Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río
ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

ARTICULO REVISIÓN

Acciones esenciales para la seguridad del paciente

Essential actions for patient safety

Ações essenciais para a segurança do paciente

Roldan Valdés-González[1], Alexanders García-Balmaseda[1]✉, Roberto Álvarez-Fumero[2], Lisbet Leyva-Pérez[1], Yamilka Miranda Pérez[1]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.
[2]Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana, Cuba.

Citación: Valdés-González R, García-Balmaseda A, Álvarez-Fumero R, Leyva-Pérez L, Miranda Pérez Y. Acciones esenciales para la seguridad del paciente. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso]; 30(2026): e6929. Disponible en: http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6929

Recibido: 17 de octubre de 2025
Aceptado: 02 de febrero de 2026
Publicado: 17 de marzo de 2026

RESUMEN

Introducción: la seguridad del paciente constituye un eje esencial de la calidad asistencial y representa un desafío creciente para los sistemas de salud, dada la complejidad de los procesos clínicos y el impacto económico y social de los eventos adversos.
Objetivo: identificar las acciones esenciales para fortalecer la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario.
Métodos: se efectuó una revisión sistemática de la literatura entre 2010 y 2024, siguiendo las directrices PRISMA. La búsqueda se desarrolló en bases de datos biomédicas y multidisciplinarias (PubMed, SciELO, LILACS, ScienceDirect, BVSALUD y Google Scholar), complementada con documentos oficiales y literatura gris. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión rigurosos, seleccionándose 21 estudios para el análisis cualitativo comparativo.
Desarrollo: los hallazgos evidencian que los principales riesgos para la seguridad del paciente incluyen errores de medicación, fallos quirúrgicos, infecciones asociadas a la atención, errores diagnósticos, caídas, prácticas inseguras de transfusión e identificación, así como inyecciones riesgosas. Frente a ello, se identificaron ocho acciones esenciales: correcta identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en la medicación, seguridad en procedimientos, reducción de infecciones mediante higiene de manos, prevención de caídas, registro y análisis de eventos adversos, y fomento de una cultura institucional de seguridad.
Conclusiones: la implementación de políticas institucionales claras, liderazgo directivo, capacitación continua y sistemas de registro confiables resulta indispensable para reducir daños prevenibles. La adopción de acciones esenciales favorece la construcción de una cultura de seguridad sostenible, con impacto positivo en la calidad asistencial y en los resultados clínicos de los pacientes.

Palabras clave: Acción Integrada de Salud, Seguridad del Paciente.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

ABSTRACT

Introduction: patient safety is a key axis of healthcare quality and represents a growing challenge for health systems, given the complexity of clinical processes and the economic and social impact of adverse events.
Objective: to identify the essential actions to strengthen patient safety in the hospital setting.
Methods: a systematic literature review was conducted between 2010 and 2024, following PRISMA guidelines. The search was carried out in biomedical and multidisciplinary databases (PubMed, SciELO, LILACS, ScienceDirect, BVSALUD, and Google Scholar), complemented with official documents and gray literature. Rigorous inclusion and exclusion criteria were applied, and 21 studies were selected for comparative qualitative analysis.
Development: the findings show that the main risks to patient safety include medication errors, surgical failures, healthcare-associated infections, diagnostic errors, patient falls, unsafe transfusion and identification practices, as well as risky injections. In response, eight essential actions were identified: accurate patient identification, effective communication, medication safety, procedural safety, infection reduction through hand hygiene, fall prevention, recording and analysis of adverse events, and promotion of an institutional safety culture.
Conclusions: the implementation of clear institutional policies, managerial leadership, continuous training, and reliable data recording systems is indispensable to reduce preventable harm. The adoption of essential actions fosters the construction of a sustainable safety culture, with a positive impact on healthcare quality and patient clinical outcomes.

Keywords: Intersectoral Collaboration; Patient Safety.

RESUMO

Introdução: a segurança do paciente constitui um eixo fundamental da qualidade assistencial e representa um desafio crescente para os sistemas de saúde, devido à complexidade dos processos clínicos e ao impacto econômico e social dos eventos adversos.
Objetivo: identificar as ações essenciais para fortalecer a segurança do paciente no âmbito hospitalar.
Métodos: realizou-se uma revisão sistemática da literatura entre 2010 e 2024, seguindo as diretrizes PRISMA. A busca foi desenvolvida em bases de dados biomédicas e multidisciplinares (PubMed, SciELO, LILACS, ScienceDirect, BVSALUD e Google Scholar), complementada com documentos oficiais e literatura cinzenta. Aplicaram-se critérios rigorosos de inclusão e exclusão, sendo selecionados 21 estudos para análise qualitativa comparativa.
Desenvolvimento: os resultados evidenciam que os principais riscos para a segurança do paciente incluem erros de medicação, falhas cirúrgicas, infecções relacionadas à assistência, erros diagnósticos, quedas, práticas inseguras de transfusão e identificação, além de injeções de risco. Em resposta, foram identificadas oito ações essenciais: identificação correta do paciente, comunicação efetiva, segurança na medicação, segurança nos procedimentos, redução de infecções por meio da higiene das mãos, prevenção de quedas, registro e análise de eventos adversos e promoção de uma cultura institucional de segurança.
Conclusões: a implementação de políticas institucionais claras, liderança diretiva, capacitação contínua e sistemas confiáveis de registro é indispensável para reduzir danos evitáveis. A adoção das ações essenciais favorece a construção de uma cultura de segurança sustentável, com impacto positivo na qualidade assistencial e nos resultados clínicos dos pacientes.

Palavras-chave: Colaboração Intersetorial; Segurança do Paciente.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva a nivel mundial de la atención sanitaria se está modificando en los últimos años, en un contexto en el que los sistemas de salud deben funcionar en circunstancias cada vez más complejas. Si bien los nuevos prototipos de tratamiento, tecnologías y atención pueden ofrecer amplias posibilidades diagnósticas y terapéuticas, también pueden plantear nuevas amenazas para la seguridad de la atención del paciente.

Se calcula que alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta dañado cuando recibe atención sanitaria, y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. Se estima que más de la mitad de estos daños pueden ser evitables, que el 80 % de los que se originan en la atención ambulatoria son prevenibles y que la mitad se debe a medicamentos.[1,2]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos. En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y mantenida, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y disminuir sus efectos cuando se producen.[3]

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, y actualmente se la reconoce como un desafío amplio y creciente para la salud pública internacional. Se estima que, cada año, los daños causados a los pacientes reducen hasta en un 0,7 % el crecimiento económico mundial.[1] Las inversiones en la reducción de los daños pueden conducir a ahorros financieros importantes y, más trascendental aun, a mejores resultados para los pacientes.[4]

En Europa, un gran porciento de los países cuentan con una Estrategia de Seguridad del Paciente y se hacen evaluaciones periódicas de sus resultados.[5] Algunos países de la región como México han implementado acciones desde la década de los años 2000 en los diferentes componentes de su sistema de salud.[6].

La experiencia obtenida por los autores en la colaboración médica fue el incentivo para la realización del presente artículo, con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica sobre las acciones esenciales para la seguridad del paciente, de tal forma que puedan contribuir a prevenir eventos adversos derivados de la atención médica en hospitales de Cuba.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA, con el objetivo de identificar y sintetizar las acciones esenciales para la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. El periodo de búsqueda se delimitó entre enero de 2010 y diciembre de 2024, considerando la producción científica más reciente y relevante en el área.

Estrategia de búsqueda

Se diseñó un algoritmo de búsqueda estructurado mediante palabras clave y operadores booleanos, adaptado a cada base de datos. Los términos empleados incluyeron: "seguridad del paciente" AND "acciones esenciales" OR "patient safety" AND "essential actions" OR "segurança do paciente" AND "ações essenciais". Se consideraron sinónimos y descriptores DeCS/MeSH relacionados con calidad asistencial, eventos adversos y prevención de riesgos. Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués, sin restricción geográfica.

Fuentes de información y proceso de selección

La búsqueda se efectuó en bases de datos biomédicas y multidisciplinarias de amplia cobertura: PubMed/MEDLINE, Scielo, ScienceDirect, LILACS, BVSALUD y Google Scholar. Adicionalmente, se consultaron documentos oficiales de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ministerios de salud de distintos países. Se incluyó literatura gris (informes técnicos, guías clínicas y documentos normativos) para complementar la evidencia publicada en revistas científicas.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y reportes institucionales publicados en el rango temporal definido, que abordaran de manera directa la seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Se excluyeron duplicados, artículos sin acceso al texto completo, publicaciones irrelevantes para el objetivo de la revisión y aquellos fuera del periodo de búsqueda.

La selección se realizó en dos fases: primero, lectura de títulos y resúmenes para descartar registros no pertinentes; posteriormente, análisis del texto completo de los artículos potencialmente elegibles. Inicialmente se identificaron 1,245 registros; tras la depuración de duplicados y aplicación de criterios de inclusión/exclusión, se seleccionaron 78 artículos para lectura completa. Finalmente, 21 estudios cumplieron con los criterios y fueron incluidos en la síntesis. El proceso se documentó mediante el diagrama de flujo PRISMA, que refleja las etapas de identificación, selección, elegibilidad e inclusión.

Extracción y análisis de datos

De cada artículo se recopilaron variables clave: autor, año de publicación, diseño metodológico, población o muestra, principales resultados y conclusiones relacionadas con la seguridad del paciente. La información se organizó en matrices de extracción y se realizó una síntesis cualitativa de los hallazgos, agrupando las acciones esenciales en categorías temáticas. No se efectuó metaanálisis debido a la heterogeneidad de los diseños y resultados, pero se aplicó un enfoque narrativo comparativo que permitió identificar patrones comunes y recomendaciones aplicables en distintos contextos hospitalarios.

DESARROLLO

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial, en la revisión de la literatura se identificaron varias causas que atentan contra este proceso las cuales se enumera a continuación.

Causas más comunes de daños a los pacientes:

a) Errores en la prescripción de medicamentos. Uno de cada 30 pacientes sufre daños derivados de los medicamentos que toma, y más de una cuarta parte de dichos daños son graves e incluso letales. La mitad de los daños evitables asociados a la atención sanitaria presentan estrecha relación con los medicamentos que ingiere.[7]

b) Errores asociados a intervenciones quirúrgicas. El 10 % de los daños evitables que se provocan a los pacientes se producen en este contexto, antes y después de las intervenciones quirúrgicas.[8]

c) Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Estas prolongan las estadías hospitalarias y son causa fundamental de resistencia antimicrobiana, muertes evitables y gastos para los pacientes, familiares y sistemas de salud.[8] Según los informes estadísticos, el 23,6 % de los pacientes con sepsis que se atienden en los hospitales presentan relación directa con la propia atención de salud y el 24,4 % de los casos fallecen.[9]

d) Errores diagnósticos. Entre el 5 y el 20 % de las interacciones entre médicos y pacientes se producen errores en el diagnóstico.[10,11]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

e) Caídas de pacientes. Aunque no tan frecuente este evento en pediatría, no dejan de ocurrir y en más de una tercera parte de los casos causan traumatismos que afectan a los resultados clínicos y generan gastos para los sistemas de salud.[12]

f) Prácticas riesgosas de transfusión de sangre. Las transfusiones de sangre innecesarias y las prácticas incorrectas de las mismas, exponen a los pacientes a sufrir reacciones adversas graves y a contraer infecciones. Teniendo en cuenta los datos relativos a las reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 62 países, la incidencia media de las reacciones graves fue de 8,7 por cada 100 mil unidades de sangre o hemoderivados transfundidos.[13]

g) Errores relativos a la identificación. No identificar correctamente a un paciente puede provocar muchos problemas y repercutir gravemente en la atención sanitaria que se le presta. Por ejemplo, podría presentar consecuencias catastróficas practicarle una intervención quirúrgica en un lugar erróneo. El 12,3 % de una serie de 409 eventos de mucha gravedad que afectaron a pacientes en Europa guardaron relación con errores en la identificación de pacientes.[14]

h) Prácticas riesgosas de inyección. Las prácticas de inyección poco seguras exponen a los pacientes y a los trabajadores de salud al riesgo de sufrir eventos adversos tanto de carácter infeccioso como de otra índole.[15]

Se han identificado acciones esenciales para la seguridad del paciente (AESP) que pueden aplicarse tanto en entornos de atención secundaria (hospitales) como en la atención primaria de salud. Son barreras de seguridad que disminuyen las consecuencias de los actos inseguros; garantizan una atención limpia, libre de errores; simplifican los procesos y mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud.[16,17]

Las ocho acciones y sus objetivos generales, son:

I. Identificación del paciente: Se trata de mejorar la precisión de la identificación de pacientes, utilizando al menos dos datos de identificación personal que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado. Se sugiere incluir en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención en todos los entornos, tanto en salas de hospitalización, como en la historia o expediente clínico.

Los pacientes deberían identificarse con: nombres y apellidos completo. En el caso de recién nacidos mientras no hayan sido inscriptos civilmente deberán identificarse con los apellidos de la madre y fecha de nacimiento ubicado en una ficha de cabecera de la cama de hospitalización, así como en la pulsera del recién nacido.

II. Comunicación efectiva: Su objetivo es fomentar la comunicación entre los profesionales de la salud – pacientes - familiares, para lograr obtener información correcta, precisa y completa durante el proceso de atención y así, reducir en mayor medida los errores relacionados con la emisión de órdenes verbales o telefónicas.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

Ante indicaciones de urgencia se debe escuchar atentamente a los restantes profesionales que participan en la atención, para lo que proponemos repetir con claridad y confirmar que se recibe y comprende la información, transcribiéndose en la historia clínica. Otro momento de riesgo es durante la transferencia interna o externa de pacientes y en cada entrega de guardia para lo cual se sugiere implementar establecer la técnica conocida como SAER que incluye: la situación, los antecedentes, la evaluación y las recomendaciones.

Se sugiere implementar una bitácora (libreta o libro) para registrar las indicaciones verbales y/o de urgencia. En la que se dan a conocer las condiciones exactas en las que se realizó un trabajo, incluso, los errores quedan registrados y señalados. De similar forma se sugiere implementar en todos los hospitales una bitácora para el registro de resultados y/o valores críticos en exámenes de laboratorio clínico, de imágenes y estudios anatomopatológicos.

III. Seguridad en el proceso de medicación: este va dirigido fundamentalmente a fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes. Desde los laboratorios de producción hasta su administración por el personal de enfermería, se debe señalizar y separar los medicamentos de alto riesgo (citotóxicos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes y electrólitos concentrados), así como los medicamentos con aspecto y nombre parecido.

Es vital realizar y documentar la doble verificación antes de la preparación y administración de al menos los medicamentos de alto riesgo y corroborar la presencia de alergias referidas en la historia o expediente clínico o expresadas como respuesta de los acompañantes de pacientes hospitalizados.

IV. Seguridad en los procedimientos: Representa un eslabón fundamental, pues no es más que cumplir estrictamente las prácticas de seguridad ya establecidas y aceptadas internacionalmente y reducir los eventos adversos para evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

Un aspecto de suma importancia en los servicios de atención al grave es la lista de verificación para la seguridad de los procederes con el establecimiento de políticas para el marcado. Se debe establecer el formato de tiempo para todos los procedimientos invasivos, críticos y/o de alto riesgo que se realizan.

En cada unidad quirúrgica deberá implementarse una lista de verificación para la seguridad de la cirugía considerando sus fases y tiempo: antes de la inducción a la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y; antes de que el paciente salga de la sala de recuperación en el quirófano.

V. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): Su objetivo es contribuir a su reducción, mediante la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

En cada institución, el departamento de Higiene-Epidemiologia hospitalaria y sus profesionales deberán constar con un Programa Integral de Higiene de Manos, el cual no puede dejar de contener: el cronograma de capacitación continua de todos los profesionales, la gestión oportuna de los insumos y equipos para la higiene de manos de conjunto con el área administrativa y de servicios generales, y garantizar el control de la calidad del agua.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

Debemos enseñar desde el pregrado el lavado de manos, evaluar sistemáticamente y de forma sorpresiva al personal de salud y visualizar en cada lavamanos, los pasos y momentos del lavado correcto de las manos, considerado una medida muy eficaz en la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) está en las manos de los profesionales, las que deben ser lavadas con agua y jabona de forma correcta, proceder que debe durar de 40 a 60 segundos o con desinfección con gel alcohólico proceso que debe durar de 20 a 30 segundos.

La higiene de las manos se debe realizar en cinco momentos:[18]
1. antes de tocar al paciente.
2. antes de realizar un proceder o técnica aséptica.
3. después de haber estado en riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. después de tocar el paciente.
5. después del contacto con el entorno del paciente.

El lavado de manos tiene una técnica que ha demostrado ser segura,[18] pero no siempre bien conocida o conocida pero no cumplimentada y que describimos a continuación:
- Frotar las palmas de las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos con la palma de la mano propuesta agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha con la palma de la mano izquierda haciendo movimiento de rotación y viceversa.
- Enjuagar las manos con agua, usar toalla o papel desechable para tocarla y con ella se cierra la llave.
- Dejar secar las manos sin agitar.

Cada acción descrita debe repetirse cinco veces y las manos serán seguras solo una vez que estén secas.

Sugerimos implementar un cronograma de capacitación continua a todos los profesionales con el objetivo de lograr su adherencia y cumplimentación consiente.

VI. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas: Su objetivo es prevenir el daño al paciente mediante la evaluación continua correcta y reducción del riesgo de caídas.
Se considerarán factores de riesgo para que un paciente sufra caídas en el medio hospitalario:[3]
a) Factores intrínsecos: son aquellos que están vinculados con el propio paciente y estarán determinados por cambios innatos de su fisiología. Ejemplo: la edad, enfermedades agudas o crónicas y el consumo de medicamentos.
b) Edad: los niño/as menores de 6 años, por riesgos multifactoriales, pueden presentar una caída.
c) Factores extrínsecos: corresponden a los factores determinados por el entorno o ambientales, pueden ser arquitectónicos de la unidad hospitalaria como las denominadas barreras; un equipo o mobiliario; o bien de los procesos de atención.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

Sugerimos que en cada servicio hospitalario se confeccione una herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes, que contenga los aspectos siguientes:

1. Limitación física del paciente: niños /as con trastornos músculo esquelético y neurológico; enfermedad vascular cerebral, lesiones de columna vertebral, traumatismo cráneo encefálico, reposo prolongado, previos antecedentes de caídas, desnutrición, obesidad, ayuno prolongado, alguna incapacidad física que afecte la movilidad, uso de aparatos ortopédicos, prótesis, órtesis y periodo postoperatorio.
2. Estado mental del paciente: como puede ocurrir en niños /as con desorientación confusión, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia, lesiones medulares, parálisis, déficit propioceptivo por anestesia o sedación, agitación, depresión, riesgo suicida, disfunciones bioquímicas; hipoglucemia, hiponatremia, hiperpotasemia deterioro neuromuscular; traumatismo cráneo encefálico, secuelas de poliomielitis o situación de discapacidad resultante de parálisis cerebral.
3. Problemas de comunicación: en el caso de defectos anatómicos auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos producidos por fármacos, barreras físicas (intubación orotraqueal) y psicológicas (psicosis). Si los profesionales cubanos cooperan en países con etnias de origen indígena o afronorteamericano deberán tener en cuenta la limitante en la comprensión de los dialectos.

Se propone que en cada institución de salud se cuente con instrumentos de evaluación, utilizando escalas de riesgo de caídas a todos los pacientes desde que solicitan atención médica, en cada cambio de turno o servicio, así como informar a pacientes y familiares sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que toma la unidad para disminuir el riesgo y documentar la evidencia.

VII. Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas: Su objetivo es buscar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una aplicación de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.[19]

Se sugiere que los jefes de servicios y el personal a cargo de la jefatura de enfermería con la asesoría de los integrantes de los círculos de calidad y el Comité hospitalario deberían establecer un formato de reporte de eventos adversos. En las reuniones de los círculos de calidad desde cada servicio y del Comité hospitalario se debe fomentar una cultura justa, no punitiva, así como contar con un programa de atención a segundas víctimas, dentro de las cuales se encuentran los profesionales de salud.

VIII. Cultura de seguridad del paciente: Medir el conocimiento de seguridad del paciente es muy importante pues favorece la toma de conductas y permite establecer acciones de mejora continua en el ámbito de la seguridad.[20] Los profesionales y demás trabajadores de la institución hospitalaria deben tener claridad en los conceptos o definiciones siguientes:
Un "incidente" es definido como cualquier tipo de equivocación, error, accidente o desviación, evento, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.[20]

Un "evento adverso" es el daño que sufre un paciente como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.[20]

La "Seguridad del paciente" es la atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.[20]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

La "Cultura de Seguridad del Paciente" es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso y el estilo y la competencia de la gestión de la salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por la percepción compartida de la importancia de la seguridad y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.[20]

La Cultura de Seguridad debería tener las dimensiones siguientes:
Existencia de un trabajo en equipo dentro del servicio, siendo preciso el apoyo mutuo del personal del mismo, el trato respetuoso y sobre todo el apoyo entre los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo.

Sería importante valorar la participación de los jefes y personal de supervisión médica y de enfermería para atender los problemas de seguridad del paciente; así como las expectativas que tienen los principales jefes respecto a la participación del personal para aplicar los procedimientos de seguridad. Los jefes deberían tomar en cuenta las sugerencias del personal subordinado para mejorar su desempeño.

Se sugiere ejecutar labores de mejora cuando se detecta alguna falla durante el proceso de atención, con la finalidad de evitar su recurrencia y evaluar la efectividad de las acciones que se pusieron en marcha para mejorar la seguridad del paciente.

Consideramos debería ser prioridad del directivo la seguridad del paciente, así como propiciar un clima laboral en su beneficio. Sería ideal apreciar el interés que muestra el directivo después de la ocurrencia de un evento adverso.

Una importante dimensión es la percepción de forma general de médicos y enfermeras respecto a la seguridad de los procesos de atención, así como ante la presencia de problemas de esta índole.

Es importante mantener comunicación y retroalimentación sobre errores divulgándose al personal, los incidentes que ocurren en un servicio y las acciones emprendidas para evitar su ocurrencia.

El personal debe tener libertad (apertura en la comunicación) para expresar los aspectos negativos que puedan afectar la atención que recibe el paciente, así como tener libertad para cuestionar las decisiones o acciones de sus superiores.

Otra dimensión importante es llevar un registro estadístico que permita la medición de la frecuencia con la que se reportan los errores que se cree que no dañan al paciente, los que son manifiestos y corregidos antes de dañar al paciente y los que se estiman que pueden haber dañado al paciente.

Es de alto valor la suficiencia del personal y la gestión, lo que permitiría conocer si la plantilla del personal es suficiente para atender las jornadas laborales, principalmente durante las excesivas y agotadoras cargas de trabajo nocturno.

Se debe considerar muy importante, la evaluación y el manejo de la información por los pacientes cuando éstos son transferidos de un servicio a otro, o durante los cambios de equipo de trabajo.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

La respuesta a los errores no debe ser correccional. Esta dimensión se refiere a la opinión de médicos y enfermeras respecto a la actitud de otros de sus colegas o de los superiores cuando se enteran de que han cometido algún error, utilizando esto en su contra, buscando culpables y creando el temor del personal que comete el error, de que esto quede registrado en su expediente laboral.

Sugerimos la aplicación de una encuesta de cultura de seguridad del paciente a todo el personal médico y de enfermería, con periodicidad anual, cuyos resultados individuales siempre deberán ser confidenciales.

CONCLUSIONES

A fin de lograr mejoras sostenibles y significativas en la atención, se recomienda la elaboración de políticas institucionales claras, el fortalecimiento del liderazgo directivo, la implementación de registros de datos que permitan conocer y evaluar riesgos, la capacitación y evaluación sistemática de los profesionales, y la participación activa de pacientes y familiares en el proceso asistencial.

Financiación
Los autores no recibieron financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses
Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores
RVG: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Software, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
AGB: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Software, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
RAF: Conceptualización, Análisis formal, Investigación, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
LLP: Curación de datos, Investigación, Metodología, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
YMP: Curación de datos, Investigación, Metodología, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [Internet]; 2022 [citado 05/09/2025]. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1787/761f2da8-en

2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Documentos de trabajo de la OCDE sobre salud, n.º 96. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [Internet]; 2017 [citado 05/09/2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [Internet]; 2023 [citado 05/09/2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

4. Rockville MD. Systems Approach. In: Patient Safety Network. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]; 2019 [citado 05/09/2025]. Disponible en: (https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21

5. Ministerio de Sanidad de España. Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]; 2021 [citado 05/09/2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2022/evaluacionSP.htm

6. Gobierno de México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) [Internet]; 2022 [citado 12/09/2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/issste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp?idiom=es

7. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing [Internet]; 2024 [citado 12/09/2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/

8. Raoofi S, Kan FP, Rafiei S, Hosseinipalangi Z, Mejareh ZN, Khani S, et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]; 2023 [citado 15/09/2025]; 18(1): e0274248. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36706112/

9. Markwart R, Saito H, Harder T, Tomczyk S, Cassini A, Fleischmann-Struzek C, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med [Internet]. 2020 [citado 15/09/2025]; 46(8): 1536–51. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7381455/

10. Bergl PA, Nanchal RS, Singh H. Diagnostic error in the critically ill: defining the problem and exploring next steps to advance intensive care unit safety. Ann Am Thorac Soc [Internet]. 2018 [citado 15/09/2025]; 15(8):903–7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29742359/

11. Gunderson CG, Bilan VP, Holleck JL, Nickerson P, Cherry BM, Chui P, et al. Prevalence of harmful diagnostic errors in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis. BMJ Qual Saf [Internet]. 2020 [citado 15/09/2025]; 29(12):1008–18. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269070/

12. Agency for Healthcare Research and Quality. Falls. PSNet [Internet]; 2024 [citado 19/09/2025]. Disponible en: https://psnet.ahrq.gov/primer/falls

13. World Health Organization. Ginebra: Seventy-Second World Health Assembly. Patient Safety. Global actionon patient safety. [Internet]; 2019 [citado 21/09/2025]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

14. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020 May [citado 21/09/2025]; 105: 103546. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e6929

15. De Rezende HA, Melleiro MM, Shimoda GT. Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. JBI Evidence Synthesis [Internet]. 2019 [citado 21/09/2025]; 17(1):37–42. Disponible en: https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003895

16. Gobierno de Mexico .Secretaria de Salud. Conoce las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente [Internet]; 2018 [citado 21/09/2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es.

17. Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente [Internet]; 2023 [citado 25/09/2025]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5692439

18. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Curso sobre la Higiene de las manos durante la atención sanitaria [Internet]; 2021 [citado 25/09/2025]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/programa.htm

19. Gobierno de Mexico. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) [Internet]; 2023 [citado 25/09/2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/issste/articulos/acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente-aesp.

20. Hernández-Herrera D.E., Turrubiates-Piña A.A., Villarreal-Ríos E., Vega-Infante E., Morelos-García E.N., Castañeda-Hidalgo H. Seguridad del paciente: percepción de estudiantes de una universidad pública. Enferm. Univ [revista en la Internet]. 2021 [citado 25/11/2025]; 18(2): 91-100. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632021000200091&lng=es

CC-BY-NC- 4.0