







ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma brasileño

HIGHLIGHTS

1. Ninguna de las doce dimensiones alcanzó el punto de corte para fortaleza.
2. La respuesta no punitiva y la frecuencia de notificaciones tuvieron los porcentajes más bajos.
3. Las dimensiones neutras indican potencial institucional para fortalecer la cultura.
4. Las acciones sobre seguridad del paciente deben ser mejoradas.

Maria Teresa Sales de Souza¹ 
Cecília Olívia Paraguai de Oliveira Saraiva² 
Alcides Viana de Lima Neto³ 
Amanda Carvalho Maciel⁴ 
Selena Doriana de Souza Feitosa Guerra⁴ 
Monalisa Tertulino de Souza¹ 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma de Rio Grande do Norte. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado entre mayo y agosto de 2023, con aplicación del E-Cuestionario de Cultura de Seguridad Hospitalaria a profesionales del equipo multiprofesional. Se realizó un análisis descriptivo, basado en el porcentaje de respuestas positivas en las doce dimensiones del instrumento. **Resultados:** Participaron 97 profesionales (16,4%). Ninguna dimensión fue clasificada como fortaleza. Las más debilitadas fueron el apoyo de la gerencia a la seguridad (21,7%), la respuesta no punitiva a los errores (26,8%) y la frecuencia de eventos notificados (27,3%). Las mejores, aunque neutras, fueron aprendizaje organizacional/mejora continua (73,2%), expectativas y acciones de la dirección/supervisión (55,8%) y trabajo en equipo (54,9%). **Conclusión:** La cultura de seguridad se mostró debilitada, lo que sugiere intervenciones institucionales con enfoques no punitivos al error y mayor compromiso de la gestión con el contexto asistencial.

DESCRIPTORES: Cultura Organizacional; Calidad de la Atención de Salud; Administración de la Seguridad; Gestión de Riesgos; Seguridad del Paciente.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

de Souza MTS, Saraiva COPO, de Lima Neto AV, Maciel AC, Guerra SDSF, de Souza MT. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma brasileño. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e101456es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.101456es>

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva, Natal, RN, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, RN, Brasil.

⁴Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) constituye uno de los pilares centrales de la calidad del cuidado en salud y se define como el conjunto de acciones organizadas que buscan reducir riesgos, prevenir daños evitables y mitigar las consecuencias de errores cuando estos ocurren. En el contexto hospitalario, especialmente en servicios de alta complejidad, como hospitales de trauma, la probabilidad de Eventos Adversos (EA) se amplía debido a la gravedad clínica de los pacientes, la imprevisibilidad de las situaciones asistenciales y la necesidad de respuestas rápidas y coordinadas de los equipos¹⁻².

En Brasil, la institucionalización de la SP ocurrió con la creación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP) en 2013, que estableció directrices para la implementación de los Núcleos de Seguridad del Paciente (NSP), la adopción de protocolos asistenciales y el fortalecimiento de la notificación y análisis de EA. Estas iniciativas se basan en el reconocimiento de que los errores son, en gran medida, resultado de fallas sistémicas y no exclusivamente de fallas individuales, exigiendo una cultura organizacional orientada al aprendizaje y a la mejora continua³.

La Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) se refiere al conjunto de valores, actitudes, percepciones y comportamientos compartidos por los profesionales de la salud que determinan el compromiso de la organización con la seguridad⁴. Evidencias nacionales e internacionales demuestran que las organizaciones con CSP más maduras presentan mejores resultados asistenciales, mayor adherencia a prácticas seguras y mayor transparencia en la comunicación de incidentes⁵⁻⁷.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente ocurren 134 millones de EA en hospitales de países de ingresos medios y bajos, lo que resulta en 2,6 millones de muertes evitables¹. Ya en Brasil, de acuerdo con los datos del panel de monitoreo de incidentes y eventos adversos relacionados con la asistencia a la salud de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), solo en 2024 ocurrieron 425.983 notificaciones, lo que demuestra la necesidad de priorizar las acciones de seguridad en los servicios de salud⁸.

De esta forma, evaluar la CSP en los servicios de salud es de suma importancia, ya que esta funciona como un indicador de mejoras a través de los resultados del análisis situacional, ayuda a reducir EA, asiste a líderes y gestores a identificar barreras y puntos fuertes en el cuidado, además de poder cuantificar y monitorear la calidad y seguridad del cuidado de forma estructurada y guiar el desarrollo de estrategias de mejora continua^{1,9}.

Entre los instrumentos disponibles para la evaluación de la CSP, se destaca el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), desarrollado en los Estados Unidos de América (EUA), que funciona como una herramienta de diagnóstico para medir la CSP en las instituciones de salud, permitiendo identificar fortalezas y áreas que necesitan mejora^{4,10}.

En hospitales de alta complejidad, donde la urgencia y la gravedad clínica de los pacientes imponen un alto riesgo asistencial, la evaluación de la CSP constituye una herramienta estratégica para identificar oportunidades de mejora en los procesos y comportamientos profesionales, reduciendo eventos adversos, previniendo errores médicos y promoviendo mejores resultados clínicos¹¹.

En este contexto, es fundamental comprender cómo se expresa la CSP en un hospital de referencia en trauma, desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

A pesar de la relevancia del tema, persisten lagunas de conocimiento relacionadas con este escenario asistencial. De esta forma, este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de referencia en trauma de Rio Grande do Norte.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, de enfoque cuantitativo, realizado en un hospital de referencia en trauma ubicado en el estado de Rio Grande do Norte. La institución cuenta con 385 camas distribuidas entre salas de internación, observación clínica, politrauma, observación del trauma, Centro de Tratamiento de Quemados y Unidades de Tratamiento Intensivo (UTIs). Además, desde 2014 cuenta con el NSP que realiza acciones dirigidas a la prevención de eventos adversos y a la implementación de los protocolos de seguridad del paciente recomendados por el PNSP.

La presente investigación se desarrolló en el contexto de un proyecto de extensión universitaria en el que participa el hospital, orientado al análisis de EA y al fortalecimiento de la notificación en los sistemas NOTIVISA y VigiMed, plataformas nacionales destinadas al registro y monitoreo de incidentes relacionados con la asistencia a la salud y a medicamentos, respectivamente.

La población del estudio estuvo compuesta por profesionales del equipo multiprofesional asistencial y administrativo en ejercicio durante el período de recolección de datos, incluyendo médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos, odontólogos y otros profesionales del área administrativa no involucrados directamente en el cuidado. Se incluyeron profesionales con vínculo efectivo y un tiempo mínimo de tres meses en la institución. No se incluyeron trabajadores ausentes, tercerizados, pasantes y profesionales contratados con vínculo temporal. La muestra fue del tipo no probabilístico, por conveniencia y sin cálculo muestral previo. La adhesión a la investigación dependió de la respuesta voluntaria de los profesionales invitados.

El instrumento utilizado fue el E-Cuestionario de Cultura de Seguridad Hospitalaria, un cuestionario de auto-relleno desarrollado por el Grupo de Investigación CNPq QualiSaúde de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN), en colaboración con ANVISA, que actualmente coordina su aplicación a través de una evaluación nacional. Se trata de un sistema electrónico gratuito, de acceso en línea (<https://www.cultura.qualisaude.ccs.ufrn.br>), válido, rápido y confiable para la evaluación de la CSP en hospitales brasileños, correspondiente a la versión brasileña adaptada del *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versión 1.0, de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)¹².

El HSOPSC evalúa 12 dimensiones de la cultura de seguridad y cuenta con 62 preguntas divididas en siete secciones, en las que 52 se responden en una escala *Likert* de cinco puntos para acuerdo (En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo) o frecuencia (Nunca, Siempre), o más una opción de respuesta (No se aplica/ Respuesta en blanco), conforme al Cuadro 1.

En la Sección G y H del instrumento se incluyeron preguntas sobre la caracterización del profesional, unidad de trabajo, tiempo de trabajo en el hospital y en la unidad/área actual, horas trabajadas por semana y si tiene contacto directo con pacientes, además de comentarios sobre la SP en el hospital.

Cuadro 1. Dimensiones evaluadas en el Hospital Survey on Patient Safety Culture. Natal, RN, Brasil, 2023

Dimensiones
1. Frecuencia de eventos notificados.
2. Percepción de seguridad.
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad.
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.
5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio.
6. Apertura para comunicaciones.
7. Feedback y comunicación sobre errores.
8. Respuesta no punitiva para errores.
9. Dimensionamiento de personal.
10. Apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente.
11. Trabajo en equipo entre unidades.
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades/servicios.

Fuente: Los autores (2023).

La recolección de datos ocurrió entre mayo y agosto de 2023, a partir del análisis del consolidado de respuestas del cuestionario proporcionado por el NSP del hospital, a través del informe de evaluación.

El proceso de evaluación de la cultura fue conducido por el NSP, que realizó el registro de los profesionales, la recolección de datos presencial y a distancia. Se realizó una búsqueda activa para confirmar y registrar a los profesionales activos. Después, se envió el cuestionario al correo electrónico, conteniendo instrucciones de la evaluación, un Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) y el enlace de acceso al cuestionario.

Los datos agregados fueron solicitados al servicio, que los proporcionó de forma anonimizada, y posteriormente fueron exportados a una hoja de cálculo del software Microsoft Excel 2021 para organización y análisis descriptivo.

Se calculó el porcentaje de respuestas positivas para cada una de las doce dimensiones de la CSP, considerando como respuestas positivas aquellas clasificadas como 'Estoy de acuerdo'/'Estoy totalmente de acuerdo' o 'Frecuentemente'/'Siempre'. La clasificación de las dimensiones siguió los criterios propuestos en el User's Guide del HSOPSC y en la validación brasileña del instrumento: $\geq 75\%$ (fortaleza), 50–74% (neutra) y $< 50\%$ (fragilizada)⁴. Los datos ausentes o 'No aplica' fueron excluidos del denominador.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Maternidad Escuela Januário Cicco/UFRN, con número de dictamen 7.261.875.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 97 profesionales, lo que corresponde al 16,4% de los cuestionarios enviados. Del total de encuestados, 78 (80,4%) completaron

completamente las preguntas de caracterización profesional. Los 19 participantes que no respondieron a estas preguntas fueron mantenidos en el análisis de las dimensiones de la cultura de seguridad, ya que respondieron integralmente a los ítems del HSOPSC. Las respuestas ausentes fueron tratadas como datos faltantes (*missing values*) y excluidas de los análisis descriptivos específicos de caracterización.

La muestra estuvo predominantemente compuesta por profesionales de enfermería, 45 (53,9%), destacándose los técnicos de enfermería, 29 (37,2%), seguidos por otras categorías asistenciales, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de los profesionales. Natal, RN, Brasil, 2023

Profesión	n	%
Técnico de enfermería	29	37,2
Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional o Fonoaudiólogo	20	25,6
Enfermero	13	16,7
Otros	4	5,1
Auxiliar de enfermería	3	3,8
Odontólogo	3	3,8
Nutricionista	2	2,6
Médico del cuerpo clínico	2	2,6
Farmacéutico	1	1,3
Auxiliar administrativo/Secretario	1	1,3
TOTAL	78	100
Sin respuestas	22	
Total general	100	

Fuente: Los autores (2023).

Con respecto al área específica de actuación en el servicio, se destacó que la mayoría de los participantes era de la unidad de terapia intensiva 28 (35,9%). Se observó que los sectores diversos/otros (también no tienen espacio para descripción en el instrumento) recibieron el segundo mayor porcentaje 23 (29,5%), seguido de la rehabilitación 11 (14,1%), emergencia siete (9,0%), pediatría tres (3,8%), cirugía dos (2,6%), farmacia dos (2,6%), medicina clínica uno (1,3%), y, obstetricia uno (1,3%).

Sobre el tiempo trabajado en el hospital, el estudio evidenció un mayor porcentaje de respuestas para 2 a 5 años 21 (26,9%). Asimismo, se observa la participación de profesionales que trabajan desde hace menos de 1 año tres (3,8%), 6 a 10 años 16 (20,5%), 11 a 15 años 18 (23,1%), 16 a 20 años uno (1,3%), 21 años o más 16 (20,5%). Ya en relación al tiempo trabajado en el área/unidad actual, se evidenciaron los siguientes resultados: menos de 1 año cinco (6,4%), entre 2 y 5 años 21 (26,9%), de 6 a 10 años 18 (23,1%), de 11 a 15 años 12 (15,4%), de 16 a 20 años tres (3,8%), y, 21 años o más nueve (11,5%).

Además, sobre el tiempo trabajado en la especialidad/profesión actual, se obtuvieron los siguientes datos: 2 a 5 años 11 (14,3%), de 6 a 10 años 10 (13%), de 11 a 15 años 17 (22,1%), de 16 a 20 años 14 (18,2%), y, más de 21 años o más 20 (26%). En cuanto a la jornada de trabajo por horas semanales, se obtuvieron los siguientes porcentajes: hasta 20 horas cinco (6,4%), hasta 21 a 39 horas 40 (51,3%), y, con 40 o más horas 33 (42,3%).

En relación al contacto con el paciente, la mayor parte de los profesionales afirma tener contacto o interacción directa con los pacientes, 68 (86,1%), y los demás respondieron que no tienen frecuencia de interacción, 11 (13,9%).

En cuanto a la evaluación de las dimensiones de la cultura de seguridad, ninguna alcanzó el punto de corte para fortaleza, mayor o igual al 75%. Tres dimensiones presentaron una clasificación neutral, destacando el Aprendizaje organizacional/mejora continua 73,2%. Las demás dimensiones fueron clasificadas como debilitadas, siendo el Apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente, Respuesta no punitiva para errores y "Frecuencia de eventos notificados" aquellas con menores porcentajes de respuestas positivas. Estos resultados están descriptos en la Tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de respuestas positivas de las doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Natal, RN, Brasil, 2023

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente	% Respuestas positivas	Evaluación de las dimensiones de la Cultura
1- Frecuencia de eventos notificados	27,3%	Fragilizada
2- Percepción de seguridad	29,3%	Fragilizada
3- Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	55,8%	Neutra
4- Aprendizaje organizacional/mejora continua	73,2%	Neutra
5- Trabajo en equipo en la unidad/servicio	54,9%	Neutra
6- Apertura para comunicaciones	44,4%	Neutra
7- Retroalimentación y comunicación sobre errores	35,8%	Fragilizada
8- Respuestas no punitivas para errores	26,8%	Fragilizada
9- Dimensionamiento de personal	38,4%	Fragilizada
10- Apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente	21,7%	Fragilizada
11- Trabajo en equipo entre unidades	27,9%	Fragilizada
12- Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades/servicios	28,7%	Fragilizada

Fuente: Los autores (2023).

Respecto a la percepción de la seguridad del paciente en el ambiente laboral, la mayoría de los profesionales, 38 (48,1%), la clasificaron como regular, mientras que 28 (35,4%) la evaluaron como buena. En cuanto a la frecuencia de notificaciones de eventos adversos, predominó el reporte de una a dos notificaciones 19 (61,3%), sin embargo, los demás participantes informaron haber realizado un mayor número de notificaciones, como se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Percepción de la seguridad del paciente en el ambiente laboral y frecuencia de eventos adversos notificados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2023

Percepción de la seguridad del paciente en el ambiente laboral	n	%
Pésimo	3	3,8%
Regular	38	48,1%
Malo	7	8,9%
Excelente	3	3,8%
Bueno	28	35,4%
TOTAL	79	100%
Sin respuestas	21	-
Total general	100	
Frecuencia de eventos adversos notificados	n	%
1 a 2 casos	19	61,3%
3 a 5 casos	5	16,1%
6 a 10 casos	3	9,7%
11 a 20 casos	2	6,5%
más de 21 casos	2	6,5%
TOTAL	31	100%
Sin respuestas	69	-
Total general	100	

Fuente: Los autores (2023).

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian un escenario de fragilidad de la CSP en un hospital de trauma, contexto caracterizado por una elevada complejidad asistencial y mayor exposición a riesgos.

A pesar del avance de las investigaciones sobre CSP en ambientes hospitalarios, se observa una brecha significativa de estudios que aborden de manera específica hospitales de referencia en trauma. La mayor parte de las investigaciones se concentra en hospitales generales o en sectores aislados, como UCI y servicios de emergencia, lo que limita la comprensión de las particularidades organizacionales, asistenciales y gerenciales inherentes al cuidado del trauma.

Se observó a partir de los resultados que hubo predominancia de participación del equipo de Enfermería como categoría profesional, en especial de los Técnicos de Enfermería, dado que esta clase compone la mayor parte del número de profesionales en los hospitales debido a la prestación de cuidados asistenciales directos a los pacientes, a tiempo completo, además de desempeñar funciones fundamentales para la promoción de la SP^{2,13-14}.

Un resultado similar fue identificado en una revisión sistemática que involucró hospitales de América del Norte y del Sur, Europa, Oriente Próximo, Oriente Medio y Extremo Oriente, en la cual se observó que la Enfermería concentra el mayor porcentaje de profesionales en los equipos de salud¹⁵. Este hallazgo refleja la composición típica de los equipos hospitalarios y la actuación continua de estos profesionales junto a los pacientes, lo que puede influir en una percepción más crítica acerca de la seguridad del cuidado.

La limitada participación de algunas categorías profesionales puede estar asociada a factores como sobrecarga de trabajo, baja sensibilización sobre el tema de la SP o percepción reducida del impacto institucional de la investigación¹⁶. La destacada participación de profesionales de las UCI merece atención, ya que estos trabajadores tienen mayor contacto directo con los pacientes. Además, se concentran en estos sectores pacientes en condiciones clínicas graves, con alta carga de riesgo. Según la literatura, la Cultura de Seguridad tiende a ser percibida de forma más sensible a las fallas organizacionales, especialmente en lo que se refiere a la comunicación, al dimensionamiento de personal y al apoyo de la gestión¹⁷.

En relación al Tiempo de trabajo en el hospital y al Tiempo de trabajo en el área/unidad actual, se trata de variables que dialogan directamente con la consolidación de experiencias profesionales en el contexto organizacional. La literatura presenta que ambas dimensiones están relacionadas con el ambiente de trabajo que puede contribuir positivamente al desarrollo de una cultura, ya que permite que los profesionales se integren más al proceso de trabajo y a la organización, de modo que actúen con mayor seguridad y prevengan riesgos de EA¹⁶⁻¹⁷.

Entre las dimensiones con mejores resultados, se encuentran "Aprendizaje organizacional/mejora continua", "Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad", y "Trabajo en equipo en la unidad/servicio". Estas también fueron citadas en otros estudios como fortalezas o dimensiones neutras, como factores potenciales para una CSP fortalecida¹⁸⁻¹⁹.

Las dimensiones clasificadas como neutras indican potencialidades institucionales relacionadas con el trabajo en equipo, el aprendizaje organizacional y la actuación de los liderazgos locales. Tales hallazgos sugieren la existencia de bases estructurales que pueden ser fortalecidas mediante estrategias de gestión participativa, educación permanente y *feedback* sistemático a los equipos^{6,20-21}.

En una aplicación del cuestionario HSPSC realizada en China, se observó que la mayoría de los participantes coincidió en que el hospital desarrolla actividades orientadas a la mejora de la CSP, evidenciado por el porcentaje de 87,1% de respuestas positivas en el dominio "Aprendizaje organizacional – mejora continua". Este hallazgo indica la elevada percepción de los profesionales acerca de la existencia de iniciativas institucionales dirigidas al fortalecimiento de la Cultura de Seguridad².

Sobre la dimensión Trabajo en equipo en la unidad/servicio, se observa que el porcentaje de respuestas fue considerado neutro. Estudios con resultados similares indican que puede ocurrir divergencia de opiniones sobre el trabajo en equipo en la institución²²⁻²³. Este indicador suele presentar porcentajes superiores al 75% en otras evaluaciones, como se evidenció en un estudio realizado en Jordania que identificó un 81,6% de respuestas positivas²⁴, configurando un aspecto consistentemente elevado en los análisis de la CSP.

Según la literatura, el trabajo en equipo fortalecido se evidencia por la mejora de la comunicación interprofesional, mayor cooperación entre profesionales, disminución de conflictos, aumento de notificaciones de EA, percepción positiva de los trabajadores sobre el trabajo en equipo y apoyo de la gestión, además de la participación activa de los equipos en entrenamientos continuos²³⁻²⁵. Tales acciones generan impactos positivos en la asistencia, principalmente en una institución de trauma donde los pacientes están fisiológicamente inestables²⁶.

A pesar de que las tres dimensiones mencionadas no alcanzan el porcentaje correspondiente a una fortaleza, es válido resaltar que representan factores favorables

para el desarrollo de una cultura sólida²⁷, ya que reflejan el compromiso de los líderes con respecto a las acciones orientadas a la calidad de la asistencia y a la SP.

En lo que respecta a las dimensiones que presentaron mayor fragilidad, el apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente, "Frecuencia de eventos notificados" y "Respuesta no punitiva a los errores", los resultados evidencian la necesidad de atención específica a estos aspectos, indicando la pertinencia de estrategias educativas y de fortalecimiento de las acciones de vigilancia en seguridad del paciente dirigidas a tales dimensiones.

En relación a la dimensión apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente, se observa la necesidad de una mayor sensibilización de la gestión para el apoyo a acciones orientadas a la promoción de la seguridad, como iniciativas de educación continua sobre el uso seguro de medicamentos, simulaciones de EA y estrategias de prevención, además del incentivo a la notificación, análisis de eventos adversos y realización de auditorías clínicas y de historias clínicas²⁴.

La fragilidad identificada en esta dimensión señala la relevancia del compromiso de los gestores con la SP, considerando que la participación de la liderazgo es esencial para la difusión de la Cultura de Seguridad, así como para la planificación, implementación y evaluación de acciones de mejora, alineadas a un modelo de gestión participativa²⁸.

En una evaluación de CSP realizada en hospitales de Tabriz en Irán, se observó que esta dimensión presentó un resultado de 65,8%²⁷. En este sentido, se percibe que, difícilmente, los profesionales se sentirán comprometidos con el tema si no perciben el esfuerzo de la gestión²⁹.

Sin embargo, en una evaluación de la CSP realizada en hospitales de Shenzhen se identificó un porcentaje de 86,6% de respuestas positivas para esta dimensión³⁰, lo que difiere de los resultados encontrados en el presente estudio. Esta discrepancia evidencia contrastes entre los contextos analizados y puede indicar diferencias en la percepción de los profesionales respecto a las acciones desarrolladas por la gestión relacionadas con la seguridad del paciente.

Las dimensiones "Respuesta no punitiva para errores" y "Frecuencia de eventos notificados" se caracterizaron como fragilidades, y, generalmente, son las dimensiones más críticas entre las evaluaciones de CSP de otras instituciones brasileñas. Al comparar con los resultados de la evaluación nacional realizada por ANVISA en Brasil, se percibe una situación similar, ya que el promedio de los porcentajes de estas dimensiones es de 56,5% y 31,8%, respectivamente⁹.

Un estudio internacional²⁰ señaló el menor porcentaje en "Respuestas no punitivas al error" en 18%, lo que significa que la mayor parte del equipo espera ser castigada por algún error, además de expresar preocupación por represalias y despidos tras realizar notificaciones de EA.

En el contexto hospitalario, la percepción de los profesionales respecto a la existencia de un enfoque punitivo ante los errores ha sido asociada a menores tasas de notificación de EA, lo que puede limitar los procesos de aprendizaje organizacional e influir en la percepción sobre la seguridad del cuidado. Adicionalmente, la literatura señala que las fragilidades en los sistemas de seguridad están relacionadas con desenlaces asistenciales desfavorables, incluyendo mayor ocurrencia de daños, aumento de costos y prolongación del tiempo de hospitalización²⁶.

Ante un error, la situación debe ser analizada de forma ampliada y se deben considerar todos los aspectos involucrados, en lugar de dirigir la culpa al individuo que cometió el error¹⁶. De esta forma, se debe desarrollar un ambiente en el cual todos los miembros del equipo puedan realizar la identificación, así como la comunicación de los errores ocurridos sin miedo, con el fin de que los errores puedan ser analizados y evitados en el futuro.

Otro aspecto que llama la atención se refiere a la percepción de la SP, identificada como regular en el hospital evaluado. Este dato presenta una gran diferencia cuando se compara con la evaluación de ANVISA, clasificada como 'buena'⁹, y evidencia que los equipos no se sienten confiados respecto a la seguridad de los cuidados prestados a los pacientes en este ambiente, a diferencia de la evaluación realizada en unidades de salud pública de Marruecos, que percibió la SP como 'mala'²⁸, lo que demuestra cuánto es necesario mejorar la SP en la institución para brindar un cuidado más seguro³⁰.

En cuanto a las limitaciones, es fundamental destacar que los resultados se basan en la autoevaluación de los profesionales y en sus respuestas voluntarias a la encuesta, lo que puede no representar totalmente la realidad de la cultura del servicio. Se destaca que el instrumento permite al participante autodeclararse en la categoría 'otros' durante la caracterización profesional; sin embargo, no hay un campo específico para la descripción de la profesión, lo que se considera una limitación del cuestionario.

Además, se destaca que la ocurrencia de datos ausentes en ítems clave del instrumento puede haber influido en la robustez de los análisis realizados. Por lo tanto, fue necesaria la exclusión de los instrumentos con respuestas incompletas, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos y las reflexiones sobre posibles dificultades de los profesionales para abordar temas sensibles, como la notificación de incidentes.

Por lo tanto, se observa que es necesaria la realización de nuevos estudios que analicen la CSP de la institución con una muestra de participantes más representativa y con un método de mayor control.

Se añade que las pocas evidencias sobre CSP específicas para hospitales de trauma encontradas en la literatura restringen análisis comparativos más profundos y la generalización de los hallazgos para este perfil asistencial.

A pesar de las limitaciones del estudio, los datos analizados constituyen un importante subsidio para fomentar reflexiones y debates en el ámbito institucional, lo que puede contribuir a la planificación de acciones e intervenciones orientadas al fortalecimiento de la CSP.

CONCLUSIÓN

El presente estudio evidenció que la cultura de seguridad del paciente en un hospital general de trauma de Rio Grande do Norte se encuentra debilitada, sin identificación de dimensiones clasificadas como fortalezas. A pesar de esto, aquellas clasificadas como neutras se configuran como fundamentos estratégicos para el desarrollo de una CSP más madura, destacando la relevancia del trabajo en equipo articulado a procesos de aprendizaje continuo, que buscan sostener y fortalecer una CSP consistente, capaz de impulsar ciclos continuos de mejoras, fomentar la innovación y ampliar la eficiencia institucional.

La baja frecuencia de notificación de EA sugiere la presencia de una cultura punitiva, favoreciendo la subnotificación y comprometiendo la calidad de la asistencia

a los pacientes víctimas de trauma. Esto refuerza la necesidad de resignificar el error como una oportunidad de aprendizaje, y corresponde a la gestión y a los líderes de los equipos promover un ambiente psicológicamente seguro para que los profesionales se sientan alentados a reportar incidentes sin temor a represalias, lo que favorece un cuidado seguro.

Se recomienda la realización de nuevos estudios con muestras más representativas, diseños metodológicos más robustos y análisis que consideren las especificidades de los diferentes sectores asistenciales, con el fin de profundizar la comprensión de la cultura de seguridad en hospitales de trauma y subsidiar intervenciones más efectivas y medibles.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020 [cited 2024 Apr 10]. 51 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
2. Zhou L, Li L, Xiao S, Yang N. Concern for patient safety culture of ECMO team in emergency department: a cross-sectional survey. Inquiry [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];59:1-8. Available from: <https://doi.org/10.1177/00469580221129168>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. [Internet]. 2013 [cited 2024 Apr 10](Seção 1). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. Hospital Survey on Patient Safety Culture [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2004 [cited 2024 Apr 10]. 66 p. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>
5. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 13];23:300. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8>
6. Prieto MMN, da Fonseca REP, Zem-Mascarenhas SH. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 24];74(6):e20201315. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315>
7. Hoffmann MA, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Rodrigues TA, Ribeiro HCTC, et al. Patient safety culture in dialysis services during the COVID-19 pandemic: nursing perspective. Cogitare Enferm [Internet]. 2023 [cited in 2025 Dec 19];28:e92134. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92134>
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Incidentes/eventos adversos relacionados à assistência à saúde notificados no Notivisa [Internet]. Brasília: ANVISA; [2025] [cited 2025 Dec 19]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticasservicos-de-saude/notivisa-modulo-assistencia-a-saude>
9. Reis CT, Laguardia J, de Barros CG, Andreoli PBA, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 10];35(8):e00246018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246018>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais - 2021 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2021 [cited 2026 Mar 2]. 10 p. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-da-cultura-de-seguranca-2021.pdf>

11. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Assessment of patient safety culture in intensive care from the health team's perspective. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2025 Dec 15];25(2):e1610015. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
12. de Andrade LEL, de Melo LOM, da Silva IG, de Souza RM, de Lima ALB, de Freitas MR, et al. Adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in an electronic Brazilian version. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 19];26(3):455-68. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WWrcjrQH3r5LvwRKV3VbPSy/?lang=pt>
13. Pirhofer J, Bükki J, Vaismoradi M, Glarcher M, Paal P. A qualitative exploration of cultural safety in nursing from the perspectives of Advanced Practice Nurses: meaning, barriers, and prospects. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];21:(178):1-14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00960-9>
14. Sátiro LSP, Rodrigues CCFM, Tibúrcio MP, Oliveira PMS, Salvador PTCO. Perceptions of professionals working in a university hospital about the patient safety culture. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 19];29:e95250 Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95250>
15. Waterson P, Carman EM, Manser T, Hammer A. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 19];9(9):e026896. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>
16. Aires-Moreno GT, Marques LG, Sodr e MMX, Lima MMM, Ramos SF, Araújo-Neto FC, et al. Perceptions of patient safety culture in a teaching hospital in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 16];25:1427. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13190-x>
17. Kruschewsky NDF, Freitas KS, da Silva Filho AM. Patient safety culture in intensive care: integrative review. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 18];35: e37164. Available from: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37164>
18. Nwosu ADG, Ossai E, Ahaotu F, Onwuasoigwe O, Amucheazi A, Akhideno I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];22:1445. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08756-y>
19. Akologo, A, Abuosi, AA, Anaba, EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PLoS One* [Internet]. 2019 Aug 20 [cited 2024 Jun 10];14(8):e0221208. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221208>
20. Jye AKR, Hing CZ, Peter S, Bartholomew P, Senok J. Hospital survey on patient safety culture in Sarawak General Hospital: a cross sectional study. *Med J Malaysia* [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 13];74(5):385-388. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336716844_Hospital_survey_on_patient_safety_culture_in_Sarawak_General_Hospital_A_cross_sectional_study
21. Ahmed FA, Asif F, Munir T, Halim MS, Ali ZF, Belgaumi A, et al. Measuring the patient safety culture at a tertiary care hospital in Pakistan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMJ Open Qual* [Internet]. 2023 [2024 Aug 13];12(1):e002029. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002029>
22. Kakemam E, Albelbeisi AH, Davoodabadi S, Ghafari M, Dehghandar Z, Raeissi P. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Mar 26 [cited 2024 Aug 13];22:403. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07774-0>
23. Lotici A, Zonta FNS, Lotici G, Gaffuri T. Evaluation of patient safety culture from the perspective of intensive care professionals. *Enf Global* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];21(3):67. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>
24. Mrayyan MT. Predictors and outcomes of patient safety culture: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open Qual* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 13];11(3):e001889. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001889>

25. Chegini Z, Janati A, Afkhami M, Behjat M, Islam SMS. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. *Nurs Open* [Internet]. 2020 Jan 28 [cited 2024 Aug 13];7(3):768-75. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.449>
26. Metelski FK, Engel FD, de Mello ALSF, Meirelles BHS. Patient safety and error from the perspective of complex thinking: documentary research. *Physis* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 15];33:e33009. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333009>
27. Zabin LM, Zaitoun RSA, Abdullah AA. Patient safety culture in Palestine: university hospital nurses' perspectives. *BMC Nurs* [Internet]. 2022 Jul 28 [cited 2024 Aug 13];21:204. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00987-y>
28. Fassi CF, Mourajid Y, Chahboune M, Hilali A. Patient Safety Culture Perception among Moroccan Healthcare professionals: cross-sectional study in public hospitals. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 13];33(2):273-280. Available from: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v33i2.12>
29. Tenza IS, Attafuah PYA, Abor P, Nketiah-Amponsah E, Abuosi AA. Hospital managers' views on the state of patient safety culture across three regions in Ghana. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 13];22:1300. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08701-z>
30. Hao HS, Gao H, Li T, Zhang D. Assessment and comparison of patient safety culture among health-care providers in shenzhen hospitals. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2020 Sep 11 [cited 2025 Feb 17];2020(13):1543-52. Available from: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266813>

Assessment of patient safety culture in a Brazilian trauma reference hospital

ABSTRACT

Objective: To assess the patient safety culture in a trauma reference hospital in Rio Grande do Norte. **Method:** Cross-sectional, quantitative study conducted between May and August 2023, using the E-Questionnaire on Hospital Safety Culture with professionals from the multi-professional team. Descriptive analysis was performed, based on the percentage of positive responses in the twelve dimensions of the instrument. **Results:** 97 professionals participated (16.4%). No dimension was classified as a strength. The weakest were management support for safety (21.7%), non-punitive response to errors (26.8%), and frequency of reported events (27.3%). The best, although neutral, were organizational learning/continuous improvement (73.2%), management/supervision expectations and actions (55.8%), and teamwork (54.9%).

Conclusion: The safety culture was found to be weakened, suggesting institutional interventions with non-punitive approaches to errors and greater management engagement with the care context.

DESCRIPTORS: Organizational Culture; Quality of Health Care; Safety Management; Risk Management; Patient Safety.

Recibido en: 01/10/2025

Aprobado en: 19/02/2026

Editor asociado: Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

Autor correspondiente:

Maria Teresa Sales de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Campus Universitário - Lagoa Nova, Natal - RN, 59078-970

E-mail: teresamaria5544@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **de Souza MTS, Saraiva COPO**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **de Souza MTS, Saraiva COPO, de Lima Neto AV, Maciel AC, Guerra SDSF, de Souza MT**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **de Souza MTS, Saraiva COPO**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que los datos pueden disponerse bajo solicitud al autor correspondiente.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).