y herramientas adecuadas, para que se favorezca la seguridad del paciente durante la prestación de servicios de salud orientados hacia la atención primaria (44).

CONCLUSIONES

El estudio de la cultura de seguridad del paciente cobra especial importancia hoy en día, en particular en el área de atención primaria, donde el tema es poco estudiado.

El presente estudio arrojó que la dimensión mejor calificada por los profesionales de la salud fue la

de puntuaciones globales y por el contrario la que obtuvo menor calificación fue la de apoyo al liderazgo. La puntuación global fue mayor en la población de sexo femenino y entre los profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y; además, se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones de calidad y las variables profesión, edad, antigüedad en la institución, horas de trabajo semanal y tipo de contrato.

La principal limitación de este trabajo fue la negativa por parte de algunos profesionales para responder la encuesta, en razón a que se percibía como una herramienta punitiva.

Se recomienda la ejecución de programas de inducción y re-inducción al personal de salud en el tema seguridad del paciente favorece la creación de una cultura de seguridad del paciente; además de la medición periódica y la implementación de planes de mejoramiento acorde con los hallazgos encontrados, que para el caso de estudio, corresponde a las dimensiones de liderazgo y comunicación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara que no existen conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a la Universidad Cooperativa de Colombia por el apoyo para la ejecución de este proyecto.

REFERENCIAS

1. Escobar Pérez B, Lobo López MM, Sala Turrens J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: Estudio de campo en un hospital de primer nivel. *Rev del Inst Int Costos* [Internet]. 2009; (5):271-305. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3363448>
2. Alonso L, Rojas M. Evento adverso y salud pública. *Salud Uninorte* [Internet]. 2009 [cited 2015 Sep 15]; 25(1):1-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81711840001>
3. Vásquez B. Análisis de la percepción respecto al reporte de los eventos adversos y la seguridad del paciente en una IPS de alta complejidad de la ciudad de Medellín [Internet]. Vol. 3, SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión. 2011 [cited 2015 Jul 23]. p. 27. Disponible en: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/signos/article/view/938>
4. Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2007 Apr [cited 2015 Jul 24]; 16(2):127-31. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2653165&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Organización Panamericana de la salud. Estudio AMBEAS (Presentación) [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Resultados_Estudio_AMBEAS_-_Peru.pdf
6. Pinheiro M da P, Junior OC da S. Evaluation of the patient safety culture within the hospital organization of a university hospital. *Enferm Glob*. 2017; 16(1):339-52.
7. Ministerio de sanidad y política social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Madrid; 2009 [cited 2015 Dec 8]. 132 p. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
8. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Jul 23]; 17(3):97-111. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Da Silva Gama Z, De Souza Oliveira A, Saturno Hernández P. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 8]; (2):283-93. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
10. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Av en Enfermería*. 2011; 29(2):363-74.
11. Pérez Castro J, Jaramillo-Esparza C, Olivera-Martínez L, Burgos-Martínez L, Pastrana-Gómez A, González-Olvera A et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Rev CONAMED* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 8]; 19(2):52-8. Disponible en: <file:///D:/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLaCulturaDeSeguridadDelPacienteEnMedic-4760799.pdf>
12. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir* [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 5]; 78(6):527-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010>

13. Camargo Tobías G, Queiroz Bezerra AL, Silvestre Branquinho NC, de Camargo Silva AEB. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Glob* [Internet]. [cited 2015 Dec 8]; 13(33):336-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Saturno P, Da Silva Gama Z, de Oliveira-Sousa S, Fonseca Y, De Souza-Oliveira A y GPI. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 8]; 131(Supl 3):18-25. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13132768&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=139&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v131nSupl.3a13132768pdf001.pdf
15. Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2006; 38(1):25-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13090027>
16. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. [Patient safety culture in family and community medicine residents in Aragon]. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2014; 29(3):143-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X14000037>
17. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2015 Feb [cited 2015 Jul 26]; 27(1):52-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609774>
18. Camacho D, Jaimes N. Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Rev Cubana Enferm*. 2018; 34(1):0-0.
19. Camacho López PA, Gómez-Arbeláez D, García DE, Rey Serrano JJ. La Seguridad del Paciente, estrategia de excelencia para la Atención Primaria en Salud. *Rev del Obs salud pública Santander*. 2012; 7(3):32-4.
20. Mira JJ, Cho M, Dolors M, Rodríguez J, Santacruz J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en America Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):1-7.
21. Ministerio de la Protección social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [Internet]. 2008 [cited 2015 Jul 26]. p. 58. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf>
22. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Atención Primaria* [Internet]. 2012; (7):417-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.014>
23. Paranaguá T, Braga Q, Bezerra AL, Bauer AE, Azevedo F, Gomes M. Eventos adversos : instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Glob*. 2014; 34:206-18.
24. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C, Baptista Lucio, M. Metodología de la investigación. Quinta ed. McGraw Hill, editor. México; 2010. 492-500 p.
25. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en atención primaria [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 12]. 122 p. Disponible en: http://calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/233.pdf

26. Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/userguide/medoffice6.html#Edit>
27. Hammer, O., Harper, D.A.T., Ryan PD. PAST: Pleontological Statistics software package for education and data analysis. 2015.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 5]. p. 116. Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS_DE_LA_CULTURA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_ATENCION_PRIMARIA.PDF
29. Alvarado Gallardo CM. Relación entre el clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro médico naval. [Internet]. Tesis. 2014 [cited 2015 Aug 5]. p. 131. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3678/1/Alvarado_gc.pdf
30. Galhardi NM, Roseira CE, De Souza Orlandi F, De Figueiredo RM. Assessment of the patient safety culture in primary health care. ACTA Paul Enferm. 2018 Jul 1;31(4):409-16.
31. Anders, S., Correia H, Anders, S., Correia H. Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 [cited 2015 Aug 5]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf
32. Culture PS. Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). 2011;
33. La gestión hospitalaria centrada en el paciente [Internet]. [cited 2015 Aug 8]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf>
34. Skodová M, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA. [Opinion of healthcare professionals on patient safety in a primary level hospital]. Rev Calid Asist [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2015 Aug 5]; 26(1):33-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-opinion-los-profesionales-sanitarios-sobre-90000801>
35. Gutiérrez-Cía I, de Cos PM, Juan AY, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado MC, et al. [Perception of safety culture in Spanish intensive care units]. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010 Jul 1 [cited 2015 Jul 12]; 135 Suppl(Supl.1):37-44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-percepcion-cultura-seguridad-los-servicios-13155673>
36. Cárdenas L, Barbosa E. Establecimiento de una línea de base de la cultura de la seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá [Internet]. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología. 2008 [cited 2015 Aug 5]. p. 19-28. Disponible en: <file:///C:/Users/DORIAN CAMACHO/Downloads/Dialnet-EstablecimientoDeUnaLineaDeBaseDeLaCulturaDeLaSegu-4905156.pdf>
37. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calid Asist [Internet]. 2002;17(5):273-83. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X02775179>
38. De la Hija Díaz, M., Torijan M. La medicación: Talón de Aquiles también en atención primaria. Rev Clínica Med Fam. 2011; 4(3):184-5.
39. Torijano Casalengua ML. La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2015 Feb; 8(1):1-3.

40. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Jun 22]; 48(1):3-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656715002474>
41. Paranaguá TT de B, Bezerra ALQ, Tobias GC, Ciosak SI. Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24.
42. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC de, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. *Rev Gauch Enferm*. 2019 Jan 10; 40(spe):e20180133.
43. Souza MM de, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSB de S. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019 Jan 1; 72(1):27-34.
44. Sáenz OLM. The patient safety in the primary health care. An activity that could be overlooked? *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2018; 17(34).