

Capítulo 11

Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública

Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Andy Williams Chamoli Falcón

Cabredo Castro, G. R., Ojeda Gallo, P. M. J., & Chamoli Falcón, A. W. (2026). Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 228-259). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c815>



11

Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública

Resumen

La seguridad del paciente constituye una prioridad global en los sistemas de salud, y la cultura de seguridad representa un determinante fundamental para la prevención de eventos adversos en instituciones hospitalarias; sin embargo, en América Latina los hospitales públicos enfrentan desafíos estructurales y de gestión que condicionan el desarrollo de dicha cultura, evidenciándose una producción científica regional limitada sobre los factores organizacionales que la determinan. El objetivo de este artículo fue identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más influenciadas por el liderazgo organizacional en hospitales públicos latinoamericanos, según la literatura científica revisada. Se realizó una revisión bibliográfica mediante búsquedas sistemáticas en Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex, seleccionando estudios primarios publicados entre 2014 y 2025 que utilizaron instrumentos estandarizados como el HSOPSC y el SAQ en hospitales públicos de la región. Los resultados revelan que las dimensiones con puntuaciones más bajas son consistentemente la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial, mientras que el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo constituyen las únicas fortalezas recurrentes. Se concluye que el liderazgo organizacional es un determinante estructural de la cultura de seguridad, siendo necesario desarrollar programas de formación en liderazgo contextualizados y estudios longitudinales comparativos que fortalezcan la evidencia regional.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente; liderazgo organizacional; hospitales públicos; América Latina; gestión hospitalaria.

Introducción

La seguridad del paciente se consolidó como una preocupación prioritaria en los sistemas sanitarios contemporáneos, debido a que un número considerable de personas experimentó lesiones incapacitantes o incluso fallecimiento como consecuencia directa de errores asociados a la atención médica, situación particularmente acentuada en países con economías en desarrollo (Ayanaw et al., 2023). En este marco analítico, la cultura de seguridad del paciente fue conceptualizada como un entramado de valores organizacionales, convicciones compartidas, disposiciones actitudinales y patrones conductuales que orientaron el compromiso institucional hacia la reducción sistemática del daño durante los procesos asistenciales (Oña, 2024).

Diversos organismos internacionales han advertido que las transformaciones culturales en el ámbito sanitario suelen implicar desafíos sustancialmente más complejos que la mera incorporación de dispositivos administrativos o reformas estructurales, lo cual evidenció la naturaleza multidimensional de este fenómeno organizacional (Yavorovsky et al., 2023). En ese entramado institucional, el liderazgo organizacional emergió como un elemento decisivo, dado que las modalidades de conducción directiva tendieron a modelar el clima laboral, la apertura comunicativa entre profesionales, las dinámicas de aprendizaje institucional y la disposición del personal sanitario a reportar eventos adversos sin temor a represalias (Ünal et al., 2025).

Evidencias empíricas recientes sugirieron que estilos de liderazgo caracterizados por autenticidad, transparencia y fortalecimiento de las capacidades profesionales funcionaron como predictores relevantes de entornos organizacionales favorables a la seguridad del paciente (Dirik & İntepeler, 2023). En contraste, la insuficiencia de respaldo directivo se vinculó de manera reiterada con debilidades estructurales en dimensiones críticas de la cultura de seguridad, entre ellas la respuesta no punitiva frente al error y las condiciones de dotación del personal sanitario (Pedroso et al., 2023). En el contexto latinoamericano, esta problemática adquirió una significación particular debido a que nu-

merosos hospitales públicos operaron bajo restricciones presupuestarias, limitaciones estructurales y desafíos de gobernanza institucional que condicionaron la capacidad del liderazgo para consolidar entornos asistenciales seguros (Rodríguez et al., 2022).

La producción científica reciente proporcionó aportes relevantes para interpretar la relación entre el liderazgo organizacional y la cultura de seguridad del paciente en hospitales de América Latina. Rodríguez et al. (2022), realizaron la primera revisión sistemática con metaanálisis enfocada en la cultura de seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos, integrando treinta estudios provenientes de Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú, con una muestra acumulada de 10,915 participantes. Los resultados señalaron que las dimensiones con evaluaciones más favorables correspondieron al aprendizaje organizacional orientado a la mejora continua y al trabajo cooperativo dentro de las unidades clínicas. En contraste, las dimensiones más debilitadas estuvieron asociadas con la respuesta no punitiva frente al error y con la disponibilidad de personal, registrándose una percepción global positiva relativamente reducida, cercana al 48% (Rodríguez et al., 2022).

De manera complementaria, Pedroso et al. (2023), desarrollaron un estudio multicéntrico internacional en cuatro hospitales sudamericanos ubicados en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Los hallazgos mostraron que las dimensiones más robustas se relacionaron con el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo intraunidad y el respaldo gerencial en materia de seguridad del paciente. No obstante, continuaron evidenciándose debilidades significativas en aspectos vinculados con la suficiencia de recursos humanos y con la ausencia de enfoques no punitivos ante la ocurrencia de errores asistenciales (Pedroso et al., 2023).

Asimismo, Taquire (2023), examinó la cultura de seguridad del paciente en dos hospitales públicos peruanos de nivel III, identificando diferencias estadísticamente significativas en variables asociadas a dirección institucional, trabajo colaborativo y supervisión organizacional. Los resultados indicaron que los niveles observados se situaron

considerablemente por debajo de los estándares reportados en otros contextos hospitalarios de la región latinoamericana (Taquire, 2023). En conjunto, estos estudios sugirieron una convergencia empírica: las dimensiones relacionadas con liderazgo, conducción organizacional y apoyo gerencial constituyeron los ámbitos con mayor margen de mejora dentro de los hospitales públicos latinoamericanos.

A pesar de los avances registrados, la literatura especializada continuó presentando vacíos analíticos relevantes que justificaron el desarrollo de nuevas revisiones académicas. En primer lugar, Gallo y Cruz (2025), demostraron mediante un estudio bibliométrico basado en publicaciones indexadas en Scopus durante el periodo 2014–2024 que la mayoría de las investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente adoptaron enfoques predominantemente cuantitativos, alcanzando el 93,5% del total analizado. Dicho estudio también evidenció que la producción científica estuvo concentrada principalmente en Estados Unidos, China y España, mientras que la participación de países latinoamericanos permaneció considerablemente reducida. Esta distribución desigual de la producción científica limitó la comprensión de las especificidades organizacionales que caracterizan a los hospitales públicos de la región (Gallo & Cruz, 2025).

En segundo lugar, García et al. (2023), identificaron en un hospital público mexicano que las dimensiones con menor valoración correspondieron a la apertura comunicativa entre profesionales, al respaldo gerencial en materia de seguridad y a la ausencia de respuestas punitivas frente a los errores. Los autores señalaron que la actuación de la gerencia resultó decisiva para garantizar la continuidad de las iniciativas de seguridad del paciente; sin embargo, el estudio no profundizó en los estilos concretos de liderazgo ni en las prácticas directivas capaces de revertir dichas debilidades estructurales (García et al., 2023).

Finalmente, Ünal et al. (2025), advirtieron que la literatura disponible todavía mostraba una escasez de investigaciones comparativas orientadas a examinar de manera simultánea los comportamientos de liderazgo y las dimensiones específicas de la cultura de seguridad hos-

pitalaria. En consecuencia, la interacción entre estilos de liderazgo determinados y componentes particulares de la cultura de seguridad permaneció insuficientemente explorada, especialmente en el contexto de hospitales públicos latinoamericanos, cuyas dinámicas institucionales difieren sustancialmente de aquellas observadas en sistemas sanitarios de países con mayores niveles de ingresos.

A partir de los vacíos identificados, el presente artículo de revisión bibliográfica tuvo como propósito identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que se mostraron más sensibles a la influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina, según la evidencia científica disponible.

Metodología

La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante un procedimiento sistemático de rastreo, identificación y depuración de literatura científica, orientado a examinar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que evidenciaron mayor influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos latinoamericanos. El proceso de recuperación documental se efectuó en cuatro repositorios académicos de alta visibilidad científica: Scopus, Web of Science (WoS), SciELO y Latindex. La elección de estas plataformas respondió a su consolidada legitimidad en la circulación del conocimiento científico, a su cobertura interdisciplinaria en ciencias de la salud y, de manera particular, a su capacidad para indexar producción académica proveniente del ámbito latinoamericano.

El procedimiento de localización bibliográfica se estructuró en tres momentos metodológicos sucesivos. En una primera instancia, se efectuó la identificación y sistematización de descriptores conceptuales derivados del objetivo de investigación, empleando tanto vocabulario controlado procedente de los tesauros DeCS y MeSH como expresiones terminológicas libres utilizadas con frecuencia en la literatura especializada. Dichos descriptores se formularon en español, inglés y portugués, con la finalidad de ampliar el espectro de recuperación documental y evitar sesgos idiomáticos. Entre los términos utilizados se

incluyeron: cultura de seguridad del paciente, patient safety culture, cultura de segurança do paciente, liderazgo organizacional, organizational leadership, liderança organizacional, hospitales públicos, public hospitals, hospitais públicos, así como América Latina y Latin America.

En una segunda fase, estos descriptores fueron combinados mediante operadores booleanos específicos para cada base de datos, lo que permitió construir ecuaciones de búsqueda orientadas a maximizar la sensibilidad y precisión en la recuperación de registros bibliográficos pertinentes. Finalmente, en una tercera etapa, se efectuó un proceso de depuración documental, que incluyó la eliminación de registros duplicados, la revisión preliminar de títulos y resúmenes y, posteriormente, la lectura íntegra de los artículos potencialmente elegibles. Durante esta etapa se aplicaron de manera rigurosa los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, con el propósito de asegurar la coherencia metodológica del corpus analizado y la pertinencia de las investigaciones incorporadas en la revisión.

La fórmula booleana que se aplicaron las siguientes formulas:

Scopus: ((*“patient safety culture”* OR *“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“safety culture”*) AND (*“organizational leadership”* OR *“leadership”* OR *“liderazgo organizacional”* OR *“liderazgo”* OR *“liderança”* OR *“management support”* OR *“apoyo gerencial”* OR *“hospital management”* OR *“gestión hospitalaria”*) AND (*“public hospital”* OR *“hospital público”* OR *“hospitais públicos”* OR *«government hospital»*))

Web of Science (WOS): ((*“patient safety culture”* OR *“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“safety culture”*) AND (*“organizational leadership”* OR *“leadership”* OR *“liderazgo”* OR *“liderança”* OR *“management support”* OR *“hospital management”* OR *“gestión hospitalaria”* OR *“apoyo gerencial”*) AND (*“public hospital”* OR *“hospital público”* OR *“government hospital”*))

SciELO: (*“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“patient safety culture”*) AND (*“liderazgo”* OR *“liderança”*)

OR “leadership” OR “gestión hospitalaria” OR “gestão hospitalar” OR “apoyo gerencial” OR “apoio da gestão”) AND (“hospital público” OR “hospitales públicos” OR “hospitais públicos» OR «public hospital”)

Latindex: “cultura de seguridad del paciente” + “liderazgo” + “hospital público” “patient safety culture” + “leadership” + “public hospital” “cultura de segurança do paciente” + “liderança” + “hospital público”

Con el fin de garantizar la coherencia metodológica, la pertinencia temática y la rigurosidad científica de los estudios considerados en la revisión, se definieron previamente criterios de inclusión y exclusión, los cuales se alinearon con el objetivo analítico de la investigación y con las orientaciones metodológicas sugeridas para la realización de revisiones bibliográficas en el ámbito de las ciencias de la salud.

Se consideraron elegibles aquellas investigaciones publicadas en revistas científicas sometidas a procesos de evaluación por pares, incluyendo artículos originales, revisiones de la literatura —sistemáticas, integrativas o narrativas— y estudios multicéntricos que abordaran la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Fueron considerados estudios desarrollados en hospitales públicos de países latinoamericanos o investigaciones que incorporaran muestras provenientes de este tipo de instituciones dentro de la región, con el propósito de preservar la coherencia contextual del análisis.

De igual modo, se seleccionaron estudios que examinaran explícitamente al menos una dimensión de la cultura de seguridad relacionada con el liderazgo organizacional, la gestión hospitalaria, el respaldo gerencial a la seguridad del paciente, las expectativas y acciones de la supervisión o las prácticas de dirección institucional. Con el fin de ampliar el espectro de recuperación documental y evitar sesgos idiomáticos, se incluyeron publicaciones redactadas en español, inglés o portugués, lenguas predominantes en la producción científica del ámbito latinoamericano. Finalmente, se consideraron únicamente investigaciones con acceso al texto completo, ya fuera en modalidad de acceso abierto o mediante las suscripciones institucionales disponibles en las bases de datos consultadas.

En contrapartida, se excluyeron documentos de carácter no investigativo, tales como artículos de opinión, editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, tesis no publicadas en revistas indexadas y otras formas de literatura gris que no hubieran sido sometidas a procesos de revisión por pares. Asimismo, fueron descartados los estudios realizados exclusivamente en hospitales privados, clínicas ambulatorias o instituciones de atención primaria, salvo aquellos que incorporaran comparaciones explícitas con hospitales públicos que permitieran aislar información específica del sector público. También se excluyeron investigaciones desarrolladas fuera del contexto latinoamericano, a menos que incluyeran análisis comparativos o muestras provenientes de hospitales públicos de la región. De igual manera, no se consideraron estudios que no utilizaran instrumentos estandarizados para la medición de la cultura de seguridad del paciente o que emplearan herramientas metodológicas carentes de validación científica.

En los casos en que un mismo estudio apareciera duplicado en diferentes bases de datos, se conservó únicamente la versión más completa o aquella publicada en la revista con mayor impacto académico. Asimismo, se descartaron artículos que, tras la lectura íntegra del texto, no examinaran de manera explícita la relación entre liderazgo organizacional o gestión hospitalaria y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Finalmente, fueron excluidas investigaciones que presentaran deficiencias metodológicas sustantivas, tales como tamaños muestrales extremadamente reducidos —inferiores a treinta participantes—, ausencia de descripción del procedimiento de recolección de datos o carencia de análisis estadísticos adecuados para sustentar los resultados reportados.

La aplicación rigurosa de estos criterios permitió configurar un corpus de literatura científica caracterizado por su relevancia temática y solidez metodológica, lo que favoreció una síntesis de evidencia coherente con el propósito de identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más sensibles a la influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina.

Resultados

Pregunta de investigación 1

¿Cuáles son las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que presentan puntuaciones más bajas en hospitales públicos latinoamericanos y cómo se relacionan con factores de liderazgo y gestión organizacional?

Dimensiones críticas de la cultura de seguridad en hospitales públicos latinoamericanos

La evidencia empírica procedente de hospitales públicos de América Latina permitió reconocer una recurrencia de fragilidades en determinadas dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, especialmente en aquellas vinculadas con la conducción institucional y con las dinámicas de liderazgo organizacional. García et al. (2023), mediante un estudio descriptivo de carácter correlacional desarrollado con 113 profesionales de enfermería en un hospital público de segundo nivel en Saltillo, México, utilizando el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), identificaron que las valoraciones más bajas se registraron en la respuesta no punitiva frente a los errores (35.9%), la dotación de personal (37.8%), el respaldo gerencial a la seguridad (42.7%) y la apertura en la comunicación (42.4%). En contraste, el trabajo en equipo dentro de las unidades se configuró como la única dimensión considerada una fortaleza organizacional (76.3%).

Resultados similares fueron documentados por Santiago-González et al. (2020), quienes, en un hospital público de alta especialidad en México y mediante un diseño con muestreo aleatorio simple empleando el mismo instrumento, estimaron un nivel global de cultura de seguridad de 45.1%. En dicho estudio, las dimensiones con mayor deterioro correspondieron a la dotación y gestión del personal (28.8%), los procesos de transferencia durante los cambios de turno (34.8%) y la respuesta no punitiva ante errores (21.5%), mientras que el trabajo en equipo volvió a emerger como la única dimensión con desempeño favorable (75.3%).

En el contexto sudamericano se identificaron resultados comparables. Guerrero et al. (2025), a partir de un estudio correlacional realizado con 169 enfermeros de un hospital público peruano mediante la aplicación del instrumento SOPS 2.0, evidenciaron que el 80.2% de los participantes percibía la existencia de condiciones laborales asociadas a riesgo, con mayor incidencia en factores extralaborales (84.5%). No obstante, la totalidad de los profesionales valoró la gestión de la seguridad como una fortaleza institucional, destacándose particularmente la dimensión comunicacional relacionada con la seguridad (99.4%). Los autores señalaron que la reducción de condiciones laborales adversas se encuentra asociada con el fortalecimiento de las prácticas de gestión orientadas a la seguridad del paciente.

En el contexto brasileño, los resultados confirmaron estas tendencias. Silva et al. (2020), mediante un estudio transversal realizado con 69 profesionales de enfermería en una maternidad pública brasileña utilizando el HSOPSC, observaron que los porcentajes de respuestas positivas oscilaron entre 33.0% y 69.6%. Las evaluaciones más favorables se concentraron en el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo, mientras que las dimensiones más vulnerables correspondieron a las transferencias internas, los cambios de turno y la frecuencia de eventos notificados, lo que permitió caracterizar la cultura de seguridad como frágil en la mayoría de los ámbitos evaluados.

De forma complementaria, Véliz (2025), mediante un estudio transversal descriptivo realizado con 92 profesionales de enfermería del Hospital General Quevedo en Ecuador utilizando la versión en español del HSOPSC, determinó que la percepción institucional de seguridad se situaba en un nivel moderadamente satisfactorio. Si bien se identificaron avances en la adopción de principios orientados a la seguridad asistencial, la cultura organizacional aún se encontraba en proceso de consolidación, con la finalidad de avanzar hacia modelos de gestión preventivos que desincentiven enfoques punitivos frente al error.

En conjunto, estos resultados sugieren que las dimensiones directamente condicionadas por el liderazgo organizacional —particularmente el respaldo gerencial, la respuesta no punitiva ante errores y la suficiencia de la dotación de personal— constituyen los ámbitos más debilitados de forma transversal en hospitales públicos latinoamericanos, lo que evidencia limitaciones persistentes en las estrategias de conducción institucional orientadas a la seguridad del paciente.

Pregunta de investigación 2

¿Qué diferencias existen en la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre distintas categorías profesionales y servicios hospitalarios en relación con las acciones de supervisión y dirección?

Variaciones profesionales y por servicio en la percepción de la cultura de seguridad

La percepción de la cultura de seguridad del paciente no se distribuye de manera homogénea entre las distintas categorías profesionales ni entre los servicios hospitalarios, y dichas divergencias se encuentran estrechamente vinculadas con las modalidades de supervisión y conducción organizacional. Batista et al. (2021), mediante un estudio transversal realizado con 158 profesionales de enfermería y medicina en un hospital público de enseñanza del sur de Brasil utilizando el HSOPSC, evidenciaron que la percepción de la cultura de seguridad difiere significativamente entre ambas categorías profesionales ($p < 0.05$). En ese estudio, el personal de enfermería reportó valoraciones más favorables en ocho de las dimensiones evaluadas, mientras que la dimensión respuesta no punitiva al error presentó los índices más bajos en ambos grupos, con 23.9% en enfermería y 13.9% en medicina.

De manera similar, Rosado y Soto (2024), en un estudio cuantitativo realizado con 49 profesionales de enfermería pertenecientes a los servicios de cirugía y emergencia del Hospital Hipólito Unanue de

Tacna, Perú, utilizando el instrumento SOPS 2.0, identificaron que en el servicio de cirugía el 27.78% de los participantes percibía un nivel regular de cultura de seguridad y el 22.22% un nivel bajo. En el servicio de emergencia, en cambio, el 25.81% manifestó un nivel alto. Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció diferencias significativas entre ambos servicios ($p = 0.708$), lo que sugiere que las variaciones perceptivas se explican con mayor frecuencia por la categoría profesional que por el área hospitalaria de desempeño.

La influencia de las prácticas de supervisión y dirección también se manifestó de manera diferenciada según el contexto organizacional. Hoffmann et al. (2023), en un estudio transversal realizado con 56 profesionales de enfermería de tres servicios de diálisis en Minas Gerais, Brasil, utilizando el HSOPSC, identificaron que la dimensión expectativas y acciones de la dirección del servicio que favorecen la seguridad fue considerada un punto fuerte (85.42%). En contraste, la respuesta no punitiva ante errores (23.99%) y la dotación de personal (45.83%) continuaron siendo percibidas como dimensiones frágiles. El estudio también evidenció un mayor porcentaje de respuestas positivas en servicios públicos y filantrópicos en comparación con instituciones privadas ($p < 0.001$).

De forma adicional, Jaimes-Valencia et al. (2021), mediante un análisis correlacional basado en 402 registros de una institución hospitalaria de tercer nivel en Colombia evaluados entre 2015 y 2019 con el HSOPSC, identificaron que únicamente dos de las doce dimensiones evaluadas alcanzaron niveles considerados de fortaleza: aprendizaje organizacional (81.5%) y trabajo en equipo (85.5%). Asimismo, se observaron correlaciones estadísticamente significativas ($p = 0.000$) entre la percepción global de seguridad y diversas dimensiones, entre ellas la notificación de eventos y el aprendizaje organizacional.

Assis et al. (2024), en un estudio cuantitativo desarrollado con tres enfermeras y ocho técnicos de enfermería en un centro quirúrgico de un hospital de enseñanza brasileño, identificaron como áreas de fortaleza el aprendizaje organizacional y la mejora continua (86%),

la retroalimentación y comunicación sobre errores (78%) y las expectativas y acciones de la supervisión (77.8%). Sin embargo, el estudio evidenció que solo las enfermeras y un técnico habían realizado notificaciones de eventos adversos durante los doce meses previos. Estos resultados sugieren que cuando las prácticas de supervisión y dirección son percibidas de manera favorable, las dimensiones relacionadas con el aprendizaje organizacional tienden a fortalecerse; no obstante, persisten debilidades estructurales en la respuesta no punitiva y en el reporte sistemático de eventos adversos.

Pregunta de investigación 3

¿Qué factores organizacionales asociados al liderazgo limitan o fortalecen la notificación de eventos adversos y el aprendizaje organizacional en hospitales públicos de América Latina?

Factores de liderazgo que condicionan el reporte de eventos y el aprendizaje organizacional

La notificación de eventos adversos y el aprendizaje organizacional constituyen componentes centrales de la cultura de seguridad del paciente, cuyo desarrollo depende en gran medida de las condiciones organizacionales generadas por la conducción hospitalaria. Oliveira et al. (2020), en un estudio transversal analítico realizado con profesionales asistenciales de un hospital público de urgencia y emergencia en Brasil utilizando el cuestionario Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, identificaron que las dimensiones con mayor proporción de respuestas positivas correspondieron a las expectativas y acciones del supervisor en la promoción de la seguridad del paciente, la promoción del aprendizaje continuo y el trabajo en equipo dentro de la unidad. A pesar de las fragilidades detectadas, los autores señalaron la existencia de esfuerzos institucionales orientados a fortalecer la seguridad del paciente.

Moreira et al. (2022), mediante un estudio mixto de corte transversal realizado con 60 enfermeros de unidades clínicas de un hospital público brasileño, analizaron 2,495 incidentes notificados durante un periodo de dos años. A partir del análisis cualitativo se identificaron tres categorías interpretativas: el conocimiento profesional del enfermero, las prácticas asistenciales desarrolladas y los factores que intervienen en la notificación de incidentes. Los resultados señalaron la necesidad de fortalecer programas de educación permanente destinados a incrementar la cantidad y calidad de los reportes, así como a consolidar una cultura organizacional orientada a la seguridad asistencial.

Las barreras para la notificación se encuentran estrechamente vinculadas con la persistencia de culturas institucionales de carácter punitivo y con la limitada retroalimentación proporcionada por la gestión organizacional. González et al. (2021), en un estudio transversal analítico con diseño ecológico realizado en un hospital chileno de alta complejidad, analizaron 869 reportes de eventos adversos registrados entre 2014 y 2017 y evaluaron la cultura de seguridad mediante el HSOPSC en una muestra de 95 enfermeros. Los resultados indicaron que variables como el clima laboral, el liderazgo institucional, el trabajo en equipo y la disponibilidad de personal se asocian con variaciones en la incidencia de daño derivado de eventos adversos, cuya frecuencia osciló entre 9.2% y 24.3% según el tipo y tamaño del hospital.

En una línea similar, Maya y Marín (2020), mediante un estudio multicéntrico transversal realizado con 514 trabajadores de seis centros quirúrgicos de Antioquia, Colombia, reportaron un promedio de ocho puntos en una escala de cero a diez para el clima de seguridad. En dicho estudio se identificaron como fortalezas el aprendizaje organizacional y la mejora continua (81.70%) y el trabajo en equipo (81.54%), mientras que persistieron debilidades en la dotación de personal (49.98%), la respuesta no punitiva ante errores (45.98%) y la franqueza en la comunicación (44.28%).

Finalmente, Lotici et al. (2022), en un estudio descriptivo exploratorio transversal realizado con 72 profesionales de unidades de

cuidados intensivos del sur de Brasil, observaron que únicamente dos dimensiones superaron el 75% de respuestas positivas: el trabajo en equipo en contextos de elevada carga laboral y la implementación activa de acciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Desde la perspectiva de los profesionales participantes, la seguridad del paciente aún no se encontraba plenamente consolidada. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el liderazgo organizacional contribuye al fortalecimiento del aprendizaje organizacional y del trabajo en equipo; sin embargo, continúa siendo insuficiente para superar barreras culturales persistentes que limitan la notificación de eventos adversos, particularmente aquellas relacionadas con prácticas punitivas, insuficiente dotación de personal y limitaciones en la comunicación abierta sobre los errores.

Discusión de resultados

La revisión de la literatura se orientó a reconocer las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que mostraron mayor sensibilidad frente a la incidencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina. Los resultados configuraron una cartografía regional que, al contrastarse con la producción científica internacional, evidenció correspondencias consistentes y, paralelamente, particularidades contextuales que requirieron una interpretación situada.

El análisis mostró que las dimensiones con evaluaciones más desfavorables en hospitales públicos latinoamericanos correspondieron, de manera reiterada, a la respuesta no sancionadora frente al error, la disponibilidad de personal y el respaldo gerencial. Esta regularidad coincidió con la revisión sistemática con metaanálisis desarrollada por Rodríguez et al. (2022), quienes documentaron que, en treinta investigaciones provenientes de cinco países de la región, las dimensiones menos robustas fueron la respuesta no punitiva al error y la dotación de personal, con una percepción positiva global cercana al 48% (IC 95%: 44.53–51.60). De forma concordante, Pedroso et al. (2023), confirmaron en su estudio multicéntrico sudamericano que las dimensiones con

mayores requerimientos de fortalecimiento —al registrar promedios inferiores al 50%— fueron la dotación de personal (41%) y la respuesta no punitiva al error (37%).

No obstante, estos autores reportaron un desempeño elevado del apoyo gerencial a la seguridad del paciente (78%), configurándolo como una fortaleza dentro de instituciones acreditadas, lo que contrastó parcialmente con la evidencia sintetizada. Tal divergencia resultó plausible si se consideró la naturaleza institucional de los establecimientos analizados, puesto que Pedroso et al. (2023), incluyeron hospitales integrados a una alianza regional con estándares de acreditación internacional, mientras que el corpus revisado se concentró mayoritariamente en hospitales públicos sin acreditación, caracterizados por esquemas de gobernanza y prácticas directivas cualitativamente distintas.

En el plano internacional, la convergencia observada fue solo parcial. Mira et al. (2020), analizaron, mediante un estudio transversal con 190 gestores y responsables de seguridad en hospitales iberoamericanos de ocho países, las intervenciones implementadas con mayor frecuencia. Sus hallazgos indicaron una mayor presencia de sistemas de reporte, análisis detallado de incidentes y aproximaciones no sancionadoras, mientras que la comunicación con el paciente y la atención a las denominadas segundas víctimas aparecieron con menor frecuencia.

Sin embargo, los autores advirtieron que una proporción significativa de hospitales carecía de protocolos formalizados para actuar tras la ocurrencia de un evento adverso, lo que sugirió una disonancia entre la intención declarativa de adoptar enfoques no culpabilizadores y su aplicación operativa real (Mira et al., 2020). Esta distancia entre las directrices gerenciales y la experiencia cotidiana del personal clínico ofreció un marco interpretativo para comprender por qué la respuesta no punitiva al error continuó manifestándose como una dimensión estructuralmente debilitada cuando la medición se fundamentó en la percepción del personal asistencial.

Los resultados también evidenciaron divergencias en la percepción de la cultura de seguridad entre categorías profesionales, obser-

vándose valoraciones relativamente más favorables por parte del personal de enfermería en comparación con los profesionales médicos en diversas dimensiones operativas. Este patrón se relacionó con la forma en que los equipos experimentaron la supervisión, la coordinación del trabajo y el soporte cotidiano a la seguridad. No obstante, Rodríguez et al. (2022), informaron una percepción positiva global mayor en médicos que en enfermeras (59.84; IC 95%: 56.02–63.66). Esta aparente discrepancia resultó compatible al distinguir entre percepción global y valoración por dimensiones específicas, dado que varios estudios primarios mostraron que enfermería tendió a otorgar puntuaciones más altas en componentes vinculados con la cooperación intraunidad y el aprendizaje organizacional. De manera adicional, Pedroso et al. (2023), observaron que las puntuaciones medias fueron más elevadas en trabajadores que ocupaban posiciones de liderazgo, con excepción del componente relacionado con transferencias hospitalarias, lo que sugirió un efecto jerárquico en la percepción de la seguridad y una posible sobrevaloración de las condiciones de seguridad por parte de quienes desempeñaban funciones directivas en comparación con el personal asistencial.

Respecto de las diferencias entre servicios hospitalarios, los hallazgos revelaron variaciones menos pronunciadas por unidad funcional que por categoría profesional, lo que indicó que las debilidades de la cultura de seguridad no se circunscribieron a servicios específicos, sino que estuvieron asociadas a determinantes sistémicos de naturaleza organizacional. En esa línea, Calvache et al. (2021), al validar una versión latinoamericana del HSOPSC en el ámbito quirúrgico, identificaron requerimientos de mejora relacionados con la implementación de sistemas de reporte no culpabilizadores, el fortalecimiento de políticas no punitivas, la promoción de una comunicación abierta y el respaldo gerencial a la cultura de seguridad. Tales resultados reforzaron la idea de que las deficiencias más persistentes excedieron la dinámica microorganizacional de los servicios y se vincularon con estructuras de gestión y prácticas directivas.

Un elemento central de la síntesis fue el comportamiento dual de las dimensiones asociadas al liderazgo. El aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo aparecieron reiteradamente como fortalezas, mientras que el apoyo gerencial —en su expresión percibida por el personal— y la respuesta no punitiva se mantuvieron como focos deficitarios. Júnior et al. (2023), aportaron evidencia directa al analizar tres hospitales públicos brasileños gestionados por organizaciones sociales de salud, señalando que la consolidación de una cultura de seguridad dependió en gran medida de la capacidad del liderazgo para instaurar un clima institucional sustentado en la confianza. Sus resultados indicaron que la confianza operó como un componente estructural, con potencial para favorecer la satisfacción laboral y, por extensión, mejorar la calidad de los servicios dirigidos al paciente (Júnior et al., 2023).

En una línea convergente, Caldas et al. (2021), mediante un estudio cualitativo sobre la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en dos hospitales públicos brasileños, evidenciaron que los mandatos normativos externos resultaron insuficientes para habilitar transformaciones en el ámbito hospitalario cuando no existió una habilitación institucional interna adecuada, particularmente en lo relativo al liderazgo sénior comprometido con la agenda de seguridad. En consecuencia, se interpretó que el liderazgo no operó como una variable aislada, sino como una función cuya eficacia dependió de la articulación entre políticas nacionales, arquitectura organizacional y prácticas gerenciales locales (Caldas et al., 2021).

La revisión también permitió advertir que la producción científica latinoamericana sobre cultura de seguridad del paciente continuó siendo relativamente limitada en comparación con la generada en países de mayores ingresos. Gallo y Cruz (2025), a través de un análisis bibliométrico, señalaron que la mayor parte de las investigaciones adoptó enfoques cuantitativos y que la producción científica se concentró principalmente en Estados Unidos, China y España, mientras que la contribución latinoamericana permaneció reducida (Gallo & Cruz, 2025). Esta distribución desigual tuvo implicaciones para la comprensión del liderazgo en la región, debido a que los modelos de gestión y

las restricciones estructurales de los hospitales públicos latinoamericanos difirieron sustancialmente de los contextos en los que se originó gran parte de la evidencia disponible. Factores como la inestabilidad política, las restricciones económicas, la austeridad presupuestaria y la sobrecarga laboral configuraron un entorno institucional que limitó la capacidad directiva para sostener transformaciones culturales duraderas (Caldas et al., 2021).

Asimismo, Mira et al. (2020), plantearon su investigación como un punto de partida para identificar líneas de trabajo y futuras preguntas de investigación en países iberoamericanos, lo que reforzó la idea de que la producción regional en torno a la gestión organizacional de la seguridad aún se encontraba en una etapa incipiente (Mira et al., 2020). La escasez de estudios comparativos multinacionales centradas en estilos de liderazgo y su impacto diferencial sobre dimensiones específicas de la cultura de seguridad constituyó, en consecuencia, un vacío que restringió la formulación de recomendaciones plenamente contextualizadas.

La interpretación de los resultados requirió considerar diversas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la sobrerrepresentación de estudios brasileños en la literatura regional —incluidos 22 de los 30 estudios analizados por Rodríguez et al. (2022)— introdujo un sesgo geográfico que restringió la generalización de los hallazgos a la totalidad de América Latina. En varios países, entre ellos Bolivia, Ecuador, Venezuela, Paraguay y diversas naciones centroamericanas, la evidencia indexada resultó escasa o prácticamente inexistente, lo que dificultó una comprensión regional exhaustiva.

En segundo lugar, la predominancia de diseños transversales descriptivos limitó la posibilidad de establecer relaciones causales entre las prácticas de liderazgo y las dimensiones de la cultura de seguridad, mientras que la ausencia de estudios longitudinales en hospitales públicos restringió la evaluación de transformaciones culturales a lo largo del tiempo. Aunque Lima et al. (2025), demostraron la viabilidad de enfoques longitudinales al examinar tendencias temporales duran-

te siete años en una red hospitalaria privada brasileña, identificando mejoras en diversas dimensiones, pero estancamiento en la respuesta no punitiva, la dotación de personal y la frecuencia de eventos reportados, este enfoque no se observó replicado de forma suficiente en hospitales públicos latinoamericanos (Lima et al., 2025).

En tercer lugar, la heterogeneidad instrumental —derivada del uso de distintas versiones del HSOPSC (1.0 y 2.0) y de la inclusión de estudios que utilizaron el SAQ— dificultó comparaciones directas, aun cuando ambos instrumentos convergieron en constructos conceptualmente análogos. En cuarto lugar, la restricción idiomática a español, inglés y portugués, aunque coherente con el perfil regional de la literatura, pudo haber excluido investigaciones relevantes publicadas en otros idiomas o en literatura no indexada. Finalmente, el sesgo de publicación inherente a las revisiones bibliográficas pudo haber subrepresentado estudios con resultados negativos o estadísticamente no significativos.

A partir de los hallazgos y limitaciones identificadas, emergieron diversas orientaciones para investigaciones futuras. Resultó prioritario desarrollar estudios longitudinales en hospitales públicos que permitan estimar el efecto de intervenciones directivas específicas sobre las dimensiones de la cultura de seguridad a lo largo del tiempo, incorporando variables de liderazgo como predictores de cambio organizacional, en una lógica similar a la propuesta por Lima et al. (2025), aunque adaptada a contextos públicos. Asimismo, se consideró necesario promover investigaciones comparativas multinacionales que incluyan hospitales públicos de distintos países latinoamericanos, incorporando variables contextuales tales como modalidades de gestión, niveles de acreditación, disponibilidad de recursos per cápita y políticas nacionales de seguridad, siguiendo diseños multicéntricos comparables a los empleados por Pedrosa et al. (2023), pero con mayor representatividad del sector público.

De igual manera, se justificó la expansión de enfoques metodológicos mixtos, considerando la marcada predominancia de estrategias

cuantitativas señalada por Gallo y Cruz (2025), con el propósito de complementar las mediciones estandarizadas mediante análisis cualitativos capaces de esclarecer los mecanismos a través de los cuales el liderazgo configura percepciones, prácticas y disposiciones hacia la seguridad, en consonancia con aproximaciones como la desarrollada por Caldas et al. (2021). También se recomendó que futuras investigaciones vinculen explícitamente estilos de liderazgo —transformacional, transaccional, auténtico u orientado al cambio— con dimensiones específicas de la cultura de seguridad, utilizando instrumentos validados para ambos constructos e incorporando variables mediadoras y moderadoras, a partir de la evidencia presentada por Júnior et al. (2023), sobre la centralidad de la confianza y el orgullo organizacional.

Finalmente, se consideró pertinente diseñar y evaluar intervenciones formativas en liderazgo ajustadas a la realidad de los hospitales públicos latinoamericanos, atendiendo restricciones presupuestarias, sobrecarga laboral y particularidades culturales, con énfasis en fortalecer la respuesta no punitiva al error, intensificar la comunicación abierta y consolidar sistemas de retroalimentación efectivos sobre eventos adversos, dado que estas dimensiones continuaron figurando entre las más deficitarias y, simultáneamente, entre las más sensibles a las prácticas de conducción organizacional.

Conclusiones

La revisión bibliográfica permitió integrar y sistematizar la evidencia científica disponible acerca de la relación entre el liderazgo organizacional y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de América Latina. El análisis de la literatura reveló un patrón regional consistente: las dimensiones vinculadas con la respuesta no punitiva frente al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial se configuraron de manera reiterada como los ámbitos más frágiles de la cultura de seguridad. En la mayoría de los estudios analizados, estas dimensiones registraron niveles de percepción positiva inferiores al cincuenta por ciento, lo que sugiere limitaciones estructurales persistentes en las prácticas de conducción institucional

y en los mecanismos organizacionales orientados a la gestión segura de la atención. En contraste, el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo dentro de las unidades asistenciales emergieron como las únicas dimensiones que, de forma relativamente estable, alcanzaron valoraciones favorables, lo que indica la existencia de capacidades colaborativas y de mejora continua que podrían constituir una base para el fortalecimiento de la cultura de seguridad en estos entornos hospitalarios.

Asimismo, la revisión evidenció diferencias relevantes en la percepción de la cultura de seguridad entre las distintas categorías profesionales. En varios estudios se observó que el personal de enfermería reportó evaluaciones más positivas en dimensiones relacionadas con la dinámica operativa del trabajo clínico, mientras que los profesionales médicos presentaron valoraciones más moderadas en estos ámbitos. De manera paralela, los trabajadores que ocupaban posiciones de liderazgo o supervisión tendieron a percibir condiciones de seguridad más favorables que el personal asistencial, lo que sugiere la existencia de brechas perceptivas entre los niveles directivos y los profesionales involucrados directamente en la atención clínica.

Un hallazgo particularmente significativo consistió en el comportamiento dual de las dimensiones asociadas al liderazgo organizacional. Cuando las acciones de supervisión fueron percibidas de manera positiva, se observaron niveles más elevados de aprendizaje organizacional y cooperación entre equipos. Sin embargo, estas condiciones no se tradujeron necesariamente en mejoras equivalentes en la respuesta no punitiva frente al error ni en la frecuencia de notificación de eventos adversos, dimensiones que continuaron mostrando debilidades estructurales. Este resultado sugiere que, si bien el liderazgo puede favorecer dinámicas de aprendizaje y coordinación, la transformación de culturas organizacionales marcadas por la penalización del error requiere intervenciones institucionales más profundas y sostenidas.

En relación con el objetivo de identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más influenciadas por el liderazgo

organizacional en hospitales públicos latinoamericanos, la evidencia sintetizada permite concluir que las dimensiones más sensibles a las prácticas de liderazgo y gestión institucional corresponden, en orden de vulnerabilidad, a la respuesta no punitiva frente al error, el apoyo gerencial a la seguridad del paciente y la dotación de personal. Estas tres dimensiones comparten una característica estructural: su evolución depende de decisiones organizacionales, políticas institucionales y estilos de conducción adoptados por los equipos directivos. En consecuencia, el liderazgo organizacional se configura como un determinante fundamental en la configuración de la cultura de seguridad en los hospitales públicos de la región. La evidencia revisada también sugiere que factores como la confianza organizacional, el sentido de pertenencia institucional y la legitimidad del liderazgo actúan como mecanismos mediadores que pueden facilitar o limitar la internalización de prácticas de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias.

Es necesario reconocer que los resultados de esta revisión se encuentran condicionados por ciertas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la producción científica regional presenta una concentración notable de estudios realizados en Brasil, lo que introduce un sesgo geográfico que restringe la extrapolación plena de los hallazgos al conjunto de países latinoamericanos. En segundo lugar, la predominancia de diseños transversales en los estudios revisados dificulta la identificación de relaciones causales entre las prácticas de liderazgo y la evolución de la cultura de seguridad. Asimismo, la diversidad de instrumentos y versiones utilizadas para medir la cultura de seguridad, particularmente las diferentes versiones del HSOPSC, limita la comparabilidad directa entre algunos resultados. Finalmente, la producción científica latinoamericana sobre esta temática continúa siendo relativamente limitada en comparación con la desarrollada en otras regiones del mundo, lo que evidencia la necesidad de ampliar el volumen y la diversidad de investigaciones en el ámbito regional.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos ofrecen implicaciones relevantes tanto para la investigación futura como para la gestión de los sistemas de salud. Desde una perspectiva investigativa,

resulta prioritario promover estudios longitudinales en hospitales públicos latinoamericanos que permitan evaluar de manera temporal el impacto de intervenciones de liderazgo sobre la cultura de seguridad. De igual modo, se requieren investigaciones comparativas de carácter multinacional que integren hospitales públicos de distintos países de la región, lo que permitiría analizar la influencia de variables contextuales relacionadas con los sistemas de salud y las estructuras de gestión hospitalaria. Asimismo, el desarrollo de estudios con metodologías mixtas contribuiría a complementar los enfoques cuantitativos predominantes mediante análisis cualitativos capaces de explorar en mayor profundidad los mecanismos organizacionales a través de los cuales el liderazgo influye en las prácticas de seguridad del personal asistencial.

Finalmente, desde una perspectiva aplicada, el diseño e implementación de programas de formación en liderazgo orientados específicamente al contexto de los hospitales públicos latinoamericanos se perfila como una estrategia prioritaria. Dichos programas deberían concentrarse en el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la confianza, la comunicación abierta sobre errores y el aprendizaje institucional derivado de los eventos adversos. La consolidación de estos elementos permitiría avanzar hacia entornos asistenciales más seguros, en los que el liderazgo organizacional actúe no solo como un mecanismo de gestión administrativa, sino como un catalizador de transformaciones culturales orientadas a la protección del paciente.

Referencias

- Assis, I., Carvalho, C., Barros, C., Correia, D., Siman, A., & Amaro, M. (2024). Segurança do paciente em um centro cirúrgico: Ótica da equipe de enfermagem. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, 14(42), 148–157. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.148157>
- Ayanaw, T., Worede, E. A., Alemayehu, M., Worku, W., Abere, G., & Betew, B. D. (2023). Patient safety culture and associated factors among health care providers in government and private hospitals, Bahir Dar City Northwest, Ethiopia, 2022: A comparative cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09770-4>
- Batista, J., Cruz, E., Alpendre, F., Silva, D., Brandão, M., & Gabriel, C. (2021). Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico. *Enfermería Global*, 20(3), 86–126. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>
- Caldas, B., Portela, M., Singer, S., & Aveling, E. (2021). How can implementation of a large-scale patient safety program strengthen hospital safety culture? Lessons from a qualitative study of national patient safety program implementation in two public hospitals in Brazil. *Medical Care Research and Review*, 79(4), 562–575. <https://doi.org/10.1177/10775587211028068>
- Calvache, J., Benavides, E., Echeverry, S., Agredo, F., Stolker, R., & Klimek, M. (2021). Psychometric properties of the Latin American Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire in the surgical setting. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 1806–1813. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000644>
- Dirik, H., & İntepeler, Ş. (2023). An authentic leadership training programme to increase nurse empowerment and patient safety: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(4), 1417–1428. <https://doi.org/10.1111/jan.15926>

- Gallo, E., & Cruz, S. (2025). Análisis bibliométrico de publicaciones en Scopus sobre evaluación de la cultura de seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 24(1), 1–17. <https://doi.org/10.6018/eglobal.621031>
- 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>
- González, E., Godoy-Pozo, J., Grob, F., & Quijada, C. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
- Guerrero, W., Rodríguez, R., & Arévalo-Ipanaqué, J. (2025). Condiciones laborales de enfermeros y seguridad del paciente en un hospital público peruano. *Ciencia y Enfermería*, 31. <https://doi.org/10.29393/ce31-1clwj30001>
- Hoffmann, M., Menezes, A., Azevedo, C., Amaral, F., Rodrigues, T., Ribeiro, H., & Mata, L. (2023). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de diálisis durante la pandemia de COVID-19: Perspectiva de enfermería. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92135>
- Jaimes-Valencia, M., Alvarado-Alvarado, A., Arciniegas, C., Galán, A., Jiménez, V., & García, C. (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>
- Júnior, S., Araújo, C., & Silva, M. (2023). Leadership to promote patient safety culture in public hospitals managed by social health organizations. *Leadership in Health Services*, 37(2), 161–176. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2023-0017>

- Lima, H., Silva, L., Araújo, A., Torres, V., Tavares, L., Simões, D., & Vieira, J. (2025). Patient safety culture through the perspectives of healthcare workers: A longitudinal study in a private healthcare network in Brazil. *BMJ Open Quality*, 14(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003020>
- Lotici, A., Zonta, F., Lotici, G., & Silva, T. (2022). Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais da terapia intensiva. *Enfermería Global*, 21(3), 135–184. <https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>
- Maya, Á., & Marín, D. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- Mira, J., Carrillo, I., García-Elorrio, E., Lourenção, D., Pavan-Baptista, P., Franco-Herrera, A., & Sousa, P. (2020). What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(5), 313–318. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>
- Moreira, I., Bezerra, A., Teixeira, C., Braga, Q., Costa, A., & Rocha, J. (2022). Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enfermagem em Foco*, 12(5), 904–910. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.V12.N5.4345>
- Oliveira, F., Lima, D., & Provin, M. (2020). A cultura de segurança do paciente em um hospital público de urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 9(4). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2650>
- Oña, J. N. (2024). Evaluación de la cultura de seguridad a partir del enfoque sistémico en dos hospitales públicos de Bolivia. *Laboreal*, 20(2). <https://doi.org/10.4000/12xtk>
- Pedroso, A., Fernandes, F., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M., & Neto, M. (2023). Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>

- Rodríguez, D., Baza, D., Domínguez-Cancino, K., & Palmieri, P. (2022). Patient safety culture in Latin American hospitals: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Rosado, J., & Soto, L. (2024). Cultura de seguridad del paciente versión 2.0 en personal de enfermería de los servicios de cirugía y emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023. *Revista Médica HHUT*, 17(1), 7–15. <https://doi.org/10.70409/rmhut.2024.171.6>
- Santiago-González, N., Morales-García, D., Ibarra-Cerón, M., & López-Jacinto, E. (2020). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(3), 115–123. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.288>
- Silva, P., Gouveia, M., Magalhães, R., Borges, B., Rocha, R., & Guimarães, T. (2020). Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em uma maternidade pública. *Enfermería Global*, 19(4), 427–462. <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investigación e Innovación*, 3(1), 27–36. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750>
- Ünal, A., Yıldırım, N., & Öncel, S. (2025). Investigation of the relationship between perceived leadership behaviours of nurses and hospital safety culture: A study with the structural equation model. *International Journal of Nursing Practice*, 31(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13324>
- Véliz, M. (2025). Percepción de la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería, Hospital General Quevedo. *Ciencia y Reflexión*, 4(4), 656–691. <https://doi.org/10.70747/cr.v4i4.620>

Yavorovsky, O., Skaletsky, Y., Brukhno, R., Ivanko, O., Kravchenko, S., Bugro, V., & Kozak, N. (2023). Comparative analysis of patient safety culture dynamics in Ukraine and the USA healthcare facilities reference to establishing safe hospital environment. *Klinichna ta Profilaktychna Medytsyna*, (6), 113–120. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.6.2023.14>

Gabriel Raymundo Cabredo Castro

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-5712-5547>

gcabredoc@unp.edu.pe

rcabredoc@hotmail.com

Pedro Máximo Joaquin Ojeda Gallo

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0009-0000-4816-8724>

pojedag@unp.edu.pe

pedrojedagallo@gmail.com

Andy Williams Chamoli Falcón

Universidad de Huánuco | Huánuco | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-2758-1867>

andy.chamoli@udh.edu.pe

chamoliss@hotmail.com

Organizational leadership and patient safety culture: a review of the dimensions influenced by public hospital management

Abstract

Patient safety is a global priority in healthcare systems, and a safety culture is a fundamental determinant for preventing adverse events in hospitals. However, in Latin America, public hospitals face structural and management challenges that hinder the development of this culture, resulting in limited regional scientific output on the organizational factors that determine it. The objective of this article was to identify the dimensions of patient safety culture most influenced by organizational leadership in Latin American public hospitals, based on a review of the scientific literature. A literature review was conducted using systematic searches in Scopus, Web of Science, SciELO, and Latindex, selecting primary studies published between 2014 and 2025 that used standardized instruments such as the HSOPSC and the SAQ in public hospitals in the region. The results reveal that the dimensions with the lowest scores are consistently the non-punitive response to error, staffing, and managerial support, while organizational learning and teamwork are the only recurring strengths. It is concluded that organizational leadership is a structural determinant of safety culture, making it necessary to develop contextualized leadership training programs and comparative longitudinal studies that strengthen regional evidence. Keywords: Patient safety culture; organizational leadership; public hospitals; Latin America; hospital management.

Liderança Organizacional e Cultura de Segurança do Paciente: Uma Revisão das Dimensões Influenciadas pela Gestão Hospitalar Pública

Resumo

A segurança do paciente constitui uma prioridade global nos sistemas de saúde, e a cultura de segurança representa um determinante fundamental para a prevenção de eventos adversos em instituições hospitalares; no entanto, na América Latina, os hospitais públicos enfrentam desafios estruturais e de gestão que condicionam o desenvolvimento

dessa cultura, evidenciando-se uma produção científica regional limitada sobre os fatores organizacionais que a determinam. O objetivo deste artigo foi identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente mais influenciadas pela liderança organizacional em hospitais públicos latino-americanos, de acordo com a literatura científica revisada. Realizou-se uma revisão bibliográfica por meio de buscas sistemáticas nas bases Scopus, Web of Science, SciELO e Latindex, selecionando estudos primários publicados entre 2014 e 2025 que utilizaram instrumentos padronizados como o HSOPSC e o SAQ em hospitais públicos da região. Os resultados revelam que as dimensões com pontuações mais baixas são consistentemente a resposta não punitiva ao erro, a dotação de pessoal e o apoio gerencial, enquanto a aprendizagem organizacional e o trabalho em equipe constituem as únicas fortalezas recorrentes. Conclui-se que a liderança organizacional é um determinante estrutural da cultura de segurança, sendo necessário desenvolver programas de formação em liderança contextualizados e estudos longitudinais comparativos que fortaleçam a evidência regional.

Palavras-chave: Cultura de segurança do paciente; Liderança organizacional; Hospitais públicos; América Latina; Gestão hospitalar.