

**Cultura de seguridad del paciente en quirófanos de instituciones de salud de Colombia y Panamá**

Patient safety culture in operating rooms of health institutions in Colombia and Panamá

Johana Gutiérrez Zehr

Universidad de Santander. Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-8082-1471>

johana.gutierrez@udes.edu.co

Lyda Victoria Rueda

Universidad de Santander. Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-8472-2497>

ly.rueda@mail.udes.edu.co

Miguel Pérez

Universidad de Santander. Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-2945-0526>

analitica.academica@udes.edu.co

Adriana Lucía Acevedo Supelano

Universidad de Santander. Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-0119-8472>

adr.acevedo@mail.udes.edu.co

Nina Erika Ronderos

Universidad El Bosque. Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-0760-8839>

nronderos@unbosque.edu.co

Nydia Flóres

Universidad de Santander. Panamá

<https://orcid.org/0009-0000-5197-2473>

nydia.florres@usantander.edu.pa

Carlos Vargas Pedraza

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Colombia

<https://orcid.org/0009-0004-5456-313X>

cavargasp2@gmail.com

Recibido: 13 de octubre de 2025

Aceptado: 15 de diciembre de 2025

DOI: <https://doi.org/10.48204/societas.v28n1.8968>



Resumen

La cultura de seguridad del paciente es fundamental para reducir la incidencia de eventos adversos en entornos de alto riesgo, como las salas de operaciones. El objetivo de este estudio fue evaluar las dimensiones de la cultura de seguridad en personal sanitario. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que participaron 372 individuos de salas de operaciones distribuidas en cuatro ciudades (tres en Colombia y una en Panamá). La recolección de datos se ajustó a las pautas éticas internacionales (CIOMS) y nacionales (Resolución 8430 de 1993, clasificado como “sin riesgo”), y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Resultados: La percepción de la cultura de seguridad en la atención se situó en un nivel intermedio, con una calificación promedio de 8 en una escala de 1 a 10, sin alcanzar el nivel de confianza de 9/10. Se observó una baja adherencia a la notificación de incidentes, con un 53.8% del personal que nunca reporta incidentes o eventos adversos. Ninguna de las dimensiones de la cultura de seguridad fue catalogada globalmente como fortaleza, dado que el porcentaje de respuestas positivas no superó el 60%. No obstante, se halló una relación positiva y entre las dimensiones Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua y Trabajo en Equipo en la Unidad/Servicio. Conclusión. fortalecer estas dimensiones es clave para impulsar la cultura de seguridad del paciente en los servicios de salud de estos países.

Palabras Clave: Seguridad laboral, investigación médica, personal médico, personal paramédico

Abstract

Introduction Patient safety culture is essential for reducing the incidence of adverse events in high-risk environments, such as operating rooms. The objective of this study was to evaluate the dimensions of safety culture among healthcare personnel. **Methodology** A descriptive, cross-sectional, multicenter study was conducted using non-probability convenience sampling, with 372 individuals from operating rooms in four cities (three in Colombia and one in Panama) participating. Data collection complied with international (CIOMS) and national (Resolution 8430 of 1993, classified as “no risk”) ethical guidelines, and informed consent was obtained from all participants. **Results:** The perception of safety culture in care was rated at an intermediate level, with an average score of 8 on a scale of 1 to 10, falling short of the confidence level of 9/10. Low adherence to incident reporting was observed, with 53.8% of staff never reporting incidents or adverse events. None of



the dimensions of safety culture were classified as strengths overall, as the percentage of positive responses did not exceed 60%. However, a positive relationship was found between the dimensions of Organizational Learning/Continuous Improvement and Teamwork in the Unit/Service. Conclusion: Strengthening these dimensions is key to promoting patient safety culture in the health services of these countries.

Keywords: Occupational safety, medical research, medical personnel, paramedical personnel

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] “la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado hasta un mínimo aceptable” (OMS, 2020, p. 299). Por otro lado, el Ministerio de Protección Social de Colombia, considera que la seguridad del paciente es un conjunto de elementos, procesos y metodologías que buscan minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en la atención, así como, mitigar sus consecuencias (Ministerio de Protección Social de Colombia, s.f., p. 16) por lo que se recomienda que el personal médico y paramédico identifique de manera oportuna los riesgos asociados a la atención en salud.

La OMS (2019), estima que, anualmente 2.6 millones de pacientes sufren lesiones que producen discapacidad o mueren a consecuencia de prácticas médicas o atención insegura, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo; señala además que en la actualidad la combinación compleja de procesos tecnológicos e interacciones humanas resultan en un porcentaje elevado en incidentes o eventos adversos para el paciente que deben intervenirse mediante un análisis causal riguroso aplicado mediante el método investigativo.

Aibar-Remón et al. (2019), afirma que, la primera etapa del ciclo de investigación sobre seguridad del paciente debe ser la medición del daño desde un enfoque preventivo y



determinar la magnitud de los riesgos relacionados con la atención en salud, como segunda área debe ser el análisis de los factores que contribuyen a la aparición de resultados adversos estableciendo cuales son evitables o reducibles, como tercero se deben identificar soluciones efectivas y sostenibles para lograr una atención más segura y finalmente se debe evaluar el impacto de los eventos adversos sobre pacientes profesionales y sistema de salud, así como la aceptabilidad y la sostenibilidad de las soluciones. Aibar-Remón et al. (2019), indica además que entre el 10-12% de los pacientes atendidos en instituciones sanitarias tanto en hospitalización como en urgencias sufren algún evento adverso relacionado con la atención recibida, errores que suceden en las organizaciones hospitalarias de todo el mundo (OMS, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) trabaja constantemente en minimizar estos errores mediante la investigación, lo que ha hecho posible determinar las causas que los propician. En la Figura1 se muestra la comparación entre las causas identificadas en los países en desarrollo y en vía de desarrollo, donde se observan similitudes entre sí.

**Figura 1.***Problemas de seguridad del paciente*

Países Desarrollados	Países en Desarrollo o economías en transición
Comunicación y coordinación	Comunicación y coordinación
Problemas institucionales latentes	Problemas Institucionales latentes
Cultura de la seguridad	Cultura de la seguridad
Análisis de coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos	Análisis del coste-efectividad de las estrategias de reducción de riesgos
Indicadores de seguridad del paciente	Indicadores de seguridad del paciente
Consideraciones de factores humanos en el diseño y el funcionamiento de procedimientos y dispositivos	Medicamentos falsificados y calidad inferior a la norma
Tecnología de la información sanitaria/sistemas de información	Formación y habilidad del personal sanitario
El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria	El paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria
Eventos adversos relacionados con los medicamentos	Conocimientos apropiados y transferencia de conocimientos
Atención a las personas frágiles y de mayor edad	Prácticas inseguras en el manejo de las inyecciones
Adhesión al tratamiento por parte del paciente	Prácticas inseguras en el manejo de sangre y derivados
Errores de diagnóstico	Atención de la madre y al recién nacido
Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas	Identificación, desarrollo y aplicación de soluciones localmente efectivas y accequible
Infecciones asociadas a la atención sanitaria	Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Fuente. Organización Mundial de la Salud OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es>

La problemática a la que se enfrentan las instituciones de salud, se interviene mediante gestión de sistemas de calidad con la implementación de la cultura de seguridad del paciente en el que todos los departamentos de la estructura organizacional dirigen sus



objetivos y establecen indicadores de medición para evaluar resultados, desde los gestores directivos, los departamentos administrativos y asistenciales (Wu, et al., 2019)

Es una prioridad la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud, sin embargo este reconocimiento en algunas oportunidades se evidencia más desde la teoría que en la práctica, esto se puede presentar como lo afirma el Doctor Aibar Remón dado a la frecuente rotación de directivos que dificulta establecer estrategias de seguridad del paciente a largo plazo y dar continuidad a mediano plazo, a la vez que una limitada capacidad de gestión pueden ser las causas, para que no se vean reflejados los resultados en la implementación de los esfuerzos de todos los departamentos para mantener una intervención eficaz, con reducción de errores en la atención de los pacientes (Giménez-Júlvez et al., 2017)

De otra parte, cualquier actividad realizada por los humanos lleva consigo un margen de error, la práctica médica o la actividad sanitaria no es la excepción, es por ello que la atención médica también es vulnerable al error. Los diferentes acercamientos realizados y direccionados a la seguridad del paciente parten de las teorías que han dado resultados en otras organizaciones, las consideradas de alto riesgo y que han tenido efectos positivos; pero en la atención de salud estos errores así sean inherentes a la naturaleza humana deben corregirse y evitarse.

Por lo tanto este estudio que se realiza en Latinoamérica tiene como objetivo evaluar la percepción del equipo de salud sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en el servicio de cirugía de instituciones de Colombia y Panamá, con el fin de poder identificar un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, analizando aspectos profesionales, éticos, de relacionamiento, de conducta, del uso eficiente de los recursos, de la evaluación del riesgo y del apoyo gerencial y de la satisfacción del trabajador, los cuales inciden en la calidad de vida de



los pacientes, de los servicios de salud y de la sostenibilidad financiera de las instituciones debido a los altos costos que conllevan los eventos adversos y la no calidad en la prestación del servicio.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción del equipo de salud sobre la cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía de instituciones de salud en Colombia y Panamá. Se busca, de este modo, mejorar la calidad de vida laboral, el ambiente de trabajo y las relaciones entre los trabajadores, lo que, a su vez, contribuirá a elevar la calidad de los servicios médicos ofrecidos a la población.

Metodología

Diseño del estudio. Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, multicéntrico (Lorenzo García, 2024), entre el año 2018 y 2019.

Población y muestra. La población estuvo conformada por personal del área asistencial y administrativa que labora en instituciones de salud públicas y privadas de Colombia y Panamá.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, y estuvo compuesta por 372 individuos que se encontraban en salas de operaciones. El estudio se llevó a cabo en cuatro ciudades distribuidas entre Colombia y Panamá, con una participación porcentual muy similar: Colombia: Ciudad 1: 26.6%, Ciudad 2: 27.2%, Ciudad 3: 26.1% y Panamá: Ciudad 4: 20.2%

A este personal se le aplicó, sin modificaciones, el cuestionario sobre seguridad de los pacientes; versión española adaptada del Hospital Survey on Patient Safety (Universidad de Murcia, 2005), que determina el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente. Los datos fueron analizados a través de Software estadístico SPSS ver. 25.0

***Principios éticos del estudio.***

Regulación Ética: Esta investigación se enmarcará dentro de la Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005); se cumplió con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] (OPS y CIOMS, 2017). A nivel nacional, la investigación se rigió por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, bajo la cual el estudio se clasifica como “sin riesgo”.

Procedimientos Éticos: El protocolo de estudio obtuvo la aprobación de los comités de ética de las instituciones o programas participantes. Adicionalmente, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

Manejo ético de la Información: El tratamiento y la gestión de los datos personales se realizó en estricto cumplimiento de la normativa colombiana vigente en materia de protección de datos, específicamente (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013), así como la Ley bajo el principio de Protección de los datos personales en Panamá (Ley 81 de 26 de marzo de 2019 y Decreto Ejecutivo N° 285 de 28 de marzo de 2021 que reglamenta dicha ley).



Resultados

Datos generales del personal médico y paramédico encuestado

El 24.2 % del personal encuestado estuvo representado por Instrumentadores Quirúrgicos seguido de un 23.4% del personal de Enfermería, el 21.2% correspondió a las Auxiliares de enfermería, el 11% a Médicos cirujanos, el 8.6% a personal administrativo en salud, el 5.1% a Farmacéuticos y el 3.2% correspondió a Fisioterapeutas y a otras profesiones del área de la salud. Todos los perfiles ejercen funciones que requieren cumplimiento de los atributos de calidad para una atención segura en salud.

En las ciudades de estudio la población lleva un rango de 1 a 25 años de servicio en promedio, hallando que en la ciudad 3 y 4 de Colombia y Panamá, algunas personas que participaron en el estudio superan los 20 años prestando sus servicios en Instituciones de salud, mientras que en la ciudad 1 y 2 el personal lleva menos de 20 años trabajando.

De otra parte, de acuerdo al número de horas que se trabaja durante la semana, el promedio está en 43.7 horas, siendo mayor el número de horas de trabajo en la ciudad 1 en un promedio de 47 horas de trabajo, comparado con la ciudad 3 que es la que menos horas de trabajo muestra y corresponde a una media de 40 horas durante la semana. En ninguna de las ciudades las horas de trabajo semanales sobrepasan las 48 horas estando en concordancia con la reglamentación laboral de Colombia y Panamá establecida en 48 horas. El personal de salud no tiene sobrecarga en horas de trabajo durante la semana y por lo tanto no es una variable significativa que favorezca los errores en la atención en salud en las ciudades en las que se realizó el estudio.

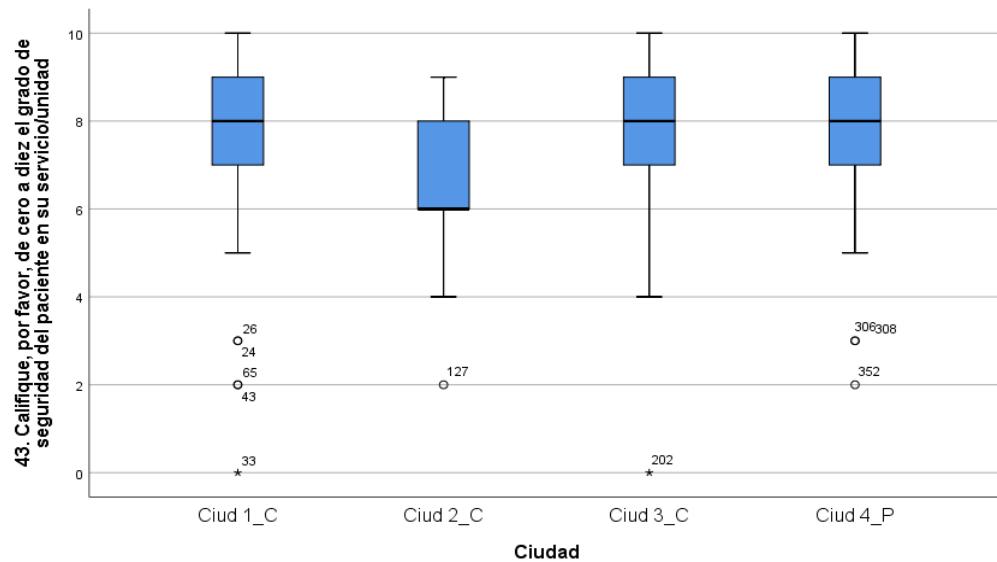
Conocer el grado de interacción con el paciente (contacto directo con el paciente) es importante al evaluar la percepción del equipo de salud sobre el grado de seguridad en la atención, se identificó que el 94% de la población participante tienen relación directa



con el paciente y que el 5.7% no ejercen cargos asistenciales que requieran atención directa con el paciente, pero que si cumplen funciones de coordinación que exigen garantizar procesos administrativos que propician ambientes de calidad en la atención en salud como implementación de políticas, diagnósticos de riesgo, aplicación, seguimiento y evaluación a protocolos dirigidos a conservar la seguridad de los pacientes. Por lo tanto, se confirma que el personal que participó en el estudio todos cumplen funciones que están encaminadas a garantizar seguridad mediante el ejercicio de buenas prácticas para la atención sanitaria.

Percepción de clima de seguridad de paciente.

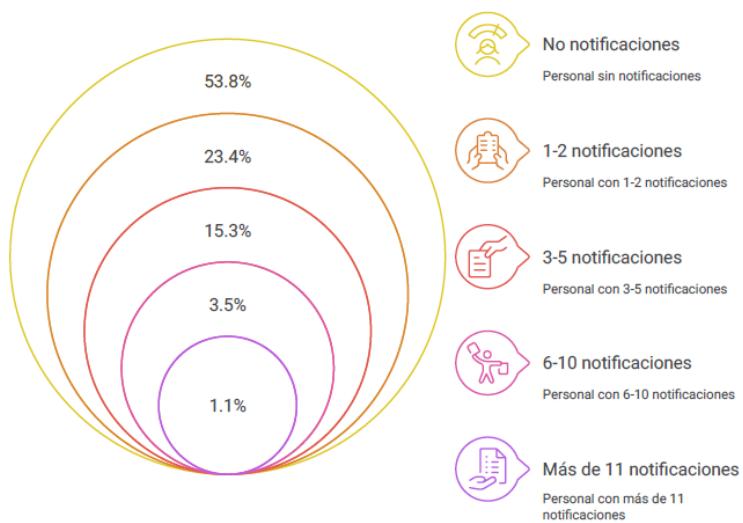
De acuerdo a la Figura 2, frente al grado de percepción de seguridad del paciente en el servicio o unidad donde desempeñan las funciones los participantes del estudio, el promedio de percepción fue de 8 puntos considerado dentro del grado de cumplimiento. Todas las ciudades presentaron datos extremos inferiores siendo en mayor número la ciudad 2. Se considera en general que deben alcanzar la excelencia frente a la seguridad en la atención, que de acuerdo a la política de calidad debe estar en un nivel de confianza mínimo de 9 y la meta es alcanzar un nivel de excelencia de 10.

**Figura 2***Calificación del clima de seguridad***Nota** Co= Colombia Pmá = Panamá.

Ciudad 1_Co, Ciudad 2_Co Ciudad 3_Co, Ciudad 4_Pmá.

Notificación de incidentes y eventos adversos en instituciones de salud

La Figura 3 revela tanto una proporción significativa de personal que no ha notificado incidentes, así como la distribución de aquellos que sí lo han hecho, lo que proporciona una visión general de la cultura de notificación en las instituciones de salud evaluadas.

**Figura 3***Notificación de incidentes por personal encuestado*

La alta proporción de personal (53.8%) que no ha notificado incidentes o eventos adversos es un hallazgo de interés que podría ser explicado por varias razones: falta de tiempo o recurso, complejidad del proceso de notificación, subregistros, cultura organizacional. Este estudio también revela que hay un 29.9 % de personal encuestado que está más activo en las notificaciones. Lo que sugiere que la cultura de notificación de incidentes o eventos adversos está empezando a ser cada vez más relevante en las 4 ciudades en las que se realizó el estudio, ya que la notificación permite identificar qué tipo de eventos adversos se presentan e implementar acciones de intervención para controlarlos.



Relación años de servicio y notificación de incidentes

La Tabla 1 muestra que la notificación de incidentes no depende de los años de servicios (p-valor=0.209).

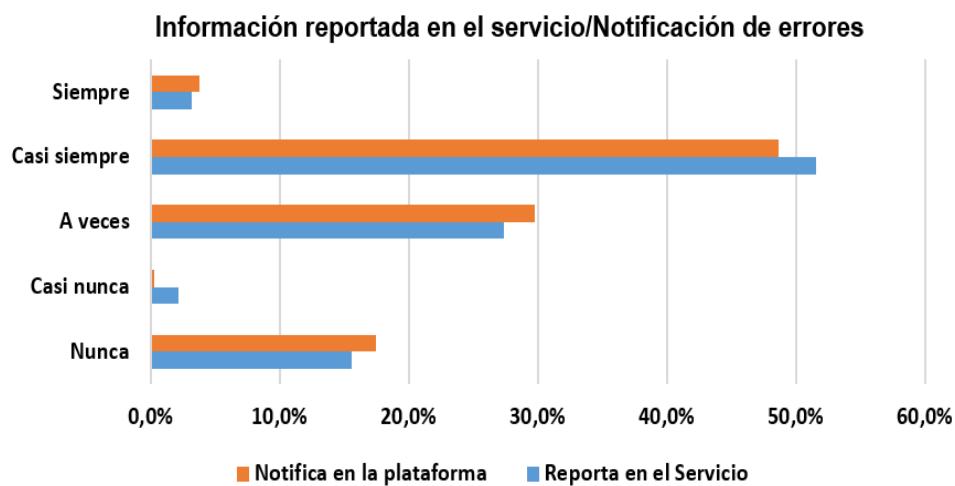
Tabla 2

Relación entre los errores que no han tenido consecuencias adversas, vs años de servicio en la profesión/especialidad

		Tiempo servicio			
Notificación de incidente		< 10 años	> 21 años	11-20 año	Total
Entre 1-2	Recuento	37	8	21	66
	% dentro de	56,1%	12,1%	31,8%	100,0%
	Notif_incidentes				
Entre 3-5	Recuento	135	45	126	306
	% dentro de	44,1%	14,7%	41,2%	100,0%
	Notif_incidentes				
Total	Recuento	172	53	147	372
	% dentro de	46,2%	14,2%	39,5%	100,0%
	Notif_incidentes				

Nota. Chi-cuadrado=3.13; p-valor=0.209 para n=372

En la Figura 4 se muestran las variables: notificación en plataforma y reporte en el servicio de errores, tienen datos muy similares, al totalizar las proporciones, la diferencia de las dos variables es reducida, la variable que mayor diferencia presenta en las dos respuestas es casi nunca teniendo mayor proporción los reportes en el servicio que las notificaciones en la plataforma.

**Figura 4***Consolidado de la correlación Información reportada en el servicio/Notificación de errores*

La mayor proporción de respuestas se dio en casi siempre con un promedio de 51.6% y siendo mayor el reporte en el servicio que en la plataforma y a veces, superando el 30% el cual fue mayor la notificación en la plataforma que el reporte en el servicio. Llama la atención que nunca, es decir el no reporte, superó a siempre y no se realiza reporte en el servicio o notificación en la plataforma con un porcentaje mayor a 16%.

Cultura de Seguridad por dimensión

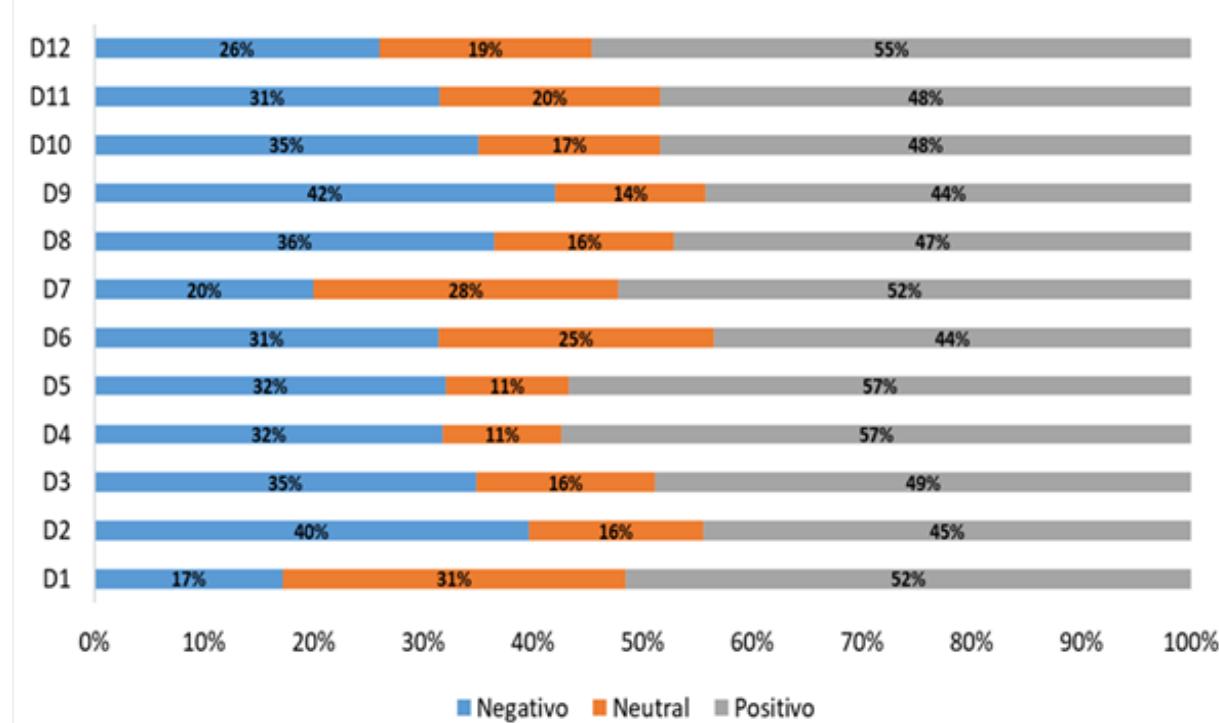
En referencia a los resultados de la cultura de seguridad por dimensión (Figura 5), se observa que ninguna de las dimensiones fue catalogada globalmente como fortaleza. Las respuestas positivas no superaron el 60% en ninguna de las dimensiones evaluadas. Sin embargo, se identificó una correlación significativamente positiva y considerable (57%) entre las dimensiones: Aprendizaje Organizacional/Mejora Continua y Trabajo en Equipo en la Unidad/Servicio. Esta correlación evidencia una disposición creciente en las



instituciones para consolidar la cultura de seguridad y mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud

Figura 5

Distribución de respuestas positivas y negativas por Dimensión



Nota. Codificación de las Dimensiones

D1: Notificación de eventos relacionados con la seguridad

D2: Percepción global de la seguridad

D3: Expectativas y acciones de la

D7: Feedback y comunicación sobre errores

D8: Respuesta no punitiva a los errores

D9: Dotación de personal



dirección/supervisión de la unidad/servicio

D4: Aprendizaje organizacional/Mejora continua

D10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

D5: Trabajo en equipo en la unidad/servicio

D11: Trabajo en equipo entre unidades

D6: Franqueza en la comunicación

D12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades

El personal encuestado reconoce que los cambios de turno conllevan el riesgo de pérdida de información del paciente, que eventualmente pueden comprometer la seguridad, lo cual debe demandar una gran atención por parte de los administrativos y un gran compromiso por parte del personal asistencial en referencia al cumplimiento de sus responsabilidades y a una comunicación más asertiva.

El personal encuestado con 42%, percibe que hay sobrecarga laboral y el personal es insuficiente, de igual manera existe una percepción global de seguridad con un 40%, seguido de respuestas no punitivas a los errores 36%, lo que demuestra que se tiene temor a las represalias al reportar eventos adversos, pero que de igual forma un 47% lo declara positivo, lo cual demuestra que en estas instituciones se están generando aspectos que buscan consolidar procesos de cultura, aplicación de políticas, seguimiento al riesgo y cambio en el enfoque de buscar culpabilidad individual como solución, encaminando esfuerzos para mejorar los procesos en la búsqueda de sistemas de atención en salud más seguros.



La mayor neutralidad se halló en la dimensión Notificación de eventos relacionados con la seguridad con un 31%, lo que denota la necesidad de implementar estrategias que permitan por diversos medios, escritos o electrónicos la notificación con el fin de fortalecer el reporte del evento adverso, con la salvedad de procesos no punitivos, sino de seguimiento y mejora para ofrecer servicios con calidad, los cuales consolidaran la prestación de los servicios y la estabilidad financiera de las instituciones.

Discusión

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud, el cual puede afectarse según la cultura de seguridad que se perciba, observe y respete, tanto por los directivos como por el personal asistencial.

Los eventos adversos pueden estar relacionados con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria

Desde la Organización Mundial de la Salud se establece la clasificación internacional para la seguridad del paciente cuyo propósito está en estandarizar conceptos y definiciones y las relaciones entre estas, basadas en un dominio ontológico. Está diseñada para facilitar la descripción, comparación, medición y monitoreo, análisis e interpretación de información para mejorar la atención del paciente y para fines de



planificación de políticas epidemiológicas y de salud (Giménez Júlvez *et al.*, 2017). Además, está encaminada a: Profesionales de la salud, incluidas las autoridades clínicas, de laboratorio y de gestión; Desarrolladores / gerentes de sistemas de informes de seguridad del paciente; Administradores del sistema nacional de salud; Ministerios de salud; investigadores; Gerentes de riesgo organizacional; Organizaciones de la sociedad civil responsables de supervisar la seguridad del paciente; y Grupos de defensa de consumidores y pacientes

Es así como cada país debe garantizar una atención en salud segura para la población y debe monitorear que las instituciones de salud cumplan con lo establecido desde las políticas públicas en la relación estandarizada y coordinada establecida desde la OMS en la seguridad de atención sanitaria. A la vez que las instituciones de salud deben monitorear y gestionar procesos de calidad seguros para la atención del paciente, en la que se cuente con documentación, sistemas de información, diagnósticos y análisis de resultados que permite la evaluación y el diseño de estrategias de mejora. (López-Liria *et al.*, 2027)

La evaluación de la cultura de seguridad en el paciente cada vez más se fortalece desde la investigación. En un estudio en Almería España se evaluó el error en la comunicación, con un intervalo de confianza del 95%, se obtuvo un resultado de 1.97 que se encuentra dentro del intervalo 1.85-2.09 que se ubica en el rango de cumplimiento, a la vez que la comunicación clara con un intervalo del 95% obtuvo un resultado de 2.19 que se ubica dentro del intervalo de 2.05-2.032 (López-Liria *et al.*, 2017). Es así como pudieron evidenciar mediante el estudio que los procesos están en el margen de cumplimiento frente a la comunicación en la atención del paciente y por lo tanto la medición hace posible el conocimiento de los resultados de las acciones que se implementan para brindar atención segura al paciente.



En las 4 ciudades de Colombia y Panamá de acuerdo a los resultados obtenidos en la variable notificación y reporte de los errores que se presentan en la atención del paciente existe una proporción de 15.6% que nunca reporta y la variable siempre 3.8% no alcanzó un porcentaje significativo comparada con casi siempre 48.7%, por lo tanto de acuerdo a estos datos es necesario tomar acciones en la notificación oportuna en el sistema de información, para que exista mayor adherencia del personal y siempre se notifiquen los errores que se presentan en la atención en salud, esto, debido a que en la actualidad sin importar el nivel de desarrollo socioeconómico de un país, según estima la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países de altos ingresos hasta 1 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención hospitalaria y casi el 50% de ellos se consideran prevenibles;

En el ámbito mundial, se calcula que 4 de cada 10 pacientes sufre daños en la atención primaria o en servicios ambulatorios, de los cuales el 80% son evitables y que, a menudo, llevan a hospitalización representando el 6% de los días de hospitalización, lo que implica un coste importante del gasto público.

En estudios recientes se estima que 1 de cada 7 dólares canadienses es utilizado para atender un evento adverso siendo los más numerosos los tromboembolismos venosos, las infecciones y las úlceras de decúbito. Por tal motivo, en los últimos años la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas de salud (OMS, 2019)

Los resultados adversos y la seguridad del paciente no son conceptos distintos, sino las dos caras de una misma moneda que se puede denominar el riesgo asistencial. Se debe procurar que la prioridad del personal asistencial y administrativo sea la seguridad del paciente antes que las consecuencias de su deterioro (Aibar-Remón et al., 2008), es por ello que es necesario favorecer en las instituciones de salud de Colombia y Panamá una cultura de la notificación, en todos los casos que se presente un incidente o un evento



adverso, estableciendo correlación con seguridad en la atención, donde el reporte no debe generar temor de reconocer la falla, sino, por el contrario la comunicación eficaz y oportuna debe ser garantía de confianza y de un desempeño efectivo y ético de las funciones por parte del personal sanitario Wu et al., 2019).

El cuestionario sobre seguridad de los pacientes versión española del Hospital Surveyon Patient safety utilizado en este estudio es una herramienta diseñada para evaluar la seguridad del paciente y los errores que puedan presentarse en la atención de salud, como este, existen otras herramientas de evaluación que permiten obtener resultados de medición para análisis y mejoramiento frente a la atención segura en el paciente (Wu et al., 2019) y que es importante que el personal administrativo de las instituciones de salud las conozcan y sean una posible herramienta de elección para realizar sus mediciones.

Las instituciones de salud en Colombia y Panamá tienen implementado desde la gestión de calidad la cultura de seguridad en la atención y demuestran interés por mejorar sus procesos, sin embargo, la evaluación realizada, permite evidenciar que la notificación de los errores es un aspecto de mejoramiento que las Instituciones de salud en la que se realizó la investigación deben intervenir desde una planificación estratégica y una posterior evaluación del impacto de las acciones en el logro de los objetivos propuestos. Todas las acciones que se implementen deben estar integradas con los principios direccionalados de seguridad en la atención por la OMS para que las acciones sean efectivas, sostenibles y se pueda lograr una atención segura con altos estándares de calidad.

La Cultura de seguridad en la atención en salud es un tema de importancia a nivel global, tanto para países desarrollados como para los países con economías en transición teniendo como base la relación ontológica que permite el cumplimiento de las políticas



globales en salud, basadas en una evaluación periódica cuyo propósito es mejorar y alcanzar niveles de alta calidad y seguridad en la atención en salud.

Finalmente se concluye que en general la percepción que tienen los trabajadores de salud de las instituciones participantes en las cuatro ciudades de Colombia y Panamá sobre las dimensiones que plantea la encuesta de cultura de seguridad del paciente no difieren entre sí, llegando a un clima de seguridad promedio de 8/10, en donde todos resaltan dotación de personal como elemento que afecta la seguridad del paciente y la necesidad de atender la dimensión sobre la cultura no punitiva, la cual es considerada como debilidad en todas ellas.

Por lo tanto es necesario modificar el enfoque que se tiene de buscar culpabilidad individual como una solución a los eventos adversos presentados y encaminar esfuerzos al fortalecimiento de los diferentes procesos asistenciales y administrativos de las instituciones, en donde se brinde apoyo a los trabajadores y seguridad a los pacientes; llegando a incluir estrategias para la prevención y atención integral de segundas y terceras víctimas de los eventos adversos, debido a que muchas veces los trabajadores igualmente se ven muy afectados tanto física como psicológicamente, llegando a dudar de su competencia profesional, aunado a los costos que tendrá que asumir la institución por la atención del paciente, su posicionamiento y mejoramiento de su imagen corporativa.



Referencias Bibliográficas

Aibar-Remón, C., Aranaz-Andrés, J., García-Montero, J., & Mareca-Doñate, R. (2008). La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Medicina Clínica*, 132(1), 16–21.

<https://doi.org/10.1157/13131754>

Aibar-Remón, C., Barrasa-Villar, I., Moliner-Lahoz, J., Gutiérrez-Cía, I., Aibar-Villán, L., Obón-Azuara, B., ... Giménez-Júlvez, T. (2019). Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>

Congreso de Colombia. (2012). *Ley 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de los datos personales*.

Decreto 1377 de 2013. Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 (Derogado parcialmente por el Decreto 1081 de 2015). *Diario Oficial*, (48.784).

Decreto Ejecutivo N° 285 de 28 de marzo 2021. Que reglamenta la Ley 81 de 2019. Sobre la protección de datos personales. *Gaceta Oficial*, (29296 A).

Giménez-Júlvez, T., Hernández-García, I., Aibar-Remón, C., Gutiérrez-Cía, I., & Febrel-Bordejé, M. (2017). Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 423–426. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.006>

Ley 81 de 26 de marzo 2019. Sobre la protección de los datos personales. *Gaceta Oficial*, (6028743 A). Asamblea Nacional de Panamá.



López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Aguilar-Parra, J. M., Vargas-Muñoz, M. E., del Pilar Díaz-López, M., & Padilla-Góngora, D. (2017). Evaluation in Primary Care Professionals: The Patient's Safety Culture. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 1272–1276.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.203>

Lorenzo García, C. (2024). Estudio multicéntrico sobre la prevalencia del cateterismo intermitente en pacientes con esclerosis múltiple. *Revista Enfuro*, 145, 6–13.

Ministerio de Protección Social de Colombia. (s.f.). *Seguridad del paciente y la atención segura: Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, agosto). *10 datos sobre la seguridad del paciente*.

https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Seguridad del paciente*.

https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010, 29 de diciembre). *Por la seguridad del Paciente*. <https://www.paho.org/es/noticias/29-12-2010-por-seguridad-paciente>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4.ª ed.). <https://www.paho.org/>



UNESCO. (2005, 19 de octubre). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.* http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Universidad de Murcia. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española adaptada del Hospital Survey on Patient Safety.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Wu, H. L., Lewis, S., Čikkelová, M., Wacker, J., & Smith, A. F. (2019). Patient safety and the role of the Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology: A European survey. *European Journal of Anaesthesiology*, 36(12), 946–954.
<https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001099>

Agradecimiento

Los autores agradecen a todos los gerentes y líderes de los servicios de calidad de las instituciones de salud de Colombia y Panamá que permitieron la aplicación de este cuestionario al personal que labora en las salas de operaciones.