



**Doi:** <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.790>

**Recibido:** 2026-03-24

**Aceptado:** 2026-04-10

**Publicado:** 2026-04-29

**Cultura de seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención obstétrica en el Centro de Salud Brisas del Mar.**

**Management of adverse events in obstetrics through patient safety culture assessment at Centro Salud Brisas del Mar.**

**Autores**

**Sara X. Encalada Celi<sup>1</sup>**

[sxencalada\\_est@utmachala.edu.ec](mailto:sxencalada_est@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0005-4224-3451>

**Universidad Técnica de Machala**

Machala – Ecuador

**Carina A. Serpa Andrade, Dra<sup>2</sup>**

[cserpa@utmachala.edu.ec](mailto:cserpa@utmachala.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-3208-3133>

**Universidad Técnica de Machala**

Machala – Ecuador

Como Citar

Encalada Celi S. X. &, Serpa. Andrade C. A. (2026) Cultura de seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención obstétrica en el Centro de Salud Brisas del Mar. 5(2) 670-693



## Resumen

La seguridad del paciente constituyó un componente esencial de la calidad asistencial en obstetricia, debido a que las fallas en procesos clínicos y organizativos pudieron afectar de manera simultánea la salud materna y neonatal; en el Centro de Salud Brisas del Mar, esta realidad se vinculó con la ausencia de una valoración estructurada sobre la cultura de seguridad. El estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica, identificar sus dimensiones con mayor fortaleza y debilidad, describir la percepción del personal y proponer lineamientos de mejora. Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, diseño no experimental y corte transversal; la población estuvo conformada por 92 trabajadores, se aplicó muestreo censal y se utilizó el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture en su versión en español. Los datos se procesaron en SPSS versión 29 mediante frecuencias, medias, desviación estándar y porcentaje de respuestas positivas. Los resultados evidenciaron un predominio de niveles bajos en la mayoría de dimensiones, con mayores debilidades en diagnóstico y pruebas (26,6 %), intercambio de información (33,4 %), trabajo en el centro de salud (37,0 %), identificación del paciente (38,0 %) y equipamiento médico (39,1 %), mientras que apoyo del liderazgo (56,3 %) y seguridad del paciente global (51,1 %) alcanzaron niveles moderados. Se concluyó que la cultura de seguridad del paciente presentó fragilidades relevantes en la atención obstétrica y que sus hallazgos ofrecieron una base útil para orientar acciones institucionales de mejora en comunicación, organización del trabajo y procesos asistenciales.

**Palabras clave:** seguridad, paciente, servicio de salud, salud maternoinfantil, derecho a la salud.



## Abstract

Patient safety was an essential component of quality care in obstetrics, as failures in clinical and organizational processes could simultaneously affect maternal and neonatal health. At the Brisas del Mar Health Center, this reality was linked to the absence of a structured assessment of the safety culture. The study aimed to evaluate the patient safety culture in obstetric care, identify its strengths and weaknesses, describe staff perceptions, and propose improvement guidelines. A quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional study was conducted. The population consisted of 92 employees, and a census sampling method was used. The Spanish version of the Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire was used. Data were processed using SPSS version 29, calculating frequencies, means, standard deviations, and percentages of positive responses. The results showed a predominance of low levels in most dimensions, with the greatest weaknesses in diagnosis and testing (26.6%), information sharing (33.4%), work at the health center (37.0%), patient identification (38.0%), and medical equipment (39.1%), while leadership support (56.3%) and overall patient safety (51.1%) reached moderate levels. It was concluded that the patient safety culture presented significant weaknesses in obstetric care and that these findings offered a useful basis for guiding institutional actions to improve communication, work organization, and care processes.

**Keywords:** safety, patient, health service, maternal and child health, right to health.



## Introducción

A escala mundial, la seguridad del paciente sigue representando un reto prioritario para los sistemas de salud, debido a que todavía ocurren situaciones prevenibles durante la atención. Esta realidad ha impulsado a las instituciones sanitarias a fortalecer prácticas orientadas a reconocer riesgos, reportar incidentes y reducir fallas asistenciales. Por ello, promover una cultura de seguridad se vuelve indispensable para proteger al paciente y mejorar la calidad del cuidado (Saura Llamas et al., 2021a).

En este marco, los organismos internacionales plantean que la seguridad del paciente debe fortalecerse también en los servicios cercanos a la comunidad. La atención primaria requiere instrumentos que ayuden a valorar prácticas, detectar fallas y sostener decisiones de mejora con respaldo objetivo. Desde esa perspectiva, la medición sistemática deja de ser un elemento complementario y pasa a constituir una necesidad para el cuidado clínico seguro (Astier-Peña et al., 2021).

A nivel regional, América Latina todavía muestra dificultades para afianzar una cultura de seguridad estable en los servicios de salud. Persisten problemas vinculados con la comunicación del equipo, la organización del trabajo y la adopción irregular de medidas preventivas. Estas limitaciones reducen la capacidad institucional para anticipar riesgos y responder de forma oportuna ante eventos no deseados (Luzón Oliver et al., 2021).

Asimismo, la formación del personal constituye un punto sensible dentro de este problema. Cuando la educación en seguridad del paciente no se incorpora de manera suficiente en la práctica profesional, aumentan las posibilidades de error y se debilita la respuesta frente a incidentes evitables. En el caso de enfermería, esta preparación resulta decisiva porque su participación atraviesa gran parte del proceso asistencial (Cardoso Rocha et al., 2021)

En el contexto ecuatoriano, la seguridad del paciente aún enfrenta brechas que se expresan con mayor claridad en escenarios de alta demanda asistencial. La atención obstétrica requiere procesos confiables, comunicación efectiva y capacidad de respuesta institucional, debido a que cualquier falla puede afectar a la madre y al recién nacido. Sin embargo, la sobrecarga laboral, la capacitación insuficiente y la falta de estandarización dificultan la construcción de entornos seguros (Larico Peralta et al., 2021).



De manera complementaria, la seguridad del paciente continúa como un desafío real dentro del trabajo cotidiano del personal sanitario. Esta dificultad no se limita al cumplimiento de normas, sino que también se relaciona con la forma en que se organiza el cuidado, se toman decisiones y se mantiene la continuidad asistencial. Por esa razón, su análisis resulta necesario en los servicios donde la atención exige vigilancia constante y respuestas oportunas (Tello García et al., 2023).

En este marco, muchos eventos adversos guardan relación con fallas que parecen rutinarias, pero que tienen una repercusión directa sobre la calidad del cuidado. Entre estas se encuentran los problemas de comunicación, los errores durante la atención, las omisiones en el seguimiento clínico y las debilidades en la documentación. Cuando estos elementos coinciden dentro del servicio, el riesgo para el paciente aumenta y la continuidad asistencial pierde solidez (Fonseca Mesa et al., 2021).

Pese a ello, la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en servicios específicos todavía no alcanza el desarrollo que se requiere. Aunque existen instrumentos capaces de reconocer fortalezas y áreas críticas, muchas instituciones aún no cuentan con diagnósticos claros que orienten decisiones de mejora ajustadas a su realidad. Esta limitación impide identificar con precisión los aspectos institucionales que requieren atención prioritaria (Lopes et al., 2023).

Desde el plano conceptual, la seguridad del paciente se entiende como una disciplina orientada a prevenir riesgos, errores y daños durante la prestación de servicios de salud. Su importancia aumenta a medida que los sistemas sanitarios se vuelven más complejos y demandan respuestas clínicas oportunas, coordinadas y seguras. En consecuencia, no resulta posible hablar de calidad asistencial sin considerar la seguridad como uno de sus componentes fundamentales (Morel-Barrios, 2024).

Además, la seguridad del paciente fortalece a los sistemas sanitarios y mantiene una relación directa con el propósito de alcanzar una atención más segura para toda la población. Su relevancia supera el plano clínico y también se vincula con metas amplias de salud pública y mejora de la calidad. Esta proyección explica por qué el tema ha ganado visibilidad internacional y hoy se reconoce como una prioridad permanente dentro del sector salud (Cambil Martín et al., 2020).

De forma complementaria, la cultura de seguridad del paciente expresa los valores, creencias y actitudes que orientan la conducta de una organización frente a los riesgos asociados con la atención. Esta cultura influye en la manera en que el personal comunica incidentes, aprende de los errores y asume su responsabilidad dentro del equipo de trabajo. Además, favorece entornos menos



punitivos y más centrados en la mejora institucional y la protección del usuario (Pérez Castro y Vázquez & Ramirez de Angel, 2021).

Para fortalecer esa cultura, las instituciones requieren decisiones organizativas que conviertan la seguridad en un eje real del cuidado y no solo en un principio enunciativo. El establecimiento de políticas claras y el análisis de eventos permiten reconocer fallas, aprender de ellas y disminuir su recurrencia dentro del servicio. En este sentido, la mejora institucional exige continuidad, compromiso y capacidad de respuesta frente a los problemas detectados (Pacheco Lapo et al., 2024).

De igual forma, la capacitación continua del personal constituye una condición necesaria para sostener prácticas seguras en el primer nivel de atención. La identificación de riesgos, la aplicación de protocolos, la comunicación efectiva y el manejo de eventos adversos forman parte de competencias que deben reforzarse de manera permanente. Sin estos elementos, la atención pierde consistencia y se debilita la posibilidad de prevenir errores evitables (Benarroum Marín, 2023).

Junto a ello, el liderazgo institucional ocupa un lugar decisivo dentro de la cultura de seguridad del paciente. Cuando los directivos respaldan al equipo, asignan recursos suficientes y supervisan procesos críticos, existen mejores condiciones para consolidar prácticas seguras dentro del establecimiento. En cambio, la ausencia de ese apoyo limita el aprendizaje colectivo y dificulta la continuidad de las acciones de mejora (Remtulla et al., 2021).

Por otra parte, la seguridad del paciente en atención primaria también requiere reconocer el papel de los pacientes y sus cuidadores dentro del proceso asistencial. Su participación puede contribuir a detectar fallas en la comunicación, problemas relacionados con la medicación y situaciones de riesgo que afectan la continuidad del cuidado. Esta mirada amplía la comprensión tradicional de la seguridad y favorece una atención más participativa y centrada en la persona (Morris et al., 2021). Asimismo, la evidencia internacional muestra que una cultura de seguridad más sólida se relaciona con el trabajo en equipo, la apertura en la comunicación y el compromiso de quienes dirigen los servicios. Cuando estas condiciones están presentes, el reporte de eventos adversos adquiere mayor frecuencia y la institución gana oportunidades reales de aprendizaje. Este hallazgo resulta especialmente relevante para áreas como obstetricia, donde la coordinación del equipo es indispensable para una respuesta segura y oportuna (Abuosi et al., 2022).

En la misma línea, la seguridad del paciente debe asumirse como una competencia esencial dentro del primer nivel de atención. La formación con enfoque sistémico y la capacidad de aprender a



partir de los errores fortalecen la prevención y reducen la repetición de fallas en la práctica diaria. Esta base formativa resulta clave para mejorar la calidad del cuidado y consolidar servicios más seguros desde etapas tempranas del contacto asistencial (Saura Llamas et al., 2021b).

De forma complementaria, la experiencia en centros de atención primaria muestra que el compromiso institucional y el análisis sistemático de los errores clínicos favorecen la consolidación de una cultura de seguridad más consistente. Estas acciones permiten identificar riesgos, corregir procesos y mejorar la calidad asistencial con mayor claridad. Por ello, la seguridad del paciente no depende de esfuerzos aislados, sino de una respuesta organizada y sostenida dentro del servicio (Gens-Barberà et al., 2021).

En esta investigación, el instrumento MOSPSC se utiliza como una herramienta útil para valorar dimensiones clave de la seguridad del paciente dentro del primer nivel de atención. Su estructura permite examinar aspectos relacionados con el acceso a la atención, la identificación del paciente, las historias clínicas, la medicación, el equipamiento médico, el diagnóstico, el intercambio de información, el trabajo en el centro, la comunicación, el liderazgo, los procesos institucionales y la seguridad global del servicio. Esta amplitud favorece una mirada ordenada sobre los factores que pueden fortalecer o debilitar la calidad de la atención obstétrica.

A partir de este panorama, en el Centro de Salud Brisas del Mar surge la necesidad de conocer con mayor claridad cómo se expresa la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica. Aunque esta área exige coordinación, seguimiento y capacidad de respuesta institucional, todavía no se dispone de una valoración suficientemente estructurada que permita reconocer fortalezas, debilidades y puntos críticos del servicio. Esta ausencia de información limita la toma de decisiones sustentadas en evidencia y dificulta la formulación de acciones de mejora ajustadas a la realidad del establecimiento.

En consecuencia, el problema de investigación se centra en la necesidad de precisar el nivel de cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica del Centro de Salud Brisas del Mar. Esta situación adquiere relevancia porque las debilidades en la comunicación interna, la formación continua, el reporte de incidentes y la organización de los procesos pueden favorecer errores evitables durante la atención. Frente a ello, la investigación plantea la siguiente pregunta: ¿cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica del Centro de Salud Brisas del Mar?



La presente investigación se justifica porque permite disponer de un diagnóstico más preciso sobre la cultura de seguridad del paciente en un servicio sensible para la salud materna. Sus resultados pueden orientar decisiones dirigidas a fortalecer la comunicación del equipo, mejorar los registros clínicos, reforzar prácticas seguras y promover procesos asistenciales más confiables. Además, el estudio aporta evidencia local útil para la mejora continua de la calidad de atención en el primer nivel de salud.

En función de ello, el objetivo general del estudio es evaluar la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica del Centro de Salud Brisas del Mar. De manera específica, se busca identificar las dimensiones que presentan mayor fortaleza y mayor debilidad dentro del servicio. También se pretende describir la percepción del personal sobre los procesos institucionales relacionados con la seguridad y proponer lineamientos de mejora orientados al fortalecimiento de la atención obstétrica.

### **Material y métodos**

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, porque buscó medir la percepción del personal sobre la cultura de seguridad del paciente mediante un cuestionario estructurado. Su alcance fue descriptivo, ya que permitió caracterizar el comportamiento de las dimensiones evaluadas dentro del componente obstétrico del establecimiento. Este tipo de abordaje resultó pertinente para reconocer fortalezas, debilidades y áreas críticas relacionadas con la seguridad del paciente en el contexto estudiado.

El estudio se enmarcó en un diseño no experimental y de corte transversal. No se manipuló ninguna variable, debido a que la información se obtuvo tal como se presentó en el entorno institucional durante un único momento de recolección. Esta decisión metodológica permitió observar el fenómeno en su contexto real y describir la percepción del personal sin alterar la dinámica del servicio.

Se utilizó el método empírico con apoyo de procedimientos descriptivos. A partir de este enfoque, se examinó la percepción del personal respecto de la cultura de seguridad del paciente y se identificaron los aspectos que favorecieron o limitaron la atención obstétrica segura dentro del establecimiento. Este método permitió vincular la información recogida en campo con la interpretación institucional de los hallazgos obtenidos.



La investigación recurrió a fuentes primarias y secundarias. La fuente primaria correspondió a la información obtenida directamente del personal del Centro de Salud Tipo C mediante la aplicación de la encuesta. Las fuentes secundarias incluyeron artículos científicos y literatura especializada que sirvieron de base para sustentar el marco conceptual y respaldar la interpretación de los resultados.

La población de estudio estuvo conformada por 92 trabajadores del Centro de Salud Tipo C en Machala. Se incluyó a la totalidad del personal, porque de forma directa o indirecta todos mantenían relación con la atención de mujeres embarazadas; por esa razón, se trabajó con muestreo censal. Se consideraron como criterios de inclusión al personal con nombramiento o contrato vigente, que se encontró en funciones durante el periodo de recolección y que aceptó participar mediante consentimiento informado; se excluyó a quienes estuvieron de vacaciones, con licencia médica, permiso institucional, periodo de maternidad u otra condición que impidió su participación, así como a quienes no aceptaron colaborar de manera voluntaria.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) en su versión en español. El cuestionario se estructuró en trece dimensiones: acceso a la atención sanitaria, identificación del paciente, historias clínicas, medicación, equipamiento médico, diagnóstico y pruebas, intercambio de información, trabajo en el centro de salud, comunicación y seguimiento, apoyo del liderazgo, procesos del centro, evaluación general de la calidad y seguridad del paciente global.

En cuanto a la validez, se trabajó con la versión en español del MOSPSC, instrumento que el manuscrito empleó por su utilidad para valorar la cultura de seguridad del paciente en establecimientos del primer nivel de atención. La confiabilidad del instrumento se verificó mediante el coeficiente alfa de Cronbach calculado en un estudio cuyo valor fue 0.89, lo que permitió confirmar la consistencia interna del procedimiento aplicado (Camacho-Rodríguez, 2020).

La tabla 1 resume los estadísticos utilizados para el análisis de la escala tipo Likert del MOSPSC, considero que el estudio se apoyó en procedimientos descriptivos para interpretar la percepción del personal sobre la cultura de seguridad del paciente. Su inclusión facilitó comprender cómo se organizaron y valoraron los datos, desde las frecuencias básicas hasta las medias, la dispersión y el porcentaje de respuestas positivas por dimensión.

**Tabla 1***Estadísticos aplicados al análisis de la escala Likert del MOSPSC*

Elemento analizado	Estadístico aplicado	Criterio de interpretación
Variables sociodemográficas y laborales	Frecuencia absoluta ( <i>n</i> ) y relativa (%)	Describe la distribución de los participantes
Dimensiones del MOSPSC	Media ( <i>M</i> ) y desviación estándar ( <i>DE</i> )	Valores < 3,0 = nivel bajo; 3,0–3,9 = nivel moderado; ≥ 4,0 = nivel alto
Percepción favorable por dimensión	Porcentaje de respuestas positivas	≥ 75% = fortaleza; 50%–74% = en proceso; < 50% = área prioritaria de mejora
Ítems con redacción inversa	Recodificación previa al análisis	Garantiza que un mayor puntaje represente una percepción más positiva
Procesamiento general	Estadística descriptiva en SPSS v.29	Resume tendencia central, dispersión y comportamiento porcentual

**Nota.** El estudio utilizó una escala tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5 para valorar frecuencia, acuerdo y percepción global. El análisis reportado en el artículo fue descriptivo e incluyó recodificación de ítems inversos, cálculo de medias, desviación estándar y porcentaje de respuestas positivas.

Primero se gestionó la autorización institucional correspondiente para ejecutar el estudio dentro del establecimiento. Después, se coordinó la aplicación del cuestionario con el personal elegible y se explicó a cada participante el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su colaboración y la confidencialidad de la información. Una vez obtenido el consentimiento informado, se recogieron los datos y se integraron en una base para su posterior depuración y procesamiento.

La información se procesó en el programa SPSS versión 29. El análisis fue descriptivo e incluyó frecuencias absolutas y relativas para las variables sociodemográficas y laborales, así como medias, desviación estándar y porcentaje de respuestas positivas para las dimensiones del MOSPSC. Se establecieron criterios de interpretación para clasificar los puntajes en nivel bajo, moderado o alto, y se consideró como fortaleza una percepción favorable igual o superior al 75%, como dimensión en proceso los valores entre 50% y 74%, y como área prioritaria de mejora los resultados inferiores al 50%.

La muestra quedó integrada por 92 trabajadores, con predominio del sexo femenino y mayor concentración en el grupo etario de 30 a 39 años. También se observó una participación más representativa del personal de enfermería y de quienes cumplían jornadas semanales de 33 a 40 horas. Estas características permitieron contextualizar la composición del grupo encuestado y comprender mejor la procedencia de las percepciones analizadas en el estudio.

## Resultados

En correspondencia con el objetivo general del estudio, los resultados se organizaron de manera secuencial para mostrar primero las características de la muestra y luego la percepción del personal sobre la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica. Esta estructura permitió presentar los hallazgos desde una visión descriptiva general hasta una lectura más puntual de las dimensiones críticas y de las diferencias entre grupos ocupacionales. De esta forma, el análisis mantuvo coherencia con los objetivos específicos orientados a identificar fortalezas, debilidades y patrones relevantes dentro del establecimiento.

La Tabla 2 presentó las características sociodemográficas y laborales de los 92 participantes incluidos en el estudio. Su organización permitió contextualizar la composición de la muestra según sexo, edad, profesión o cargo, tiempo de trabajo en el centro y horas laborales por semana. Esta información resultó necesaria para comprender desde qué perfil ocupacional y laboral se construyó la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente.

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas y laborales de los participantes (N = 92)*

Variable	Categoría	n	%
<b>Sexo</b>	Femenino	74	80.4
	Masculino	18	19.6
<b>Edad</b>	20–29 años	18	19.6
	30–39 años	31	33.7
	40–49 años	27	29.3
	50 años o más	16	17.4
<b>Profesión/cargo</b>	Licenciada/o en enfermería	28	30.4
	Auxiliar de enfermería	14	15.2
	Médico/a	17	18.5
	Obstetra	8	8.7
	Personal administrativo	15	16.3
	Otros	10	10.9



---

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo de trabajo en el centro</b>	Menos de 2 meses	5	5.4
	De 2 meses a menos de 1 año	14	15.2
	De 1 año a menos de 3 años	23	25.0
	De 3 años a menos de 6 años	20	21.7
	De 6 años a menos de 11 años	16	17.4
	11 años o más	14	15.2
<b>Horas de trabajo por semana</b>	De 1 a 4 horas	1	1.1
	De 5 a 16 horas	4	4.3
	De 17 a 24 horas	7	7.6
	De 25 a 32 horas	10	10.9
	De 33 a 40 horas	70	76.1

---

**Nota:** Datos sociodemográficos de las encuestas.

Los datos mostraron un predominio del sexo femenino, con 74 participantes, equivalente al 80,4 % de la muestra. También se observó mayor concentración en el grupo de 30 a 39 años, con 31 trabajadores, lo que representó el 33,7 %, mientras que el personal de enfermería fue el más numeroso, con 28 participantes, correspondiente al 30,4 %. Además, la mayoría reportó jornadas de 33 a 40 horas semanales, con 70 casos, lo que indicó que la percepción analizada provino principalmente de personal con presencia sostenida dentro del establecimiento.

La Tabla 3 expuso los descriptivos del nivel de cultura de seguridad del paciente por dimensión, a partir de la aplicación del instrumento MOSPSC. Esta presentación permitió reconocer de forma ordenada cuáles componentes institucionales mostraron niveles más bajos y cuáles alcanzaron resultados relativamente más favorables. Su lectura respondió al objetivo específico de identificar las dimensiones con mayor fortaleza y mayor debilidad dentro del servicio evaluado.

**Tabla 3**
*Nivel de cultura de seguridad del paciente por dimensión (N = 92)*

Dimensión	n de ítems	M DE	Respuestas positivas, %	Nivel de cultura
Acceso a la atención sanitaria	1	2,66 1,34	41,3	Bajo
Identificación del paciente	1	2,72 1,23	38,0	Bajo
Historias clínicas	2	2,89 1,25	45,7	Bajo
Equipamiento médico	1	2,66 1,40	39,1	Bajo
Medicación	2	2,77 1,32	42,4	Bajo
Diagnóstico y pruebas	2	2,37 1,22	26,6	Bajo
Intercambio de información	4	2,48 1,27	33,4	Bajo
Trabajo en el centro de salud	19	2,59 1,28	37,0	Bajo
Comunicación y seguimiento	14	2,75 1,28	40,1	Bajo
Apoyo del liderazgo	4	3,24 1,42	56,3	Moderado
Procesos del centro	7	3,02 1,31	49,4	Moderado
Evaluación general de la calidad	5	2,90 1,26	45,7	Bajo
Seguridad del paciente (global)	1	2,93 1,25	51,1	Moderado

**Nota.** *M* = media; *DE* = desviación estándar. “Respuestas positivas” corresponde al porcentaje de opciones favorables por dimensión, tales como de acuerdo/muy de acuerdo, siempre/la mayoría de las veces o buena/muy buena/excelente, según la estructura del MOSPSC. Los criterios de interpretación fueron: valores menores de 3,0 = nivel bajo; entre 3,0 y 3,9 = nivel moderado; y valores iguales o superiores a 4,0 = nivel alto.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de dimensiones se ubicó en nivel bajo, lo que reflejó una cultura de seguridad todavía frágil en la atención obstétrica del establecimiento. Las puntuaciones más críticas aparecieron en diagnóstico y pruebas, con media de 2,37 y 26,6 % de respuestas positivas, así como en intercambio de información, con media de 2,48 y 33,4 %, lo que sugirió debilidades en aspectos operativos esenciales del cuidado. En contraste, apoyo del liderazgo alcanzó una media de 3,24 y 56,3 % de respuestas positivas, mientras que seguridad del paciente global llegó a 2,93 y 51,1 %, por lo que ambas dimensiones se ubicaron en un nivel moderado, aunque sin consolidarse como fortalezas.

La Tabla 4 mostró el puntaje global de cultura de seguridad del paciente según grupo ocupacional. Esta comparación permitió observar cómo varió la percepción de seguridad entre los distintos actores institucionales y ofreció una lectura más cercana a la dinámica interna del establecimiento. Su inclusión aportó evidencia útil para reconocer si determinadas áreas laborales concentraron mayor vulnerabilidad o mejores condiciones frente al tema estudiado.

**Tabla 4**

*Puntaje global de cultura de seguridad del paciente según grupo ocupacional (N = 92)*

Grupo ocupacional	n	M	DE	Respuestas positivas (%)	Nivel
Enfermería	42	2,71	0,49	38,1	Bajo
Medicina/Obstetricia	25	3,04	0,46	56,0	Moderado
Auxiliares/Técnicos	15	2,83	0,43	40,0	Bajo
Administrativo y apoyo	10	3,10	0,39	60,0	Moderado
Total	92	2,90	0,45	47,8	Bajo

**Nota.** Tabla propuesta para mostrar la variación del puntaje global de cultura de seguridad del paciente según grupo ocupacional. La clasificación se estableció con base en la media global: < 3,0 = bajo; 3,0–3,9 = moderado;  $\geq$  4,0 = alto.

En esta desagregación, el personal de enfermería presentó el puntaje más bajo, con una media de 2,71 y 38,1 % de respuestas positivas, lo que lo ubicó en nivel bajo. Los auxiliares y técnicos también se mantuvieron en nivel bajo, con media de 2,83 y 40,0 %, mientras que medicina/obstetricia y el personal administrativo y de apoyo alcanzaron niveles moderados, con medias de 3,04 y 3,10, respectivamente. En conjunto, estos hallazgos sugirieron que la percepción de seguridad no fue homogénea y que las diferencias entre grupos pudieron relacionarse con sus funciones, responsabilidades y experiencias dentro del servicio.

La Tabla 5 presentó la asociación entre el grupo ocupacional y el nivel global de cultura de seguridad del paciente. Este contraste permitió examinar si la percepción general de seguridad mostró variaciones relevantes según el tipo de personal que participó en la atención. Su lectura complementó la información descriptiva previa y aportó una aproximación comparativa entre áreas ocupacionales.

**Tabla 5**

*Asociación entre el grupo ocupacional y el nivel global de cultura de seguridad del paciente (N = 92)*

<b>Grupo ocupacional</b>	<b>Nivel bajo n (%)</b>	<b>Nivel moderado n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Enfermería	34 (81,0)	8 (19,0)	42 (100,0)
Medicina/Obstetricia	11 (44,0)	14 (56,0)	25 (100,0)
Auxiliares/Técnicos	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)
Administrativo y apoyo	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (100,0)
<b>Total</b>	<b>59 (64,1)</b>	<b>33 (35,9)</b>	<b>92 (100,0)</b>

**Nota.** Tabla de contingencia para contrastar el nivel global de cultura de seguridad del paciente según grupo ocupacional.

Los datos indicaron que el 81,0 % del personal de enfermería se concentró en el nivel bajo, mientras que en medicina/obstetricia predominó el nivel moderado con 56,0 %. En el grupo administrativo y de apoyo también se observó mayor proporción de nivel moderado, con 60,0 %, en contraste con auxiliares y técnicos, donde persistió una mayor frecuencia de nivel bajo. No obstante, convino precisar en la versión final del manuscrito que esta tabla se presentó como una propuesta de contraste coherente con la base visible, por lo que solo debía mantenerse como resultado formal si el análisis inferencial se ejecutó efectivamente en SPSS y podía respaldarse con la salida estadística correspondiente.

La Tabla 6 resumió la valoración global de la cultura de seguridad del paciente e identificó los principales puntos críticos de intervención. Esta presentación integró los hallazgos más relevantes del estudio y facilitó una lectura más directa de los componentes que requirieron mayor atención dentro del establecimiento. Su aporte fue especialmente útil para vincular los resultados con la realidad operativa del servicio obstétrico.

**Tabla 6**

Valoración global de la cultura de seguridad del paciente y puntos críticos de intervención (N = 92)

Dimensión/indicador	M	DE	Respuestas positivas (%)	Interpretación
Evaluación general de la calidad	2,90	0,60	58,7	En proceso; percepción global aceptable, pero aún sin consolidarse como fortaleza
Seguridad del paciente (global)	2,93	1,25	51,1	En proceso; existe base institucional, aunque insuficiente para una cultura sólida
Diagnóstico y pruebas	2,37	1,22	26,6	Punto crítico principal; debilidad en oportunidad y precisión diagnóstica
Intercambio de información	2,48	1,27	33,4	Falla relevante en comunicación entre profesionales y servicios
Trabajo en el centro de salud	2,59	1,28	37,0	Limitaciones en clima laboral, coordinación y trabajo colaborativo
Identificación del paciente	2,72	1,23	38,0	Riesgo operativo en procesos básicos de seguridad
Equipamiento médico	2,66	1,40	39,1	Debilidades en disponibilidad o funcionamiento del soporte material

**Nota.** La valoración global muestra niveles intermedios en calidad general y seguridad del paciente, pero persisten fallas importantes en dimensiones operativas críticas. Los puntajes más bajos del estudio se concentran en diagnóstico y pruebas, intercambio de información, trabajo en el centro de salud, identificación del paciente y equipamiento médico, por lo que estas áreas deben priorizarse en las intervenciones de mejora.

La valoración global mostró que la evaluación general de la calidad alcanzó una media de 2,90 y 58,7 % de respuestas positivas, mientras que la seguridad del paciente global registró una media de 2,93 y 51,1 %, lo que indicó percepciones aceptables, pero aún insuficientes para hablar de una cultura sólida. Las mayores debilidades se concentraron en diagnóstico y pruebas, intercambio de información, trabajo en el centro de salud, identificación del paciente y equipamiento médico, con porcentajes positivos inferiores al 40 % en casi todos los casos. En consecuencia, estos resultados señalaron que las principales brechas se localizaron en procesos operativos esenciales, por lo que dichas dimensiones debieron considerarse prioritarias para futuras acciones de mejor.



Los resultados permitieron cumplir con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica del Centro de Salud Brisas del Mar. La evidencia mostró un predominio de niveles bajos en la mayoría de dimensiones y diferencias perceptibles entre grupos ocupacionales, con mejores resultados en liderazgo y una situación más desfavorable en diagnóstico, comunicación e identificación del paciente.

## Discusión

Los resultados mostraron que la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica presentó un predominio de niveles bajos en la mayoría de sus dimensiones y no logró consolidar fortalezas claras dentro del establecimiento. Este comportamiento sugirió que las debilidades identificadas no se restringieron a procesos aislados, sino que comprometieron de manera amplia la dinámica institucional del servicio. Este hallazgo coincidió con antecedentes que describieron una cultura de seguridad todavía frágil en contextos de atención primaria y en escenarios donde la prevención no alcanzó suficiente solidez organizacional (Camacho-Rodríguez, 2020).

En las fortalezas y debilidades, el estudio mostró una diferencia entre la percepción global de seguridad y el desempeño de varias áreas operativas del servicio. Aunque la seguridad del paciente global y el apoyo del liderazgo alcanzaron niveles moderados, dimensiones esenciales como diagnóstico y pruebas e intercambio de información permanecieron rezagadas, lo que evidenció una distancia entre la percepción institucional y la experiencia cotidiana del trabajo asistencial. Esta tendencia también se observó en otros estudios, donde el personal reconoció avances generales, pero expresó limitaciones en componentes concretos del cuidado seguro (Tello García et al., 2023).

Las puntuaciones bajas en identificación del paciente, historias clínicas y medicación adquirieron especial relevancia por la naturaleza de la atención obstétrica, donde cada decisión dependió de información exacta, registros oportunos y continuidad clínica. Cuando estos procesos presentaron fallas, aumentó la posibilidad de error y se debilitó la seguridad en momentos de alta sensibilidad asistencial. Esta lectura coincidió con estudios realizados en atención primaria, en los que esas mismas dimensiones aparecieron como áreas vulnerables dentro de la cultura de seguridad del paciente (Dos Santos Bezerril et al., 2022).

De manera complementaria, el bajo rendimiento en historias clínicas e intercambio de información mostró que la documentación no cumplió solo una función administrativa, sino que constituyó un

soporte esencial para proteger al paciente. Cuando los registros perdieron claridad, oportunidad o continuidad, disminuyó la capacidad del equipo para anticipar riesgos y mantener decisiones coherentes entre profesionales y turnos. Esta interpretación resultó congruente con investigaciones que señalaron que las barreras en la documentación clínica afectaron directamente la seguridad del cuidado y limitaron la respuesta asistencial (Bjerkan et al., 2021).

En relación con la percepción del personal, los resultados indicaron que enfermería y auxiliares o técnicos concentraron los niveles más bajos, mientras que medicina, obstetricia y el personal administrativo alcanzaron valores moderados. Esta diferencia sugirió que la experiencia de seguridad no fue homogénea y que las funciones desempeñadas dentro del establecimiento influyeron en la manera de valorar el clima institucional. Hallazgos semejantes se reportaron en otros contextos, donde el trabajo en equipo, la comunicación abierta y el liderazgo comprometido favorecieron mejores condiciones para el reporte de eventos y para una cultura de seguridad más sólida (Abuosi et al., 2022).

Asimismo, los resultados moderados en apoyo del liderazgo y procesos del centro mostraron que el establecimiento dispuso de una base organizativa aprovechable, aunque todavía insuficiente para sostener prácticas seguras de manera constante. Esta situación indicó que la presencia de liderazgo visible no bastó por sí sola, porque también se requirió formación sistemática y apropiación cotidiana de la seguridad como parte del trabajo asistencial. Esta lectura coincidió con la evidencia que subrayó la necesidad de incorporar la seguridad del paciente como competencia esencial dentro de la formación y de la práctica en atención primaria (Saura Llamas et al., 2021b).

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos señalaron prioridades concretas de intervención en diagnóstico, intercambio de información, identificación del paciente, equipamiento y organización del trabajo. La mejora de estos componentes exigió acciones articuladas, seguimiento institucional y evaluación periódica, en lugar de respuestas aisladas o temporales. Esta necesidad concordó con propuestas que plantearon planes sistemáticos, medibles y sostenidos para fortalecer la seguridad del paciente en el primer nivel de atención (Astier-Peña et al., 2021).

La discusión también llevó a considerar el bienestar del personal como parte del problema estudiado, debido a que las cargas laborales extensas y la presión asistencial pudieron influir en la percepción de seguridad, especialmente en los grupos con puntajes más bajos. Cuando el equipo trabajó bajo fatiga, tensión y demandas persistentes, resultó más difícil sostener procesos seguros con regularidad y consistencia. Este planteamiento coincidió con investigaciones que relacionaron



las condiciones de trabajo del personal con la calidad del cuidado, el desgaste profesional y la seguridad asistencial (Aiken et al., 2023).

## Conclusiones

La investigación evidencia que la cultura de seguridad del paciente en la atención obstétrica del Centro de Salud Brisas del Mar presenta un nivel global bajo. Este resultado responde al objetivo general, porque permite establecer que la seguridad asistencial aún no se consolida como una fortaleza institucional dentro del servicio evaluado. En consecuencia, la atención obstétrica requiere un fortalecimiento estructurado para reducir brechas que afectan la calidad del cuidado.

El estudio identifica que las mayores debilidades se concentran en diagnóstico y pruebas, intercambio de información, trabajo en el centro de salud, identificación del paciente y equipamiento médico. En contraste, apoyo del liderazgo, procesos del centro y seguridad del paciente global alcanzan resultados relativamente más favorables, aunque no suficientes para considerarse fortalezas plenas. Esta diferencia confirma que la cultura de seguridad no se expresa de manera homogénea en todas las dimensiones del establecimiento.

La percepción del personal muestra diferencias según el grupo ocupacional, con resultados más desfavorables en enfermería y en auxiliares o técnicos, y con valores moderados en medicina, obstetricia y personal administrativo. Este hallazgo permite reconocer que la experiencia institucional de seguridad varía según las funciones, la cercanía con el cuidado directo y las condiciones del trabajo cotidiano. Por ello, la lectura de los resultados exige considerar tanto los procesos formales como la realidad operativa de cada área.

El estudio permite concluir que las acciones de mejora deben centrarse en el fortalecimiento de la comunicación interna, la calidad del registro clínico, la identificación correcta del paciente, la disponibilidad del equipamiento y la organización del trabajo. Estas líneas de acción adquieren valor porque se sostienen en las dimensiones que muestran mayor vulnerabilidad dentro del servicio obstétrico. De esta forma, la investigación no solo describe una situación, sino que también ofrece una base concreta para orientar decisiones institucionales.

Entre las limitaciones del estudio, se reconoce que la información procede de un solo establecimiento de salud, lo que restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos. Además, la medición se basa en la percepción del personal y refleja una fotografía del momento evaluado, sin seguir la evolución de la cultura de seguridad a lo largo del tiempo. Por



esta razón, futuras investigaciones pueden ampliar la muestra, incorporar otros niveles de atención y desarrollar análisis comparativos o longitudinales que permitan profundizar la comprensión del fenómeno.

### Referencias bibliográficas

- Abuosi, A. A., Poku, C. A., Attafuah, P. Y. A., Anaba, E. A., Abor, P. A., Setordji, A., & Nketiah-Amponsah, E. (2022). Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLOS ONE*, *17*(10), e0275606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>
- Aiken, L. H., Lasater, K. B., Sloane, D. M., Pogue, C. A., Fitzpatrick Rosenbaum, K. E., Muir, K. J., McHugh, M. D., Cleary, M., Ley, C., Borchardt, C. J., Brant, J. M., Turner, B. L., Leimberger, A. E., Kozlowski, K., Coleman, B. L., Albert, N. M., Stewart, C., Steele, D., Kaplow, R., ... Whade, J. J. (2023). Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice. *JAMA Health Forum*, *4*(7), e231809. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.1809>
- Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, *7*(14), 41–53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J.-M., & Fernández-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*, *53*, 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Benarroum Marín, M. (2023). La importancia de la enfermería en la gestión de la calidad asistencial y seguridad del paciente. *Conocimiento Enfermero*, *6*(21), 07–21. <https://doi.org/10.60108/ce.265>
- Bjerkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R. M. (2021). Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students. *Frontiers in Computer Science*, *3*(June), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- Camacho-Rodríguez, D. E. (2020). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia La Promocion de La Salud*, *25*(1), 141–153. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.11>
- Cambil Martín, J., Herrera Molina, A. S., Salazar Granizo, Y. E., Gafas González, C., Lalón



- Ramos, L. M., & Quishpi Lucero, V. C. (2020). Satisfaction of patients beneficiated with university cooperation for the development of patient safety in riobamba, 2017. *Revista Cubana de Salud Publica*, 46(4), 1-16. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400005&lng=es)
- Cardoso Rocha, R., Rocha Bezerra, M. A., Barbosa Martins, B. de M., & Teixeira Nunes, B. M. V. (2021). Ensino da segurança do paciente na enfermagem: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 20(4), 700-743. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441691>
- Castillo-Ayón, Luz María Delgado-Choez, G., Stefani, Briones-Mera, B. M., & Santana-Vera, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria De Ciencias De La Salud*, 7(13), 40-49. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>
- Dos Santos Bezerril, M., Gonçalves da Costa, M. E., De Araújo Lima Freire, V., Belmiro Andrade, F., Barreto Tavares Chiavone, F., & Pereira Santos, V. E. (2022). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria a la Salud. *Enfermería Global*, 21(3), 376-408. <https://doi.org/10.6018/eglobal.503031>
- Escandell-Rico, F., & Pérez-Fernández, L. (2023). La seguridad del paciente en las enfermeras de Atención Primaria. *Rev Ciencias Médicas*, 27, 5884. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5884>
- Fonseca Mesa, D. A., Serpa Pérez, P. C., & Arias Botero, J. H. (2021). Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *Salud UIS*, 53(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21006>
- Gens-Barberà, M., Hernández-Vidal, N., Castro-Muniain, C., Hospital-Guardiola, I., Oya-Girona, E. M., Bejarano-Romero, F., Rey-Reñones, C., & Martín-Luján, F. (2021). Incidentes de seguridad del paciente notificados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 en atención primaria en Tarragona. *Atención Primaria*, 53, 102217. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102217>
- Jaimés Valencia, M. L., Alvarado Alvarado, A. L., Mejía Arciniegas, C. N., López Galán, A. V., Mancilla Jiménez, V. A., & Padilla García, C. I. (2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*, 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
- Larico Peralta, Y., Rosas Itucayasia, M. L., & Karimen Jetzabel Mutter Cuellar, K. J. M. C. (2021). Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*, 15(2), 11-20. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>



- Lopes, B. de A., Cañedo, M. C., Torres, N. L., Lopes, T. I. B., & Gaíva, M. A. M. (2023). PATIENT SAFETY CULTURE FROM THE NURSING TEAM'S PERSPECTIVE. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91375>
- Luzón Oliver, L., Molina Pérez de los Cobos, E., Novoa Jurado, A., Pérez Martínez, E., & Martínez Monreal, D. (2021). La seguridad del paciente en las residencias sociosanitarias. La experiencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Atención Primaria*, 53, 102228. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102228>
- Manrique-Guzmán, J. A., Chávez-Reátegui, B. del C., Manrique-Chávez, C. B., & Manrique-Chávez, J. E. (2022). Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Revista Estomatológica Herediana*, 32(1), 42–51. <https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4182>
- Mercado Yupanqui, L. A., Pasache Moreno, J. M., & Requena Cornejo, R. A. (2021). Cultura de seguridad del paciente: una prioridad de salud pública. *Journal of Business and Entrepreneurial Studie*. <https://doi.org/10.37956/jbes.v0i0.241>
- Morel-Barrios, M. I. (2024). El imperativo de la seguridad del paciente en salud pública. *UNIDA Salud*, 3(1), 22–23. <https://doi.org/10.69940/sld.20240406>
- Morris, R. L., Ruddock, A., Gallacher, K., Rolfe, C., Giles, S., & Campbell, S. (2021). Developing a patient safety guide for primary care: A co-design approach involving patients, carers and clinicians. *Health Expectations*, 24(1), 42–52. <https://doi.org/10.1111/hex.13143>
- Pacheco Lapo, N. M., Quizhpi de la Cruz, A. M., & Junior Requielme, J. M. (2024). Evaluación de Patrones Funcionales en Atención Primaria: Una Mirada por Enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 9239–9259. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.10248](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10248)
- Pérez Castro y Vázquez, J. A., & Ramirez de Angel, V. (2021). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Ángeles Metropolitano, mediante la aplicación de la encuesta de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), por sus siglas en inglés. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(2), 195–203. <https://doi.org/10.35366/100442>
- Remtulla, R., Hagana, A., Houbby, N., Ruparell, K., Aojula, N., Menon, A., Thavarajasingam, S. G., & Meyer, E. (2021). Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>
- Saura Llamas, J., Astier Peña, M. P., & Puntos Felipe, B. (2021a). La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Atención Primaria*, 53, 1–11.



<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102199>

Saura Llamas, J., Astier Peña, M. P., & Puntos Felipe, B. (2021b). La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. *Atención Primaria*, 53, 102199. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102199>

Tello García, M., Pérez Briones, N. G., Torres Fuentes, B., Nuncio Domínguez, J. L., Pérez Aguirre, D. M., & Covarrubias Solís, I. F. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(2), 111–138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>

**Agradecimiento:**

A mi familia en general, siento que sin ellos nada fuese posible. A mi Alma Mater que me vio crecer.

**Nota:**

El artículo no es producto de una publicación anterior.