

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú

Verónica Mercedes Suárez Baldeón<sup>1,a</sup> | Julio Luciano Gonzales León<sup>2,a,b</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Licenciada en Obstetricia.

<sup>b</sup> Médico residente de Cirugía General.

## Palabras clave:

seguridad del paciente; encuestas y cuestionarios; atención hospitalaria; personal de salud (fuente: DeCS-BIREME).

## RESUMEN

**Objetivo.** Analizar la cultura de seguridad en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú. **Métodos.** Estudio descriptivo y transversal de enfoque cuantitativo, realizado en profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna del Hospital de Lima Este Vitarte. La muestra estuvo conformada por 93 profesionales de la salud, a quienes se les aplicó el cuestionario SOPS 2.0. Se estimaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las significancias de las dimensiones de los tres servicios se utilizaron las pruebas Kruskal Wallis y la de U de Mann-Whitney. **Resultados.** En gineco-obstetricia, el 57,6 % evaluó la cultura como buena a excelente, en medicina interna fue el 87,1 % y en cirugía el 72,4 %. En cuanto a eventos adversos, el 60,6 % de gineco-obstetricia no reportó ninguno, frente al 19,4 % en medicina interna y 51 % en cirugía. Las dimensiones clave con diferencias significativas incluyeron trabajo en equipo ( $p = 0,000$ ), respuesta a errores ( $p = 0,001$ ) y apoyo de supervisores ( $p = 0,000$ ). La principal fortaleza fue el trabajo en equipo (75 % en medicina interna), mientras que las oportunidades de mejora incluyeron aprendizaje organizativo y comunicación sobre errores en gineco-obstetricia y presión y ritmo de trabajo en medicina interna y cirugía. Se encontraron diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente entre los tres servicios ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones.** La cultura de seguridad del paciente varía significativamente entre los servicios de hospitalización analizados. Las diferencias en áreas clave indican la necesidad de abordar estrategias específicas para fortalecer la cultura de seguridad en cada servicio, garantizando así una atención más segura y efectiva en el Hospital de Lima Este Vitarte.

## Patient safety culture in three inpatient services of a public hospital in Peru

## ABSTRACT

**Objective.** To analyze the patient safety culture in three inpatient services of a public hospital in Peru. **Methods.** A descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach was conducted among healthcare professionals in the gynecology-obstetrics, surgery, and internal medicine inpatient services at the Hospital de Lima Este Vitarte. The sample consisted of 93 healthcare professionals, who were administered the SOPS 2.0 questionnaire. Frequencies and percentages were estimated. The Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used to analyze the significance of the dimensions among the three services. **Results.** In gynecology-obstetrics, 57.6% evaluated the safety culture as good to excellent, compared to 87.1% in internal medicine and 72.4% in surgery. Regarding adverse events, 60.6% in gynecology-obstetrics reported none, compared to 19.4% in internal medicine and 51% in surgery. Key dimensions with significant differences included teamwork ( $p = 0.000$ ), response to errors ( $p = 0.001$ ), and supervisor support ( $p = 0.000$ ). The main strength was teamwork (75% in internal medicine), while opportunities for improvement included organizational learning and communication about errors in gynecology-obstetrics, and work pressure and pace in internal medicine and surgery. Significant differences in patient safety culture were found among the three services ( $p < 0.05$ ). **Conclusions.** The patient safety culture varies significantly among the analyzed inpatient services. Differences in key areas highlight the need to implement specific strategies to strengthen safety culture in each service, thereby ensuring safer and more effective care at Hospital de Lima Este Vitarte.

**Citar como:** Suárez Baldeón VM, Gonzales León JL. Cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú. Rev Peru Cienc Salud. 2024;6(3):195-203. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.3.543>

## Correspondencia:

Verónica Mercedes Suárez Baldeón  
 veronica.suarez@unmsm.edu.pe



## INTRODUCCIÓN

El principio más básico de la atención sanitaria es "lo primero es no hacer daño". En contraste, las cifras alarmantes sobre pacientes con algún perjuicio en su salud como producto de una atención son la excusa necesaria y evidente para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponga énfasis en la necesidad de centralizar la seguridad del paciente (SP). En cifras a nivel mundial cerca del 10 % de las atenciones resultan con daños, llegando a fallecer por año 3 millones de pacientes a consecuencia de ello<sup>(1)</sup>. La OMS refiere asimismo que la mitad de estos perjuicios son totalmente prevenibles y que, además, evitarlos sería una fuente generadora de ahorros<sup>(2)</sup>.

La SP se define como la omisión de daños evitables al paciente, así como también la disminución mínima factible de la posibilidad de que estos ocurran. Se basa en prevenir sobre prácticas no seguras en la atención sanitaria, a través de una mejora continua que consiga evitar los eventos adversos (EA)<sup>(1,3)</sup>. Estas no provienen solo de la atención sanitaria en sí, sino que parten de una cultura de seguridad de la organización, teniendo un enfoque más sistémico; lo que involucra a todos los niveles jerárquicos, desde el gerencial hasta el asistencial<sup>(1,4)</sup>. La estadounidense Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ por sus siglas en inglés) la define como el grado en el cual la cultura de la organización apoya y promueve la SP, lo que involucra valores, creencias y normas que comparten todos los miembros de la organización e influyen en sus acciones y comportamientos<sup>(5)</sup>. Esto dependerá incluso del personal sanitario y no sanitario<sup>(6)</sup>.

A nivel internacional, en el año 2022, el 10 % de pacientes hospitalarios presentaban EA, conociéndose además que el 50 % de los casos pudo evitarse<sup>(7,8)</sup>. En una revisión sistemática realizada en el año 2019, el 76 % de los estudios presentaban asociación estadística entre la prevención de los EA y las fortalezas de la SP. La gran mayoría se realizaron en países de altos ingresos, lo que además dejó en evidencia la falta de estudios en países de atención primaria, así como los de ingresos bajos y medios<sup>(8,9)</sup>. A nivel europeo, las disparidades se deben a las diferencias culturales nacionales o a la gran diversidad en las configuraciones de los sistemas de salud<sup>(10)</sup>. En Latinoamérica, sin embargo, este parece ser un tema relativamente desconocido o no medido como protocolo<sup>(11)</sup>.

Por otra parte, en Perú, un país de ingresos medios<sup>(12)</sup> y con escasos estudios en esta problemática, los EA evidenciados son elevados. Tal es el caso del estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), estudio en el cual Perú fue partícipe, y donde se evidenciaron

resultados en los que el 20 % de los pacientes hospitalizados presenciaron al menos un EA en su estadía. Además, los servicios dónde los pacientes se hospitalizaban influían en la aparición de estos eventos, pues cada día de hospitalización incrementaba el riesgo y el 60 % de ellos podría haberse evitado<sup>(13)</sup>.

En los años 2016 y 2018, estudios para la evaluación de la cultura de la SP en hospitales peruanos mostraron asimismo resultados desmoralizadores, al evidenciar que no existían modificaciones significativas entre ambos resultados de dichos años, por lo que inferían que no habría una mejora en la cultura de seguridad de los pacientes hospitalizados<sup>(14,15)</sup>.

Por todo lo anteriormente mencionado, esta investigación se realizó con el objetivo de analizar la cultura de seguridad en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú.



## MÉTODOS

### Tipo y área de estudio

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en profesionales de la salud de los servicios de hospitalización de gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna del Hospital de Lima Este Vitarte. El estudio fue desarrollado entre los meses de enero, febrero y marzo del 2024 en dicha institución, creada por la unión de dos anteriores unidades ejecutoras y recategorizada como nivel III-E, además de considerada como establecimiento de salud de atención especializada<sup>(16)</sup>.

### Población y muestra

La población estuvo conformada por 120 profesionales de salud que cumplieron los criterios de inclusión (personal de salud que labore en los servicios de hospitalización de gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna y que acepten participar voluntariamente) y exclusión (internos, personal técnico, profesionales con algún tipo de licencia). Se realizó un muestreo probabilístico del total de profesionales, resultando 93 profesionales de la salud, a quienes se les aplicó una distribución estratificada por cada uno de los servicios, resultando: 33 de gineco-obstetricia, 31 de medicina interna y 29 de cirugía.

### Variable e instrumentos de recolección de datos

La variable "cultura de seguridad" fue medida por el cuestionario Survey on Patient Safety-AHRQ (SOPS 2.0 por sus siglas en inglés)<sup>(17)</sup>. El SOPS 2.0 es una herramienta para evaluar la cultura de seguridad en hospitales, validada por la AHRQ. Su desarrollo comenzó en 2004, a partir de una revisión de la literatura y consultas con expertos. Se probó

inicialmente en 21 hospitales de Estados Unidos, a lo cual siguió una prueba piloto en 44 hospitales en 2017. Tras una revisión y retroalimentación de la AHRQ, se realizó una segunda prueba piloto en 25 hospitales que concluyó en 2019. El SOPS 2.0 ha sido validado en múltiples estudios internacionales, asegurando que sus ítems reflejan adecuadamente los constructos de la cultura de seguridad en hospitales<sup>(18)</sup>. Las sugerencias de expertos han sido integradas en las versiones finales, fortaleciendo su aplicabilidad. En Perú también se aplicó de la mano de la Universidad Internacional de Florida y el colegio médico del Perú, bajo el nombre de Healthcare Management Americas (HMA) en el año 2018, pero no está estandarizado como lo está internacionalmente<sup>(15)</sup>.

En investigaciones previas, los coeficientes del alfa de Cronbach para las dimensiones del HPSOPS 2,0 han mostrado valores entre 0,75 y 0,89, lo que indica una buena fiabilidad interna. Cuenta con 32 ítems en escala tipo Likert, que conforman 10 dimensiones con validez y confiabilidad a nivel internacional. Estas dimensiones y su respectiva Alfa de Cronbach son: trabajo en equipo (0,76), presión y ritmo de trabajo (0,67), mejoras continuas (0,76), respuesta a los errores (0,83), apoyo de superiores (0,77), comunicación sobre errores (0,89), comunicación y receptividad (0,83), informe sobre eventos relacionados (0,75), apoyo de la administración (0,77), transferencias de información (0,72), 1 ítem sobre calificación de SP general y 1 ítem sobre el número de eventos reportados. Se denominarán a las dimensiones antes descritas como D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9 y D10, respectivamente.

### Técnicas y procedimientos de la recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario; dicho instrumento tomó 10 minutos en ser realizado. Se aplicó en horas de receso de los profesionales, sin interrumpir su actividad asistencial o de jefatura.

### Análisis de datos

Fueron analizadas las frecuencias y porcentajes absolutos y relativos; además, se verificó la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolgomorov-Smirnov<sup>(19)</sup>. Igualmente, fueron evaluadas las 10 dimensiones y los 2 ítems adicionales del instrumento en cada uno de los tres servicios, así como sus diferencias. Dado que los datos no cumplían con los supuestos de normalidad, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis para comparar las distribuciones de las respuestas entre los tres servicios y determinar si existían diferencias significativas en las dimensiones. Posteriormente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para identificar qué dimensiones mostraban diferencias significativas entre los pares de servicios.<sup>(20)</sup> Luego, fueron evaluados

los tres servicios, en donde las fortalezas para una dimensión se establecieron con el 75 % a más de respuestas positivas en preguntas formuladas en positivo; y para el caso de oportunidades de las oportunidades de mejora, estas fueron determinadas con el 50 % de respuestas positivas formuladas en negativo. Para este análisis se utilizó el programa SPSS versión 25.0.

### Aspectos éticos

Se contó con el permiso del Comité de Ética en Investigación del Hospital Lima Este Vitarte. Así mismo, se garantizó el anonimato de la información y en todo momento fueron aplicadas las conductas responsables de la investigación.

## RESULTADOS

Los participantes en el servicio de gineco-obstetricia fueron: enfermeras (9,1 %), obstetras (60,6 %), ginecólogos (9,1 %), médicos residentes (15,2 %) y nutricionistas (6,1 %); en servicio medicina fueron: enfermeras (51,7 %), médicos internistas (22,6 %), médicos residentes (12,9 %) y nutricionistas (12,9 %); y en el servicio de cirugía fueron: enfermeras (75,8 %), cirujanos generales (10,3 %), médicos residentes (10,3 %) y nutricionista (3,4 %).

En el servicio de gineco-obstetricia, el 57,6 % de los participantes encontraba que la "cultura de seguridad" era de "buena" a "excelente"; como también en medicina interna (87,1 %) y en cirugía (2,4 %). Por su parte, la "cultura de seguridad" era "regular" en el 30,3 % en gineco-obstetricia, 12,9 % en medicina interna y 27,6 % en cirugía. Y como "cultura de seguridad" era "mala" en el 12,1 % en el servicio de gineco-obstetricia, 0 % en medicina interna y 0 % en cirugía.

Para el ítem sobre el número de EA reportados en los 12 últimos meses, gineco-obstetricia manifestó que el 60,6 % no reportó ningún EA y que el 39,4 % reportó alguno. En medicina interna, el 19,4 % mencionaron no haber reportado ningún EA, mientras que el 80,6 % reportó uno alguna vez; así mismo, en cirugía el 51 % indicó que no advirtieron ningún EA, mientras que el 48,3 % manifestó que sí reportó al menos uno (ver Tabla 1).

Se calcularon los rangos de las respuestas obtenidas por cada una de las dimensiones de cada servicio. Luego se ejecutó la prueba de Kruskall Wallis, en la cual se encontró que existían diferencias relevantes significativas ( $p < 0,05$ ). Estas fueron: trabajo en equipo (0,00), respuesta a los errores (0,001), aprendizaje y mejora continua (0,006), respuesta a los errores (0,001), apoyo que dan los supervisores (0,000), comunicación y

**Tabla 1.** Número de eventos adversos reportados según profesionales de la salud

En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?						
		Ninguno	1 a 2	3 a 5	6 a 10	Total
Gineco-obstetricia	fi	20	6	6	1	33
	%	60,6	18,2	18,2	3,0	100,0
Medicina interna	fi	6	17	4	4	31
	%	19,4	54,8	12,9	12,9	100,0
Cirugía	fi	15	12	2	0	29
	%	51,7	41,4	6,9	0,0	100,0

receptividad (0,004), informar con eventos relacionados con la SP (0,003), calificación de la SP (0,005) (ver Tabla 2).

Se comparó entonces los tres servicios agrupándolos de a 2, mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Las diferencias entre gineco-obstetricia y medicina fueron: trabajo en equipo (0,000), mejoras continuas (0,002), respuesta a los errores (0,040), apoyo que dan los supervisores (0,000), comunicación sobre los errores (0,003), comunicación y receptividad (0,006), informar con eventos relacionados con SP (0,009). Entre cirugía y medicina interna se encontraron diferencias solo en comunicación sobre los errores (0,031). Las diferencias entre gineco-obstetricia y Cirugía fueron: trabajo en equipo (0,001), respuesta a los errores (0,000), apoyo que dan los supervisores (0,002), comunicación y receptividad (0,003), informar con eventos relacionados con SP (0,001) (ver Tabla 3).

De manera global, se identificó una sola fortaleza para la dimensión "trabajo en equipo" (75 %) para el servicio de medicina interna. Siguieron sus pasos en menor porcentaje la dimensión trabajo en equipo

(70 %) en cirugía, dimensión respuesta a los errores (65 %) en gineco-obstetricia, dimensión informar eventos relacionados con la SP (62 %) en cirugía y dimensión comunicación acerca de los errores (60 %) en medicina interna (ver Figura 1).

Como oportunidades de mejora se encontraron 4, distribuidas de manera global en el estudio. Para gineco-obstetricia se encontraron 3: la dimensión de "aprendizaje organizativo" (52 %), la dimensión "comunicación acerca de los errores" (52 %) y la dimensión "apoyo que dan los supervisores para la SP" (50 %). En cuanto a medicina interna, la que más se acercó a los resultados fue la dimensión de "presión y ritmo de trabajo" (42 %). En cirugía se encontró asimismo "presión y ritmo de trabajo" (51 %) (ver Figura 2).

## DISCUSIÓN

En los años 2016 y 2018, solo el 26 % del personal de salud creía que la SP en su institución era excelente o muy buena, y colocaba a Perú en los últimos países de

**Tabla 2.** Prueba de Kruskal Wallis a las 10 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en los tres servicios de hospitalización: gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía

	Dimensiones de la seguridad del paciente									
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
H de Kruskal-Wallis	20,277	2,007	10,368	14,723	16,062	9,638	11,203	11,835	2,714	0,935
*GI	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	0,000	0,367	0,006	0,001	0,000	0,008	0,004	0,003	0,257	0,627

\*Grados de libertad. En la prueba de Kruskal-Wallis, se calculan como el número de grupos comparados menos uno (GI = k-1). En esta tabla, GI = 2, lo que indica que se están comparando tres grupos: gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía (k = 3). Los grados de libertad reflejan la cantidad de información disponible para el análisis.

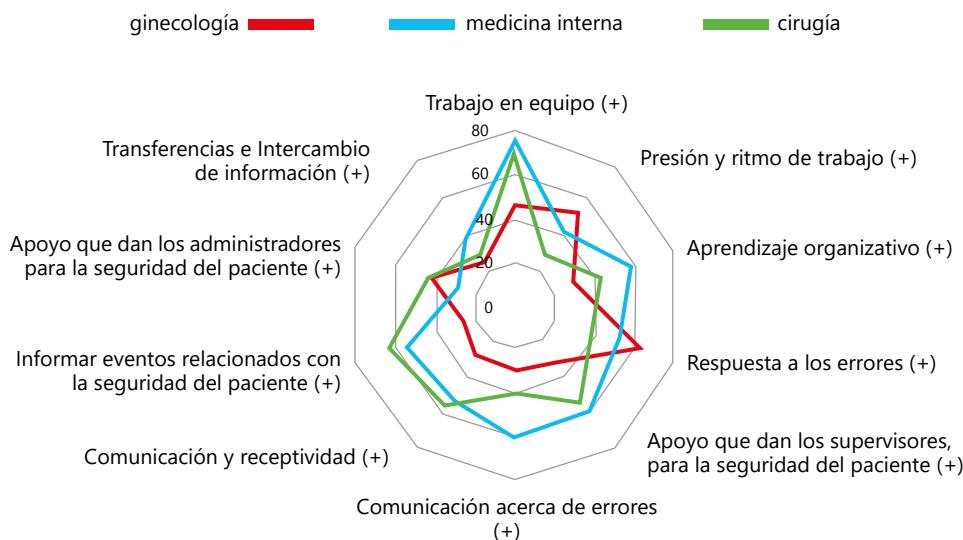


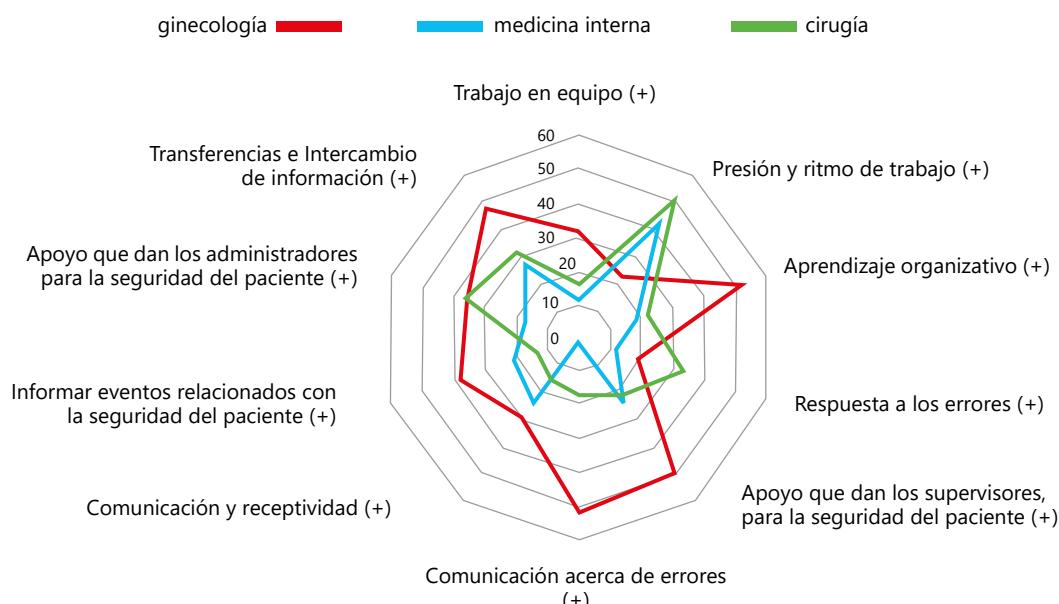
**Tabla 3.** Prueba U de Mann-Whitney realizada entre los tres servicios de hospitalización: gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía

Dimensiones de la seguridad del paciente	Pruebas	Gineco obstetricia vs medicina interna	Cirugía vs medicina interna	Gineco obstetricia vs cirugía
Trabajo en equipo	U de Mann-Whitney	215,5	395,0	264,5
	Estadístico Z	-4,242	-0,916	-3,189
	Valor P	0,000	0,360	0,001
Mejoras continuas	U de Mann-Whitney	293,0	333,5	364,0
	Estadístico Z	-3,045	-1,798	-1,699
	Valor P	0,002	0,072	0,089
Respuesta a los errores	U de Mann-Whitney	363,5	345,5	210,5
	Estadístico Z	-2,051	-1,614	-3,902
	Valor P	0,040	0,106	0,000
Apoyo que dan los supervisores	U de Mann-Whitney	253,5	386,5	269,5
	Estadístico Z	-3,614	-0,989	-3,111
	Valor P	0,000	0,323	0,002
Comunicación sobre los errores	U de Mann-Whitney	304,0	310,0	422,0
	Estadístico Z	-2,955	-2,159	-0,882
	Valor P	0,003	0,031	,378
Comunicación y receptividad	U de Mann-Whitney	314,5	424,5	272,0
	Estadístico Z	-2,731	-0,379	-3,000
	Valor P	0,006	0,704	0,003
Informar sobre eventos relacionados	U de Mann-Whitney	335,0	412,5	264,0
	Estadístico Z	-2,606	-0,591	-3,273
	Valor P	0,009	0,555	0,001

la región.<sup>(14,15)</sup> En contraste, en este estudio se encuentra que las cifras difieren prácticamente al doble. Luego de 6 años la percepción parecería haber mejorado. Sin embargo, el 80 % de los profesionales del servicio de

medicina Interna reporta EA, mientras que los servicios de gineco -obstetricia y cirugía refieren más del 50 % no haber reportado ningún EA. En la práctica clínica es común encontrar EA como la flebitis, y aunque puedan

**Figura 1.** Fortalezas para la seguridad del paciente según servicio de hospitalización



**Figura 2.** Oportunidades de mejora para la seguridad del paciente según servicio de hospitalización

parecer simples resultan importantes en el cuidado. Es posible entonces que una proporción significativa no esté reportando EA por diferentes razones.

En el conjunto de la literatura disponible sobre SP en América Latina destaca Brasil, con una mayor cantidad de estudios. Usualmente se estudia a nivel hospitalario, olvidando los diferentes niveles de servicios hospitalarios.<sup>(21)</sup> Durante este estudio, Cirugía y Medicina Interna mostraron similitudes significativas en su cultura de seguridad; sin embargo, el segundo resaltó considerablemente a nivel general. La prueba de U de Mann-Whitney realizada en este estudio para la evaluación de diferencias entre los servicios indica para medicina interna y gineco obstetricia, que la primera obtiene mejores resultados con diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de la seguridad del paciente evaluadas. Por otro lado, entre medicina interna y cirugía evidencia diferencia significativa solo en la dimensión de comunicación sobre los errores, con un  $p = 0,031$ , lo que indica que medicina interna también tiene un mejor desempeño en esta área. Sin embargo, en otras dimensiones no hay diferencias significativas, lo que sugiere que es superior en algunas áreas clave, pero no en todas. Sin embargo, los valores Z negativos y  $p$  menores a 0,05 refuerzan que la cultura de seguridad es más robusta en medicina interna. En contraste, gineco-obstetricia difirió significativamente con ambos en dimensiones clave.

Por ejemplo, "trabajo en equipo" mostró una baja proporción de respuestas positivas en comparación con estudios anteriores en una maternidad pública

en Brasil (68 %)<sup>(22)</sup>. Esto plantea interrogantes sobre las posibles causas, como la unificación reciente de unidades ejecutoras en un nuevo hospital, y por qué estas diferencias se limitarían específicamente a gineco-obstetricia.

Respecto a "la respuesta a los errores", gineco-obstetricia obtuvo la mayor cantidad de respuestas positivas, muy cercano a poder ser catalogado como fortaleza, a diferencia de los otros dos servicios. Todo esto es contraste con lo hallado en Brasil (9,1 %)<sup>(23)</sup>, donde las cifras fueron muy bajas. Entonces, los profesionales reconocen que existen factores sistémicos que contribuyen a la ocurrencia de errores y, además, perciben que estos también son oportunidades para aprender y mejorar. En medicina interna y cirugía se halló una gran cantidad de respuestas neutrales, lo que se interpreta como una indecisión al responder y, además, el 50 % de respuestas positivas para esta dimensión indica que podría existir un subregistro de EA reportados.

Respecto al "apoyo que dan los supervisores o directores para la SP", en gineco-obstetricia se vio reflejada como una oportunidad de mejora, lo cual sugiere que los profesionales en este servicio sientan que no reciben el apoyo necesario o que sus sugerencias no son suficientemente valoradas. En contraste, los otros dos servicios muestran cifras cercanas a representar una fortaleza en esta dimensión. Esto indica que los gestores en estos servicios son percibidos como receptivos y comprometidos con la mejora continua de la SP, reconocen las sugerencias

y fomentan participación activa en iniciativas de mejora. Los hallazgos se pueden contrastar con otro estudio realizado en Colombia, donde no llegó a ser una fortaleza, pero obtuvo un porcentaje del 52 % de respuestas positivas<sup>(24)</sup>.

Respecto a la "comunicación y receptividad", en los tres servicios hospitalarios existen bajos porcentajes de respuestas positivas. La menor fue para gineco-obstetricia (30 %) en comparación con medicina interna y cirugía, los cuales excedieron el 50 %. En gineco-obstetricia los profesionales pueden sentir limitaciones al expresar aspectos negativos que afectaban la atención al paciente; sin embargo, esto entra en contradicción con las altas cifras de no punitividad a los errores ya descritas. Por lo tanto, se infiere que es posible que se sientan seguros para admitir errores personales, pero perciben restricciones al discutir temas que involucren críticas a políticas, decisiones o procesos institucionales ya establecidos. La falta de comunicación abierta y receptividad a la retroalimentación podría normalizar y perpetuar prácticas que no están basadas en evidencia o que podrían estar desactualizadas. Según un estudio realizado en un hospital nuestro país, el 30 % de los médicos especialistas no acceden a la revisión de la medicina basada en evidencias de su campo por falta de tiempo; además, ante un problema clínico el 20 % de ellos sigue las guías de práctica clínicas y el 16 % comparte sus dudas con un colega<sup>(25)</sup>.

Respecto a "informar con eventos relacionados con la SP", los servicios de cirugía y medicina interna puntajes altos que no llegan a ser fortalezas; en contraste, gineco-obstetricia evidencia un puntaje bajo. Existen experiencias sobre implementaciones del sistema de gestión del riesgo, como el del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en nuestro país, donde explican que tener un sistema de notificación de eventos adversos con procedimientos técnicos y objetivos al analizar los eventos adversos prevendría más eventos adversos, incluso centinelas<sup>(26)</sup>.

Por otra parte, en México, se evaluó las acciones para la prevención de los EA bajo el documento Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).<sup>(27,28)</sup> Este documento se ha implementado bajo obligatoriedad en México en su Sistema Nacional de Salud, así como también la encuesta SOPS 2.0 de manera anual.<sup>(29)</sup> Esta ya se realiza también con obligatoriedad en Norteamérica y algunos países de Europa, existiendo ya a la fecha bases de datos de encuestas realizadas.<sup>(8,10)</sup> Un estudio peruano recomienda que el Ministerio de Salud tenga como opción implementar estas AESP para el paciente<sup>(30)</sup>. Mejorar nuestra actitud en nuestra actividad como profesionales de la salud es lo único que podemos controlar<sup>(31)</sup>. Esto podría alejarnos de cometer errores

no normalizarlos y no tener miedo a reportarlos o evidenciarlos. Esto debería ocurrir desde el nivel de directorios, jefaturas y hasta el nivel mínimo asistencial.

Así mismo, una revisión sistemática, realizada en estudios de países como Estados Unidos, Canadá y de Europa recomienda que los conceptos en relación a la SP deberían ser uniformizados; además, aconseja que sería de mayor provecho realizar estudios prospectivos longitudinales<sup>(8)</sup>.

La principal limitación de este estudio fue encontrar el momento adecuado para aplicar las Encuestas, ya que, a pesar de su interés inicial por participar en el mismo y aunque la aplicación tomaba apenas 10 minutos, el personal de salud mostraba poca disposición, lo que resultó en retrasos significativos para su culminación.

## Conclusiones

Se observa diferencias notables entre los servicios de gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía en diversas dimensiones relacionadas con la SP. Estas diferencias son estadísticamente significativas en áreas como trabajo en equipo, respuesta a los errores, apoyo de supervisores, comunicación y receptividad, así como en la capacidad de informar eventos relacionados con la SP ( $p < 0,05$ ). Se concluye que el servicio de medicina interna cuenta con una cultura de seguridad más robusta. Además, se concluye que tener una mejor cultura de seguridad no necesariamente implica que todas las dimensiones sean fortalezas. Se evidencia también a nivel global el "trabajo en equipo" como una fortaleza (75 %) en medicina. Como oportunidades de mejora, se destacan dimensiones específicas en cada servicio, como el aprendizaje organizativo (52 %) y la comunicación acerca de errores (52 %) en gineco-obstetricia, o la presión y ritmo de trabajo en cirugía (51 %).

## Recomendación

Se recomienda protocolizar el uso anual de la encuesta SOPS 2.0 e incluir formación activa sobre conceptos e importancia de la SP en cada uno de los servicios. Implementar estas acciones podría no solo fortalecer la SP, sino también mejorar la calidad general de la atención, mejorar el ambiente laboral y la satisfacción del personal en los servicios analizados.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [Consultado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 74 Asamblea Mundial de la Salud – 28 de mayo de 2021 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-28-may-2021>

3. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y Cultura de Seguridad. Rev Médica Clín Las Condes [Internet]. 2017 [Consultado el 12 de marzo de 2024];28(5):785-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240032705>
5. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. (AHRQ). ¿Qué es la Cultura de Seguridad del Paciente? [Internet]. Rockville: AHRQ; 2022 [Consultado el 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
6. Borneo E. Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco Rev Peru Cienc Salud [Internet]. 2019 [Consultado el 12 de marzo de 2024];1(3):141-7 <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.3.26>
7. Araujo-Rosero OL, Guerrero-Lasso PA, Matabanchoy-Tulcán SM, Bastidas-Jurado CF. Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. Univ. Salud [Internet]. 3 de diciembre de 2021 [Consultado 2 de febrero de 2024];23(3):351-65. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/6293>
8. Vikan M, Haugen AS, Bjornnes AK, et al. La asociación entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos. – scoping review. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2023 [Consultado 2 de febrero de 2024];300. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8>
9. Lawton R, O-Hara J, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, Wright J. ¿Las percepciones del personal sobre la seguridad del paciente pueden predecir una atención sin eventos adversos? BMJ Qual Saf. [Internet]. 2015 [Consultado 2 de febrero de 2024];24:369-76. <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2014-003691>
10. Granell-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales Europeos: Estudio Comparado de Métodos Mixtos. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [Consultado 2 de febrero de 2024];19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
11. Camacho-Rodríguez DE, Carrasquilla-Baza DA, Domínguez-Cancino KA, Palmieri PA. Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales Latinoamericanos: Revisión sistemática con Meta-Análisis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [Consultado 2 de febrero de 2024];19(21):14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
12. Banco Mundial. Países del Banco Mundial. Data Help Desk [Internet]. 2023 [Consultado el 2 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
13. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Editorial Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Consultado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2010/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2010/docs/INFORME_IBEAS.pdf)
14. Arrieta-Herrera A, Suárez-Chumacero G, Pérez-Zárate C, Cárdenas-Gamarrá G, Figueiroa-Apéstegui A, Cuentas- Jara M, et al. Encuesta Healthcare Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Callao. Acta Med Peru [Internet]. 2017 [Consultado el 2 de marzo de 2024];33(4):344. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2016.334.237>
15. Arrieta A, Hakim G, Pérez-Zárate C, Siu-Guillén H, Neves-Catter C, Qamar A. 2018 Healthcare Management Americas Survey on culture for patients safety in Peru. Acta Med Peru [Internet]. 2019 [Consultado el 3 de junio de 2024];36(4):309-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n4/a11v36n4.pdf>
16. Gobierno del Perú. Hospital de Lima Este-Vitarte nace como nueva y única ejecutora [Internet]. Lima: Plataforma digital del Estado Peruano; 4 de enero del 2024 [Consultado el 10 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heav/noticias/891006-hospital-de-lima-este-vitarte-hospital-de-lima-este-vitarte-nace-como-nueva-y-unica-ejecutora>
17. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ). Cuestionario hospitalario para la cultura de seguridad del paciente [Internet]. Rockville: AHRQ; 2024 [Consultado el 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
18. Sorra J, Famolaro T, Yount N, Caporaso A, Gray L, Zebrak K y et al. Resultados de la prueba piloto de las encuestas sobre la cultura de seguridad del paciente de la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud SOPS versión 2.0 del hospital - Resultados generales (Elaborado por Westat, Rockville, MD, bajo el contrato N.º HSP2332015000261/ HHSP23337004T). [Internet]. Rockville: AHRQ; 2019 [Consultado el 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsp2-pilot-results-parti.pdf>
19. Pedrosa I, Juarros-Basterretxea J, Robles-Fernández A, Basteiro J, García-Cueto E. Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿Qué estadístico utilizar? Univ Psychol [Internet]. 2014 [Consultado el 17 de febrero de 2024];14(1). <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy14-1.pbad>
20. Rivas-Ruiz R, Moreno-Palacios J, Talavera JO. Investigación clínica XVI. Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social [Internet]. 2013 [Consultado el 11 de junio de 2024];51(4):414-9. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745490011.pdf>
21. Fassarella CS, da Silva LD, Camerini FG, Figueiredo M do CAB. Enfermería. Seguridad en los servicios de un hospital universitario. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 May [Consultado el 11 de junio de 2024];72(3):767-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>
22. Lima-Silva P, Teles-de-Oliveira M, Rosilane Limade-Brito M, Vieira-de-Sousa B, Cardoso-Rocha R, Melo-Guimaraes T. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Enferm. glob. [Internet]. 2020 [Consultado el 11 de junio de 2024];19(60):427-462. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.386951>
23. Silva SC, Morais BX, Munhoz OL, Ongaro JD, Urbanetto J, Magnago TSB. Cultura de seguridad del paciente, cuidados en enfermería omitidos y sus razones en obstetricia. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2021 [Consultado el 1 de junio de 2024]. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4855.3461>
24. Arango GL, Forero-Niño BF. Cultura de seguridad del paciente en tres hospitales de una subred de Bogotá. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 Sep [Consultado el 1 de junio de 2024];47(3):e2241 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662021000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000300010&lng=es)
25. Segundo-Paredes JA, Gonzales-Medina CA, Francia-De la Cruz RJ, Valdivia-Vera E, Mejía-Veramendi JP, Arango-Ochante PM. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes de un hospital público. Lima- Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 13 de febrero de 2019 [Consultado el 1 de junio de 2024];7(2):9-15. Disponible: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/112>
26. Santiváñez-Pimentel AC. La notificación y análisis de los eventos adversos: experiencia en el HONADOMANI San Bartolomé. Rev. Peru. Ginecol. obstet. [Internet]. 2019

- [Consultado el 6 de junio de 2024];65(1):45-50. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgv65i2151>
27. Riera-Vázquez NA, Gutiérrez-Alba G, Reyes-Morales H, Pavón-León P, Gogeascoechea-Trejo MC, Muños-Hernandez J. Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *J Health Qual Res.* [Internet]. 2022 [Consultado el 6 de junio de 2024];37(4):239–46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003>
28. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) [Internet]. México: Plataforma del Gobierno de México; 2022 [Consultado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/isssste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp?idiom=es>
29. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Gobierno de México [Internet]. México: Plataforma del Gobierno de México; 2017 [Consultado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0)
30. Fajardo-Luna C, Espil-Sánchez S, Quico-Berrio R, Muñoz-Cure Y, Salazar CR, Moya-Salazar J. Comentarios sobre la seguridad del paciente y eventos adversos a propósito del estudio de Riera-Vázquez et al., (2022). *J Health Qual Res.* [Internet]. 2023 [Consultado el 6 de junio de 2024];38(4):250-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.09.007>
31. Cañas-Aragón CP. La importancia de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito clínico. *Enferm Clin.* [Internet]. 2024 [Consultado el 6 de junio de 2024];34(1):75-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.11.002>

**Contribución de los autores**

**VMSB:** concepción y diseño del artículo, recolección de resultados, metodología, asesoría estadística, análisis de resultados, discusión, revisión crítica del artículo y revisión final del artículo.

**JLGL:** análisis de datos, interpretación de los datos, elaboración del borrador y aprobación final del manuscrito.

**Fuentes de financiamiento**

La investigación fue realizada con recursos propios.

**Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.