

Seguridad del Paciente y Control de Infecciones en **Establecimientos** de **Salud Ecuatorianos**



González-Naranjo, David Eduardo
Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia
Dias-Ledesma, Stefanny Karolina
Paucar-Changoluisa, Lourdes María
Alvarez-Morejón, Estefany Pamela

- Chacha-Uto, David Gustavo
- Diaz-Rojas, Dayana Mishel
- Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra
- Miranda-Muñoz, Joseline Valeria
- Gonzabay-Gonzabay, Irene Isabel

Protocolos de Bioseguridad y Prevención de Infecciones

Seguridad del Paciente y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud Ecuatorianos.

Autor/es:

González Naranjo David Eduardo

Pontificia Universidad

Católica del Ecuador; Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez

Chimborazo Chimborazo Gloria Alicia

Universidad Tecnológica Indoamérica; Hospital Provincial General Docente Ambato

Dias Ledesma Stefanny Karolina

Universidad Estatal de Bolívar

Paucar Changoluisa Lourdes María

Universidad Estatal de Bolívar

Álvarez Morejón Estefany Pamela

Universidad de las Américas, Hospital Santa Bárbara, Hospital General Docente de Calderón

Chacha Uto David Gustavo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Diaz Rojas Dayana Mishel

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Lombeida Lincango Roswel Alexandra

Hospital Solón Espinosa Ayala

Miranda Muñoz Joseline Valeria

Hospital Solón Espinosa Ayala

Gonzabay Gonzabay Irene Isabel

Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala

Datos de Catalogación Bibliográfica

González-Naranjo, D. E.
Chimborazo-Chimborazo, G. A.
Días-Ledesma, S. K.
Paucar-Changoluisa, L. M.
Álvarez-Morejón, E. P.
Chacha-Uto, D. G.
Díaz-Rojas, D. M.
Lombeida-Lincango, R. A.
Miranda-Muñoz, J. V.
Gonzabay-Gonzabay, I. I.

Seguridad del Paciente y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud Ecuatorianos

Oriente-Manabí Editorial, Ecuador, 2025

ISBN: 978-9942-7463-6-8

Formato: 210 mm X 270 mm

107 págs.



Publicado por Oriente-Manabí Editorial

Ecuador, Manabí, Cod. Post. 130101.

Contacto: +593 959 723 343

Email: info@omeditorial.com

www.books.omeditorial.com

Director General:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor en Jefe:	<i>Dr. Guerrero Bermúdez Ángel Enrique</i>
Editor Académico:	<i>Lcdo. Oltramonti Roberto, Mg</i>
Supervisor de Producción:	<i>Ing. Barragán Monrroy Roberto Johan, Mg.</i>
Diseño:	OM Editorial
Consejo Editorial	<i>OM Editorial</i>

© Marzo, 2026

Libro Digital, Primera Edición, 2026

Editado, Diseñado, Diagramado y Publicado por [Comité OM Editorial](#)

Manabí, Ecuador, 2026

D.R. © 2026 por Autores y OM Editorial Ecuador.

Cámara Ecuatoriana del Libro con Radicación editorial 182865

Disponible para su descarga gratuita en www.books.omeditorial.com

Los contenidos de este libro pueden ser descargados, reproducidos, difundidos e impresos con fines de estudio, investigación y docencia o para su utilización en productos o servicios no comerciales, siempre que se reconozca adecuadamente a los autores como fuente y titulares de los derechos de propiedad intelectual, sin que ello implique en modo alguno que aprueban las opiniones, productos o servicios resultantes. En el caso de contenidos que indiquen expresamente que proceden de terceros, deberán dirigirse a la fuente original indicada para gestionar los permisos.

Título del libro:

Seguridad del Paciente y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud Ecuatorianos.

© González-Naranjo, David Eduardo; Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia; Días-Ledesma, Stefanny Karolina; Paucar-Changoluisa, Lourdes María; Álvarez-Morejón, Estefany Pamela; Chacha-Uto, David Gustavo; Diaz-Rojas, Dayana Mishel; Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra; Miranda-Muñoz, Joseline Valeria; Gonzabay-Gonzabay, Irene Isabel.

ISBN: 978-9942-7463-6-8







<https://doi.org/10.63618/omeditorial/110>

Como citar (APA 7ma Edición):

González-Naranjo, D. E., Chimborazo-Chimborazo, G. A., Dias-Ledesma, S. K., Paucar-Changoluisa, L. M., Álvarez-Morejón, E. P., Chacha-Uto, D. G., Diaz Rojas, D. M., Lombeida-Lincango, R. A., Miranda-Muñoz, J. V., & Gonzabay Gonzabay, I. I. (2026). Seguridad del Paciente y Control de Infecciones en Establecimientos de Salud Ecuatorianos. Oriente-Manabí Editorial. <https://doi.org/10.63618/omeditorial/110>

Cada uno de los textos de OM Editorial han sido sometido a un proceso de evaluación por pares doble ciego externos (double-blind paper review) con base en la normativa del editorial.

Revisores:

 Lcda. Jessica González Quiroz, Mgs	Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ecuador	
 Lic. Marvi Alexander Viteri Ruiz Mgs	Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ecuador	

Aviso Legal:

La información presentada, así como el contenido, fotografías, gráficos, cuadros, tablas y referencias de este manuscrito es de exclusiva responsabilidad del/los autor/es y no necesariamente reflejan el pensamiento de la OM Editorial.

Derechos de autor ©

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).



El "copyright" y todos los derechos de propiedad intelectual y/o industrial sobre el contenido de esta edición son propiedad de la OM Editorial y sus Autores. Se prohíbe rigurosamente, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total y/o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma de ninguna forma o por cualquier medio, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright, salvo cuando se realice con fines académicos o científicos y estrictamente no comerciales y gratuitos, debiendo citar en todo caso a la editorial. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores.

Reseña de Autores



González-Naranjo, David Eduardo



Pontificia Universidad Católica del Ecuador;
Hospital Provincial General Pablo Arturo
Suárez



degonzalezn@puce.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-9620-8409>



Destacado Profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, un Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería por la UNIR España, y actualmente cursando un PhD en Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Diplomado en diversas áreas como son: docencia superior, alta gerencia y administración hospitalaria, bioética clínica y normativas para la investigación, manejo de protocolos de enfermería, innovación educativa y alta especialización en salud con mención en urgencias hospitalarias, además de un curso de liderazgo en enfermería orientado a fortalecer la gestión en Latinoamérica.

Amplia experiencia profesional en el ámbito asistencial, administrativo, docente e investigativo en salud, siendo investigador acreditado por SENESCYT (Ecuador), conferencista nacional e internacional, y autor de múltiples publicaciones académicas. Actualmente, líder del servicio de pediatría del Hospital Provincial General Pablo Arturo Suárez, además de tutor de internado rotativo en enfermería y docente de posgrado de la PUCE.



Chimborazo-Chimborazo, Gloria Alicia



Universidad Tecnológica Indoamérica;
Hospital Provincial General Docente Ambato



gloriachimborazo@uti.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>



Profesional en enfermería residente en Ambato, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, un Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos por la Universidad Autónoma de los Andes UNIANDES, y actualmente cursando un PhD en Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú. Diplomado en Catéter PICC y Accesos Vasculares Centrales, Técnica Habitual y Eco guiada para paciente Neonatal y Pediátrico. Actualmente, Enfermera de cuidado directo del servicio de Neonatología del Hospital Provincial General Docente Ambato, además tutora de externado de la carrera de enfermería de la Universidad Tecnológica Indoamérica.



Dias-Ledesma, Stefanny Karolina



Universidad Estatal de Bolívar



sdias@mailes.ueb.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-4176-1300>



Nacida en Guaranda, Ecuador, Stefanny Dias es Licenciada en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Estatal de Bolívar y Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ha participado en numerosos cursos, seminarios y congresos nacionales e internacionales, fortaleciendo su experiencia en áreas como seguridad del paciente, investigación científica, docencia universitaria, cuidados compasivos y

metodologías de enseñanza innovadoras. Su trayectoria profesional incluye roles como enfermera hospitalaria y rural, docente investigadora universitaria y coordinadora de la carrera de Enfermería en la Universidad Estatal de Bolívar, impartiendo asignaturas relacionadas con enfermería del niño y adolescente, adulto y adulto mayor, enfermería comunitaria, farmacología e investigación científica basada en la evidencia. Ha ejecutado proyectos de investigación sobre educación sexual en contextos educativos rurales. Sus contribuciones científicas incluyen publicaciones en revistas nacionales e internacionales sobre temas de enfermería clínica, bioética, cuidados críticos y bienestar del personal de salud.



Paucar-Changoluisa, Lourdes María



Universidad Estatal de Bolívar



lpaucar@mailes.ueb.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0003-4388>



Nacida en Quito, Ecuador Lourdes Paucar Changoluisa es Licenciada en Ciencias de la Enfermería y Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencias y Cuidados Intensivos por la Universidad Pontificia Católica del Ecuador, Docente e investigadora de la Universidad Estatal de Bolívar, actualmente coordinadora encargada de la Red de Vinculación e Investigación Formativa en Enfermería (REVIFGE) y docente de las asignaturas de enfermería clínica del adulto y adulto mayor, salud laboral y legislación en enfermería, y proyectos en salud. Con experiencia profesional en hospitales y clínicas privadas en áreas de pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna, cirugía y emergencias, así como en gestión farmacéutica. Ha colaborado en programas comunitarios con organizaciones no gubernamentales, especialmente en atención a poblaciones en movilidad humana. Orienta su labor en la integración de la práctica clínica, la investigación formativa y la gestión del cuidado, con el compromiso de fortalecer la formación académica en enfermería.



Álvarez-Morejón, Estefany Pamela



Universidad de las Américas, Hospital Santa Bárbara, Hospital General Docente de Calderón



estefany.alvarez.morejon@udla.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-2511-5416>



Residente en Quito, Ecuador. Licenciada en Enfermería y Magíster en Enfermería por la Universidad de las Américas, con experiencia en la gestión del cuidado y en la docencia universitaria. Cuenta con diplomados en diversas áreas, entre ellas: docencia superior, ergonomía, seguridad y salud ocupacional. Actualmente se desempeña en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de los Hospitales Santa Bárbara y Docente de Calderón. Asimismo, participa en la formación de nuevas generaciones de profesionales de enfermería como tutora de prácticas formativas de la carrera de enfermería en la Universidad de las Américas.



Chacha-Uto, David Gustavo



Universidad Nacional Mayor de San Marcos



dav.gust_@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0003-0747-6071>



Licenciado en Enfermería, Magíster en Enfermería mención en Cuidados Críticos; Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria; Máster Universitario en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería; Enfermero Analista de Calidad del Hospital General Docente “Calderón”; Miembro del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos CEISH del Hospital General Docente “Calderón”; Docente de la Universidad Central del Ecuador.



Diaz-Rojas, Dayana Mishel



Pontificia Universidad Católica del Ecuador



daymishu30@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0005-3662-5074>



Destacado Profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con una formación académica sólida que incluye licenciatura en Enfermería, actualmente cursando una Maestría en Enfermería con mención en cuidados críticos por la Universidad Iberoamericana del Ecuador. Diplomado en Manejo de Protocolos de Enfermería y su Correcta Aplicación por parte de la Federación Médica Ecuatoriana. Curso de soporte vital Básico (BLS) por la Universidad de las Américas UDLA – Quito.



Lombeida-Lincango, Roswel Alexandra



Hospital Solón Espinosa Ayala



roswellombeida2014@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0009-1569-0431>



Destacada profesional en enfermería residente en Quito, Ecuador, con sólida formación académica que incluye Licenciatura en Enfermería por la Universidad de Las Américas, Máster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Cuidados Intensivos por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y actualmente cursando la Especialidad en Enfermería Oncológica en la Universidad Tecnológica Indoamérica. Posee amplia experiencia en el ámbito asistencial, especialmente en oncología clínica, cuidados intensivos y medicina nuclear. Actualmente se desempeña en el servicio de Oncología del Hospital de SOLCA y ha formado parte de

instituciones como el Hospital Axxis y el Hospital Baca Ortiz, donde consolidó habilidades en cuidado directo, atención especializada y trabajo interdisciplinario. Se distingue por su compromiso con la investigación y la actualización basada en evidencia científica. Cuenta con experiencia en gestión integral del cuidado y acompañamiento humanizado al paciente y su familia en entornos hospitalarios de mediana y alta complejidad.



Miranda-Muñoz, Joseline Valeria



Hospital Solón Espinosa Ayala



joselinevmiranda7@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0005-5477-6466>



Profesional en Enfermería con sólida formación académica y profunda vocación de servicio, graduada en la Universidad Estatal de Bolívar y actualmente cursando la Especialidad en Enfermería Oncológica en la Universidad Tecnológica Indoamérica. Orienta su desarrollo profesional al fortalecimiento del cuidado integral, humanizado y altamente especializado del paciente, con énfasis en la atención oncológica. Cuenta con experiencia en el cuidado directo en áreas de mediana y alta complejidad, incluyendo Unidad de Cuidados Intensivos y Oncología Clínica, lo que le ha permitido consolidar competencias clínicas avanzadas, pensamiento crítico, capacidad de respuesta oportuna y adaptación a entornos de alta exigencia. Se destaca por su desempeño en equipos interdisciplinarios y por la aplicación de prácticas basadas en la evidencia científica. Actualmente se desempeña en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala en el área de Pediatría, donde ha fortalecido sus habilidades en la atención integral del paciente oncológico pediátrico, el acompañamiento y educación a la familia, y el liderazgo dentro del equipo de salud. Promueve una atención segura, empática y centrada en la calidad asistencial, contribuyendo a la mejora continua de los procesos de cuidado.



Gonzabay-Gonzabay, Irene Isabel



Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala



iris_gonzabay@hotmail.com



<https://orcid.org/0009-0000-8111-9238>



Profesional de Enfermería con una trayectoria caracterizada por la formación continua y el compromiso con la calidad del cuidado, inició su camino en el área de la salud como Auxiliar de Enfermería y posteriormente como Técnico Superior en Enfermería, consolidando una sólida experiencia en la atención directa al paciente. Es Licenciada en Enfermería por la Universidad Regional Autónoma de los Andes y posee un Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria por la Universidad Internacional de La Rioja (España), cursa la Especialidad en Enfermería Oncológica en la Universidad Tecnológica Indoamérica. Su experiencia profesional se ha desarrollado en áreas como oncología clínica, medicina nuclear y clínica de heridas. Se desempeña como Enfermera Supervisora en el área de Imagenología del Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala de Quito, promoviendo prácticas seguras y una atención humanizada.

Índice

Reseña de Autores	vi
Índice	xiv
Índice de Tablas.....	xvi
Índice de Figuras	xvii
Introducción	xviii
Capítulo I: Fundamentos de la seguridad del paciente en el Sistema de Salud Ecuatoriano.....	1
1.1. Conceptualización de la seguridad del paciente en los sistemas de salud.	3
1.2. Evolución de la seguridad del paciente a nivel internacional	7
1.3. Marco normativo de la seguridad del paciente en Ecuador	9
1.4. Rol del personal de enfermería en la seguridad del paciente.....	19
Capítulo II: Cultura de Seguridad y Gestión del Riesgo Clínico.....	22
2.1. Cultura de seguridad en establecimientos de salud	24
2.2. Eventos adversos y eventos centinela	26
2.3. Sistemas de notificación y aprendizaje organizacional.....	31
Capítulo III: Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)	36
3.1. Infecciones asociadas a la atención sanitaria	38
3.2. Vigilancia epidemiológica hospitalaria.....	42
3.3. Estrategias de prevención de infecciones	47
Capítulo IV: Seguridad del Paciente en Áreas Críticas.....	54
4.1. Seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos	56
4.2. Seguridad del paciente neonatal.....	61
4.3. Seguridad del paciente oncológico	66

Capítulo V: Gestión, Supervisión y Mejora Continua de la Seguridad del Paciente 71

5.1. Indicadores de calidad y seguridad del paciente 73

5.2. Auditoría clínica y mejora continua 80

5.3. Formación del personal sanitario en seguridad del paciente..... 83

Referencias Bibliográficas..... 90

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales definiciones internacionales de seguridad del paciente.....	6
Tabla 2. Marco constitucional del derecho a la salud y responsabilidad del Estado en el sistema sanitario ecuatoriano	11
Tabla 3. Artículos de la Ley Orgánica de Salud relacionados con calidad de atención y regulación sanitaria	13
Tabla 4. Marco normativo de creación y regulación de la ACESS en el sistema de salud ecuatoriano	15
Tabla 5. Marco normativo relacionado con la calidad y seguridad del paciente en el sistema de salud del Ecuador.....	16
Tabla 6. Componentes estratégicos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) y su relación con la seguridad del paciente	18
Tabla 7. Comparación entre incidentes de seguridad del paciente en la atención sanitaria	29
Tabla 8. Clasificación de eventos adversos en la atención sanitaria.	31
Tabla 9. Datos globales sobre eventos adversos en sistemas de salud.....	35
Tabla 10. Tipos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).....	41
Tabla 11. Clasificación de Spaulding para el reprocesamiento de dispositivos médicos	51
Tabla 12. Prevalencia y tipos de eventos adversos reportados en unidades de cuidados intensivos.....	60
Tabla 13. Principales riesgos en unidades de cuidados intensivos	61
Tabla 14. Indicadores hospitalarios de calidad y seguridad del paciente	79

Índice de Figuras

Figura 1. Seguridad del paciente en los sistemas de salud: interacción entre calidad, gestión del riesgo y mejora continua.	6
Figura 2. Evolución internacional de la seguridad del paciente	9
Figura 3. Rol de enfermería en seguridad	21
Figura 4. Modelo de cultura de seguridad hospitalaria	26
Figura 5. Flujograma de notificación de eventos adversos	33
Figura 6. Sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria	46
Figura 7. Cadena segura de reprocesamiento médico	49
Figura 8. Cadena de prevención de infecciones.....	52
Figura 9. Modelo de seguridad neonatal en hospitales	65
Figura 10. Algoritmo de vigilancia en neutropenia febril	69
Figura 11. Ciclo de mejora continua en hospitales	82
Figura 12. Modelo de capacitación en seguridad del paciente	87

Introducción

La seguridad del paciente se ha consolidado en las últimas décadas como uno de los principios rectores de los sistemas de salud modernos. Más que un conjunto de normas o protocolos técnicos, representa una visión ética y organizacional orientada a garantizar que cada intervención sanitaria —desde un procedimiento sencillo hasta una terapia altamente compleja— se realice bajo condiciones que minimicen los riesgos y protejan la vida de las personas. En los establecimientos de salud, donde convergen múltiples procesos clínicos, decisiones terapéuticas y tecnologías médicas, la seguridad del paciente se convierte en un desafío permanente que exige vigilancia, coordinación interdisciplinaria y una cultura institucional centrada en el cuidado seguro.

En el contexto ecuatoriano, este enfoque adquiere una relevancia particular debido a las transformaciones que experimenta el sistema sanitario en materia de calidad asistencial, regulación y fortalecimiento de los servicios hospitalarios. Las instituciones de salud del país han avanzado progresivamente en la incorporación de estrategias orientadas a la gestión del riesgo clínico, la notificación de eventos adversos y el desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica hospitalaria. Sin embargo, la complejidad de los procesos asistenciales y la creciente demanda de atención hacen necesario profundizar en la comprensión de los factores que influyen en la seguridad del paciente, especialmente en áreas críticas como el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Este libro aborda precisamente esa intersección entre seguridad del paciente y prevención de infecciones en los establecimientos de salud ecuatorianos, integrando fundamentos conceptuales, evidencia científica y experiencias prácticas del ámbito hospitalario. A lo largo de sus capítulos se analizan aspectos esenciales como la cultura de seguridad institucional, los sistemas de notificación y aprendizaje organizacional, la vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención sanitaria, así como los procesos de esterilización, reprocesamiento de dispositivos médicos y prevención de eventos adversos. Asimismo, se profundiza en escenarios clínicos específicos donde la seguridad adquiere una importancia crítica, entre ellos la atención neonatal y el cuidado del

paciente oncológico, poblaciones particularmente vulnerables frente a complicaciones infecciosas.

El propósito central de esta obra es ofrecer una visión integradora que permita comprender la seguridad del paciente no como una responsabilidad aislada de determinados profesionales, sino como un compromiso colectivo que involucra a todo el sistema sanitario. Fortalecer los procesos de formación, mejorar los sistemas de vigilancia y promover una cultura organizacional orientada al aprendizaje a partir de los errores constituyen elementos clave para avanzar hacia servicios de salud más seguros. En este sentido, el libro busca convertirse en una herramienta de reflexión y apoyo para profesionales de la salud, gestores hospitalarios, docentes e investigadores interesados en contribuir al desarrollo de prácticas asistenciales más seguras y humanizadas dentro del sistema de salud ecuatoriano.



**Capítulo I: Fundamentos de la seguridad del paciente
en el Sistema de Salud Ecuatoriano**

Fundamentos de la Seguridad del Paciente en el Sistema de Salud Ecuatoriano

La seguridad del paciente constituye uno de los pilares fundamentales de los sistemas sanitarios contemporáneos; más allá de los protocolos clínicos y de las normas institucionales, representa una forma de entender la atención en salud desde la responsabilidad compartida, la vigilancia permanente y la mejora continua de los procesos asistenciales. En el entorno hospitalario moderno, donde convergen múltiples disciplinas, tecnologías y decisiones clínicas simultáneas, garantizar la seguridad del paciente exige una mirada sistémica que permita anticipar riesgos, reconocer fallos potenciales y fortalecer la coordinación entre los equipos de trabajo.

Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, la seguridad clínica no puede reducirse únicamente al control de eventos adversos. Esto implica comprender cómo interactúan los procesos organizativos, las condiciones laborales del personal sanitario, la cultura institucional y la disponibilidad de recursos. Cada procedimiento médico, cada intervención quirúrgica y cada proceso de diagnóstico se desarrolla dentro de una estructura organizativa que influye de manera directa en la calidad y en la seguridad de la atención. Por ello, los hospitales que aspiran a ofrecer servicios confiables deben integrar la gestión del riesgo como parte natural de su funcionamiento cotidiano.

En este escenario, el análisis de la seguridad clínica requiere observar el sistema hospitalario como un entramado de decisiones, prácticas y responsabilidades que se entrelazan continuamente; frente a esto las fallas que afectan la seguridad del paciente rara vez son el resultado de un único error individual; con mayor frecuencia emergen de pequeñas debilidades acumuladas dentro de los procesos asistenciales. El reconocimiento de esta realidad permite desplazar la atención desde la búsqueda de culpables hacia la identificación de oportunidades de mejora, promoviendo entornos donde el aprendizaje organizacional se convierte en una herramienta clave para prevenir incidentes futuros.

En este capítulo se aproxima a la seguridad del paciente desde una perspectiva analítica orientada a la gestión hospitalaria, explorando los elementos que configuran los entornos clínicos seguros y las estrategias que permiten fortalecerlos. A través de una reflexión estructurada sobre los procesos asistenciales, se busca comprender cómo las instituciones de salud pueden desarrollar sistemas más resilientes, capaces de responder a la complejidad de la atención médica contemporánea sin comprometer el bienestar de quienes depositan en ellas su confianza.

1.1. Conceptualización de la seguridad del paciente en los sistemas de salud.

Hablar de seguridad del paciente implica adentrarse en uno de los principios que actualmente orienta la organización y el funcionamiento de los sistemas sanitarios. En términos generales, este concepto se refiere al conjunto de acciones destinadas a evitar daños innecesarios derivados de la atención en salud, reconociendo que toda práctica clínica conlleva cierto grado de riesgo que debe ser gestionado de manera sistemática. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la seguridad del paciente constituye una dimensión central de la calidad asistencial, ya que busca reducir al mínimo aceptable la probabilidad de que ocurran eventos adversos durante el proceso de atención sanitaria (Astier-Peña et al., 2021; Rocco y Garrido, 2017).

Desde el campo de la enfermería basada en evidencia, esta conceptualización adquiere un matiz particularmente relevante. La práctica clínica cotidiana expone a los pacientes a múltiples intervenciones —administración de medicamentos, procedimientos invasivos, procesos diagnósticos— que requieren altos niveles de precisión y coordinación entre los equipos de salud. La literatura científica ha demostrado que una proporción considerable de los eventos adversos se origina en fallas de comunicación, interrupciones en los procesos asistenciales o deficiencias en los sistemas organizativos más que en errores individuales. Por esta razón, la seguridad del paciente ha comenzado a entenderse como un atributo sistémico que depende de la forma en que se diseñan y supervisan los procesos de atención (De Lima et al., 2023; Kumah, 2025a).

En el contexto latinoamericano, la Organización Panamericana de la Salud ha enfatizado que la seguridad del paciente debe abordarse como una política estructural dentro de los sistemas de salud. No se trata únicamente de prevenir incidentes clínicos aislados, sino de construir entornos asistenciales donde la vigilancia del riesgo, la formación del personal sanitario y la cultura institucional favorezcan prácticas seguras de manera permanente. Esta perspectiva reconoce que la seguridad se fortalece cuando las instituciones promueven el aprendizaje a partir de los errores y desarrollan mecanismos de notificación que permitan analizar los incidentes sin generar dinámicas punitivas (Organización Panamericana para la Salud, 2019; World Health Organization, 2021).

El interés por estudiar los eventos adversos en los hospitales surgió con fuerza a partir de investigaciones epidemiológicas que revelaron la magnitud del problema en los sistemas sanitarios. Diversos estudios han mostrado que una proporción significativa de pacientes hospitalizados puede experimentar algún tipo de daño asociado a la atención recibida, situación que ha impulsado el desarrollo de programas internacionales orientados a fortalecer la seguridad clínica; estos hallazgos llevaron a comprender que la reducción del daño evitable requiere intervenciones organizacionales que aborden la complejidad del sistema hospitalario y no únicamente el desempeño individual de los profesionales (Brennan et al., 2004; Leape et al., 1991; Panagioti et al., 2019; Skelly et al., 2026).

Desde este ángulo contextual, la seguridad del paciente se vincula estrechamente con la gestión del riesgo clínico. En los entornos hospitalarios contemporáneos, la identificación temprana de factores que pueden generar daño —errores de medicación, fallas en la identificación del paciente, infecciones asociadas a la atención sanitaria— constituye una estrategia esencial para fortalecer la calidad asistencial. La investigación en enfermería ha contribuido de manera significativa a este campo al desarrollar herramientas de monitoreo, protocolos de seguridad y prácticas basadas en evidencia que buscan reducir la variabilidad en los cuidados y garantizar intervenciones seguras para los pacientes (Ibrahim et al., 2025; Li et al., 2024; Putra et al., 2025).

Comprender la seguridad del paciente también implica reconocer su relación directa con los procesos de mejora continua dentro de las instituciones sanitarias. Los hospitales que han incorporado enfoques de gestión del riesgo suelen desarrollar sistemas de evaluación permanente que permiten revisar protocolos, analizar incidentes y adaptar los procesos asistenciales en función de la evidencia disponible. Este enfoque transforma la seguridad en una práctica dinámica que evoluciona junto con el conocimiento científico y con las necesidades cambiantes de los sistemas de salud (Endalamaw et al., 2024; Madine et al., 2025).

En este marco conceptual resulta pertinente revisar cómo diferentes organismos internacionales han definido el término “seguridad del paciente”, destacando los matices que cada institución aporta desde su perspectiva técnica y normativa. Para facilitar esta comprensión comparativa se presenta la Tabla 1. Principales definiciones internacionales de seguridad del paciente, la cual sintetiza las formulaciones propuestas por organismos internacionales y permite identificar los enfoques predominantes dentro del campo de la seguridad clínica.

Tabla 1.

Principales definiciones internacionales de seguridad del paciente

Organización	Definición	Año	Enfoque
Organización Mundial de la Salud (OMS)	La seguridad del paciente se define como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”. (World Health Organization, 2009a)	2009	Gestión del riesgo y prevención de daños
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	La seguridad del paciente implica el desarrollo de políticas, sistemas y prácticas destinadas a prevenir eventos adversos y garantizar que la atención sanitaria se brinde de manera segura y de calidad. (Organización Mundial de la Salud, 2023)	2019	Calidad asistencial y fortalecimiento de sistemas de salud
Institute of Medicine – IOM (actual National)	La seguridad del paciente consiste en prevenir daños a los pacientes durante la atención sanitaria mediante el diseño de sistemas que minimicen errores y mejoren	1999	Rediseño de sistemas y prevención de errores

Academy of Medicine)	la calidad del cuidado (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000).		
Joint Commission International (JCI)	La seguridad del paciente se refiere a la prevención de errores y efectos adversos asociados a la atención sanitaria mediante estándares, protocolos y procesos de mejora continua en las organizaciones de salud (Dhingra-Kumar et al., 2021).	2017	Estándares de calidad y mejora continua
Institute for Healthcare Improvement (IHI)	La seguridad del paciente se entiende como el conjunto de prácticas, procesos y culturas organizacionales orientadas a evitar daños prevenibles y mejorar los resultados clínicos (Harris y Russ, 2021).	2020	Cultura de seguridad y mejora organizacional

De manera complementaria, la relación entre seguridad del paciente, calidad asistencial, gestión del riesgo y mejora continua puede comprenderse de forma más clara a través de una representación visual. En ese sentido, se propone incorporar la Figura 1. Infografía conceptual de la seguridad del paciente en los sistemas de salud, que ilustra cómo estos cuatro elementos interactúan dentro de los procesos de atención sanitaria y contribuyen a la construcción de entornos clínicos más seguros.

Figura 1

Seguridad del paciente en los sistemas de salud: interacción entre calidad, gestión del riesgo y mejora continua.



1.2. Evolución de la seguridad del paciente a nivel internacional

La seguridad del paciente no siempre ocupó el lugar central que hoy tiene dentro de los sistemas de salud. Durante gran parte del siglo XX, los errores en la atención sanitaria se percibían como episodios aislados vinculados principalmente al desempeño individual de los profesionales. Con el tiempo, sin embargo, comenzó a consolidarse una mirada distinta, impulsada por investigaciones que evidenciaban que muchos de estos incidentes respondían a fallas estructurales en los procesos asistenciales. La comprensión de la seguridad clínica como un problema sistémico marcó el inicio de un cambio profundo en la forma de analizar la calidad de la atención médica (Schiff y Shojania, 2022).

Un punto de inflexión decisivo ocurrió en 1999 con la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” elaborado por el Institute of Medicine de los Estados Unidos. Este documento reveló que miles de pacientes morían cada año como consecuencia de errores prevenibles en hospitales, cifra que generó un impacto considerable tanto en la comunidad científica como en la opinión pública. Más allá de los números, el informe introdujo una idea que transformaría el enfoque de la seguridad sanitaria: los errores no debían analizarse únicamente desde la perspectiva individual, sino dentro de sistemas complejos donde múltiples factores organizativos interactúan entre sí (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000).

El debate internacional que surgió a partir de ese informe impulsó el desarrollo de políticas globales orientadas a fortalecer la seguridad de los pacientes. En 2004, la Organización Mundial de la Salud promovió la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa destinada a coordinar esfuerzos internacionales, generar conocimiento y fomentar estrategias de prevención del daño asociado a la atención sanitaria. Esta alianza permitió articular programas globales, campañas de sensibilización y herramientas para la gestión del riesgo clínico que posteriormente fueron adoptadas por numerosos sistemas de salud (S. L. J. Donaldson y Fletcher, 2006).

Durante los años siguientes, la seguridad del paciente comenzó a consolidarse como un campo específico dentro de la gestión sanitaria. Diversos organismos

internacionales impulsaron investigaciones, programas de formación y sistemas de reporte de incidentes con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad en hospitales y centros de atención. Este proceso también estuvo acompañado por el desarrollo de marcos conceptuales que buscaban integrar la seguridad clínica dentro de los programas de calidad asistencial, destacando la importancia de la gestión del riesgo, la estandarización de procesos y la mejora continua en los servicios de salud (Cui et al., 2025; Huang et al., 2023).

En 2011 se introdujeron nuevas estrategias globales centradas en áreas críticas de la atención sanitaria, entre ellas la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Estas iniciativas reforzaron la idea de que la seguridad del paciente requiere intervenciones coordinadas a distintos niveles del sistema sanitario. La evidencia acumulada durante esta etapa permitió demostrar que las estrategias de prevención basadas en protocolos, listas de verificación y programas de vigilancia epidemiológica pueden reducir de manera significativa la ocurrencia de eventos adversos en los entornos hospitalarios (World Health Organization, 2011).

El avance de estas iniciativas condujo posteriormente al desarrollo de marcos estratégicos más amplios. En 2017 se impulsaron programas globales orientados a fortalecer la seguridad de la medicación y mejorar la identificación de riesgos clínicos dentro de los procesos asistenciales. Estas acciones reflejan una evolución conceptual importante, ya que la seguridad del paciente dejó de abordarse únicamente como una respuesta a incidentes para convertirse en un componente estructural de la gobernanza sanitaria y de la gestión institucional (L. Donaldson et al., 2017).

Más recientemente, la agenda internacional ha continuado consolidándose con la formulación de estrategias globales orientadas a fortalecer los sistemas de salud resilientes y seguros. En 2021, la Organización Mundial de la Salud presentó un nuevo marco de acción destinado a integrar la seguridad del paciente dentro de las políticas sanitarias, reconociendo que la reducción del daño evitable constituye un elemento clave para mejorar los resultados en salud

y fortalecer la confianza de la población en los servicios sanitarios (Astier-Peña et al., 2021).

Para facilitar la comprensión de este proceso histórico se propone incorporar la Figura 2. Línea de tiempo de la evolución internacional de la seguridad del paciente, en la cual se representen los hitos más relevantes del desarrollo global de este campo. La línea de tiempo debe incluir al menos los años 1999, 2004, 2011, 2017 y 2021, destacando los principales programas e iniciativas internacionales que han contribuido a consolidar la seguridad del paciente como una prioridad estratégica en los sistemas de salud.

Figura 2.

Evolución internacional de la seguridad del paciente



1.3. Marco normativo de la seguridad del paciente en Ecuador

La seguridad del paciente en el Ecuador se encuentra respaldada por un conjunto de disposiciones legales, normativas y políticas públicas que orientan el funcionamiento del sistema sanitario. Estas regulaciones establecen principios, responsabilidades institucionales y mecanismos de control destinados a garantizar que la atención en salud se desarrolle bajo condiciones adecuadas de calidad y seguridad. En el ámbito jurídico ecuatoriano, la protección de la salud de la población se reconoce como un derecho fundamental que obliga al Estado a organizar servicios sanitarios capaces de prevenir riesgos, reducir daños evitables y asegurar estándares adecuados en la prestación de los servicios médicos (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Tabla 2.

Marco constitucional del derecho a la salud y responsabilidad del Estado en el sistema sanitario ecuatoriano

Artículo	Contenido principal	Principios o elementos clave	Implicaciones para la calidad y seguridad en salud
<p>Art. 32 – Derecho a la salud</p>	<p>Establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado y que su realización se relaciona con otros derechos fundamentales como el agua, la alimentación, la educación, el trabajo y la seguridad social. El Estado debe asegurar acceso permanente, oportuno y sin exclusión a servicios de salud.</p>	<p>Equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia y eficacia.</p>	<p>Vincula el derecho a la salud con la obligación estatal de garantizar servicios sanitarios de calidad, lo que fundamenta políticas de seguridad del paciente y mejora continua en la atención sanitaria.</p>
<p>Art. 358 – Finalidad del sistema nacional de salud</p>	<p>Define que el sistema nacional de salud tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud mediante políticas, programas y servicios orientados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la</p>	<p>Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.</p>	<p>Establece el marco funcional del sistema sanitario y orienta las políticas públicas hacia la protección integral de la salud y la mejora de los resultados sanitarios.</p>

<p>Art. 359 – Organización del sistema nacional de salud</p>	<p>salud individual y colectiva.</p> <p>Determina que el sistema nacional de salud debe integrar instituciones, programas y políticas públicas para garantizar la atención sanitaria en todos los niveles.</p>	<p>Integración institucional, coordinación de políticas públicas, acceso equitativo.</p>	<p>Favorece la coordinación entre instituciones sanitarias para asegurar cobertura universal y servicios de salud accesibles y de calidad.</p>
<p>Art. 11 – Responsabilidad del Estado por servicios públicos</p>	<p>Establece que el Estado debe reparar las violaciones de derechos ocasionadas por la falta o deficiencia en la prestación de servicios públicos, incluyendo los servicios de salud.</p>	<p>Responsabilidad estatal, reparación de derechos vulnerados.</p>	<p>Reconoce la responsabilidad del Estado frente a deficiencias o negligencias en la prestación de servicios sanitarios, reforzando la necesidad de sistemas de gestión de calidad y seguridad del paciente.</p>

Nota: Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial No. 449.

Uno de los instrumentos normativos más relevantes es la Ley Orgánica de Salud, que constituye el marco jurídico general para la organización del sistema sanitario ecuatoriano. Esta normativa establece que las instituciones de salud deben garantizar la calidad de los servicios prestados, lo que incluye la implementación de procesos de control, supervisión y evaluación orientados a proteger la integridad de los pacientes. Dentro de su estructura normativa, la ley reconoce la responsabilidad del Estado en la regulación de los establecimientos sanitarios y en la vigilancia de las condiciones bajo las cuales se desarrolla la atención médica en el país (Ley Orgánica de Salud del Ecuador, 2006).

Tabla 3.

Artículos de la Ley Orgánica de Salud relacionados con calidad de atención y regulación sanitaria

Artículo	Tema principal	Contenido relevante	Relación con calidad y regulación sanitaria
Art. 1	Finalidad de la ley	Establece que la ley regula las acciones para garantizar el derecho universal a la salud y se rige por principios como equidad, universalidad, integralidad, participación, calidad y eficiencia.	Define los principios rectores del sistema de salud, incluyendo la calidad como eje fundamental de la prestación de servicios sanitarios. Ley Orgánica de Salud
Art. 2	Aplicación de la ley	Determina que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben cumplir la ley, sus reglamentos y las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional.	Refuerza el marco de regulación sanitaria obligatoria para todas las instituciones del sistema de salud. Ley Orgánica de Salud
Art. 4	Autoridad sanitaria nacional	Define al Ministerio de Salud Pública como la autoridad responsable de ejercer la rectoría del sistema y vigilar el cumplimiento de la ley.	Establece la estructura de gobernanza y control sanitario del sistema de salud ecuatoriano. Ley Orgánica de Salud
Art. 6 (numerales 3, 24 y 25)	Competencias del MSP	Señala que el Ministerio de Salud debe diseñar programas de atención integral y de calidad, regular el funcionamiento de establecimientos de salud y ejecutar procesos de licenciamiento, certificación y acreditación.	Regula directamente los estándares de calidad y habilitación de los servicios de salud. Ley Orgánica de Salud

Art. 7	Derechos de las personas	Reconoce el derecho al acceso universal, equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud , además del derecho a recibir información sobre tratamientos y servicios.	Introduce el enfoque de calidad y derechos del paciente en la atención sanitaria. Ley Orgánica de Salud
Art. 9	Responsabilidades del Estado	Determina que el Estado debe garantizar acceso permanente a servicios de salud de calidad, acceso a medicamentos y recursos humanos suficientes.	Vincula la responsabilidad estatal con la calidad y disponibilidad de servicios sanitarios . Ley Orgánica de Salud
Art. 10	Normas de atención integral	Establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud deben aplicar políticas y programas de atención integral y de calidad en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.	Refuerza la obligación de implementar estándares de calidad en la atención sanitaria . Ley Orgánica de Salud

En este entramado institucional adquiere especial relevancia la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), organismo encargado de supervisar el cumplimiento de las normas sanitarias y de verificar que los establecimientos de salud operen conforme a los estándares establecidos por la autoridad sanitaria nacional. La función de la ACESS no se limita a un control administrativo; también involucra procesos de habilitación, auditoría y seguimiento que buscan garantizar que los servicios sanitarios cumplan con criterios técnicos que protejan la seguridad de los pacientes durante la atención (Decreto Ejecutivo No. 703: Creación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), 2015).

Tabla 4.

Marco normativo de creación y regulación de la ACESS en el sistema de salud ecuatoriano

Norma / Resolución	Año	Contenido principal	Implicaciones para la calidad y regulación sanitaria
Decreto Ejecutivo No. 703 – Creación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)	2015	Establece la creación de la ACESS como organismo técnico adscrito al Ministerio de Salud Pública. Define competencias de regulación, control y vigilancia del sistema sanitario, supervisión de establecimientos de salud y control de empresas de medicina prepagada.	Institucionaliza el sistema de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud, fortaleciendo la supervisión sanitaria y la seguridad del paciente en Ecuador.
Resolución ACESS-2017-0003 – Normativa para habilitación de establecimientos de salud	2017	Define los requisitos para la autorización de funcionamiento de establecimientos sanitarios, incluyendo criterios de infraestructura, equipamiento y condiciones de seguridad en los servicios de salud.	Establece estándares mínimos de calidad y seguridad sanitaria para el funcionamiento de centros de atención médica.
Resolución ACESS-2018-0008 – Regulación para control y supervisión de establecimientos de salud	2018	Regula los procedimientos de inspección sanitaria y el control técnico de los servicios de salud para verificar el cumplimiento de normas sanitarias.	Fortalece los mecanismos de vigilancia sanitaria y control técnico de los servicios de salud públicos y privados.
Resolución ACESS-2020-0005 – Lineamientos para control de servicios de salud y medicina prepagada	2020	Establece lineamientos para la supervisión de empresas de medicina prepagada y mecanismos de control sanitario orientados a proteger a los usuarios del sistema de salud.	Refuerza la protección de los usuarios y la regulación del sector privado de salud, garantizando la calidad y seguridad en la prestación de servicios sanitarios.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), como autoridad sanitaria rectora, desempeña un papel central en la formulación de políticas destinadas a fortalecer la calidad y seguridad de la atención sanitaria. A través de lineamientos técnicos, protocolos clínicos y programas de evaluación institucional, el MSP establece orientaciones que deben ser adoptadas por los establecimientos de salud tanto públicos como privados. Estas directrices permiten uniformar criterios de atención, promover prácticas seguras y fortalecer los mecanismos de vigilancia que contribuyen a reducir los riesgos asociados a los procesos asistenciales

Tabla 5.

Marco normativo relacionado con la calidad y seguridad del paciente en el sistema de salud del Ecuador

Norma	Institución	Alcance	Año
Ley Orgánica de Salud	Asamblea Nacional del Ecuador	Establece el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud, regula la prestación de servicios sanitarios y define principios de calidad, equidad y control sanitario.	2006 (reforma 2022)
Decreto Ejecutivo No. 703 (Creación de ACESS)	Presidencia de la República del Ecuador	Crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, encargada de regular, supervisar y controlar la calidad de los servicios de salud.	2015
Política Nacional de Calidad en Salud	Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Define lineamientos estratégicos para mejorar la calidad de la atención sanitaria y fortalecer la seguridad del paciente en el sistema de salud.	2016
Modelo de Atención Integral en Salud	Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Organiza el modelo de prestación de servicios de salud basado en atención integral,	2012

Normativa para la habilitación de establecimientos de salud

Ministerio de Salud Pública / ACESS

Establece requisitos técnicos, administrativos y sanitarios para la autorización y funcionamiento de establecimientos de salud.

2017

Nota: Elaboración propia con base en normativa sanitaria ecuatoriana vigente.

Dentro de las políticas estructurales del sistema sanitario ecuatoriano destaca también el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), instrumento que organiza la prestación de servicios bajo principios de integralidad, equidad y continuidad del cuidado. Este modelo plantea una visión de la atención sanitaria que trasciende el tratamiento de la enfermedad y se orienta hacia la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la articulación entre los distintos niveles de atención. En este contexto, la seguridad del paciente se integra como un componente transversal que debe estar presente en cada etapa del proceso asistencial, desde la atención primaria hasta los servicios especializados (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

Tabla 6.

Componentes estratégicos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI) y su relación con la seguridad del paciente

Componente del MAIS-FCI	Descripción dentro del modelo	Implicaciones para la calidad de la atención	Contribución a la seguridad del paciente
Atención centrada en la persona, familia y comunidad	El modelo orienta la atención sanitaria hacia las necesidades integrales del individuo considerando su contexto familiar, social y cultural.	Favorece la continuidad del cuidado y la coordinación entre los diferentes niveles de atención.	Reduce riesgos asociados a fragmentación de la atención y mejora la identificación temprana de necesidades de salud.

Enfoque de Atención Primaria de Salud	Prioriza la promoción de la salud, prevención de enfermedades y resolución de problemas de salud en el primer nivel de atención.	Permite intervenciones oportunas y disminuye la presión sobre servicios hospitalarios.	Previene eventos adversos asociados a diagnósticos tardíos o tratamientos inadecuados.
Integralidad de la atención	Integra acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos dentro del sistema sanitario.	Mejora la articulación entre servicios y profesionales de salud.	Disminuye errores derivados de discontinuidad en los procesos asistenciales.
Interculturalidad en la atención sanitaria	Reconoce la diversidad cultural del país e incorpora prácticas de salud culturalmente pertinentes.	Fortalece la comunicación entre profesionales de salud y usuarios del sistema sanitario.	Reduce riesgos derivados de barreras culturales o incomprensión del tratamiento médico.
Participación comunitaria	Promueve la participación activa de la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios de salud.	Incrementa la corresponsabilidad social en la promoción de la salud.	Facilita la detección temprana de riesgos sanitarios y mejora la adherencia a tratamientos.
Redes integradas de servicios de salud	Organiza la prestación de servicios mediante redes que articulan los diferentes niveles de atención.	Optimiza la referencia y contrarreferencia entre establecimientos de salud.	Disminuye errores clínicos asociados a fallas de comunicación entre niveles asistenciales.

Gestión de la calidad en los servicios de salud	El modelo promueve mecanismos de evaluación, supervisión y mejora continua de los servicios sanitarios.	Establece estándares técnicos para garantizar la calidad de la atención.	Fortalece la cultura institucional de seguridad y la prevención de eventos adversos.
---	---	--	--

Nota: Elaboración basada en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013).

La articulación entre estas normas y políticas públicas configura un sistema de regulación sanitaria que busca garantizar condiciones adecuadas para la atención médica. La supervisión de los establecimientos de salud, la estandarización de procedimientos clínicos y la implementación de protocolos técnicos constituyen mecanismos mediante los cuales el Estado procura reducir la ocurrencia de eventos adversos en los servicios sanitarios. Desde una perspectiva jurídica, estas medidas no solo responden a criterios técnicos de calidad, sino también a la obligación institucional de proteger los derechos de los pacientes dentro del sistema de salud.

Resulta importante señalar que el marco normativo ecuatoriano ha ido evolucionando progresivamente para incorporar enfoques más amplios de gestión de la calidad en salud. La regulación sanitaria ya no se limita a la autorización del funcionamiento de los establecimientos, sino que también promueve procesos de mejora continua, evaluación institucional y fortalecimiento de la cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias. Este enfoque reconoce que la protección del paciente depende tanto de la existencia de normas adecuadas como de la capacidad de las instituciones para aplicarlas de manera efectiva en la práctica clínica cotidiana.

La revisión de este marco normativo permite comprender que la seguridad del paciente en el Ecuador se sustenta en un conjunto articulado de leyes, instituciones regulatorias y políticas públicas orientadas a fortalecer la calidad de la atención sanitaria. Este entramado jurídico establece las bases sobre las cuales las instituciones de salud deben organizar sus procesos asistenciales, asegurando que la prestación de servicios se desarrolle bajo principios de

responsabilidad, supervisión técnica y protección efectiva de los derechos de los pacientes.

1.4. Rol del personal de enfermería en la seguridad del paciente

La seguridad del paciente dentro de los sistemas de salud no depende únicamente de protocolos o normativas institucionales; también se construye día a día a través de las prácticas del equipo sanitario que interactúa directamente con los usuarios. En ese escenario, el personal de enfermería ocupa una posición particularmente estratégica. Su presencia continua en los procesos asistenciales les permite observar con mayor proximidad la evolución clínica de los pacientes, detectar cambios sutiles en su estado de salud y actuar oportunamente frente a posibles riesgos. Desde la perspectiva de la educación en salud, esta cercanía con el cuidado cotidiano convierte a la enfermería en un actor clave para promover prácticas seguras y fortalecer la cultura de seguridad dentro de los entornos hospitalarios (Glarcher y Vaismoradi, 2025; Putra et al., 2025).

La promoción de una cultura de seguridad exige, ante todo, liderazgo profesional. En muchos servicios de salud el personal de enfermería asume funciones de coordinación del cuidado, organización de turnos, supervisión de procedimientos y acompañamiento permanente a los pacientes. Estas responsabilidades generan oportunidades para influir positivamente en la forma en que se desarrollan los procesos asistenciales. Cuando el liderazgo se orienta hacia la prevención de errores, el reporte de incidentes y la mejora continua, se fortalecen dinámicas organizacionales que favorecen la seguridad del paciente y el aprendizaje institucional (Mira et al., 2015; Pedroso et al., 2023).

Un elemento fundamental dentro de este proceso es la construcción de una cultura de seguridad. Este concepto se refiere al conjunto de valores, actitudes y comportamientos que orientan la manera en que los profesionales de salud gestionan los riesgos en la atención sanitaria. La cultura de seguridad no se impone únicamente mediante reglamentos; se consolida cuando los equipos clínicos comparten la convicción de que la prevención del daño constituye una responsabilidad colectiva. En ese contexto, la enfermería desempeña un papel esencial al promover prácticas seguras, incentivar la comunicación abierta entre

profesionales y participar activamente en los procesos de mejora del sistema asistencial (Mira et al., 2015; Organización Mundial de la Salud, 2021).

El trabajo interdisciplinario representa otro componente decisivo en la promoción de la seguridad del paciente. La atención sanitaria contemporánea implica la interacción de múltiples profesionales —médicos, enfermeras, terapeutas, farmacéuticos, entre otros— cuyas acciones deben articularse de manera coordinada para evitar errores clínicos. En este entramado colaborativo, el personal de enfermería suele desempeñar un papel integrador, facilitando la comunicación entre los distintos actores del equipo de salud y asegurando la continuidad del cuidado en cada etapa del proceso asistencial. Esta interacción permanente favorece la detección temprana de riesgos y contribuye a prevenir eventos adversos relacionados con fallas de coordinación o transmisión de información (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La vigilancia permanente del paciente constituye una de las prácticas más significativas dentro de la labor de enfermería. A través de la monitorización clínica, la evaluación de signos vitales y la observación continua del estado del paciente, los profesionales de enfermería pueden identificar cambios que podrían anticipar complicaciones o eventos adversos. Este proceso de observación sistemática, acompañado de registros clínicos adecuados y comunicación oportuna con el equipo médico, permite intervenir de forma temprana y mejorar los resultados en salud.

Asimismo, la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria representa una dimensión fundamental del cuidado seguro. Las prácticas de higiene de manos, el manejo adecuado de dispositivos médicos, el cumplimiento de protocolos de esterilización y la vigilancia epidemiológica constituyen acciones cotidianas que requieren un alto nivel de compromiso por parte del personal de enfermería. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que muchas infecciones relacionadas con la atención sanitaria pueden prevenirse mediante la aplicación sistemática de estas medidas, lo que demuestra la relevancia del rol que desempeña la enfermería en la protección de la seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Figura 3.

Rol de enfermería en seguridad





**Capítulo II: Cultura de Seguridad y Gestión del Riesgo
Clínico**

Cultura de Seguridad y Gestión del Riesgo Clínico

Hablar de cultura de seguridad en salud implica mirar más allá de protocolos o normas escritas. En la práctica cotidiana de los servicios sanitarios, la seguridad del paciente se construye a partir de decisiones clínicas, hábitos profesionales y formas de relacionarse dentro de los equipos de trabajo. Cada procedimiento, cada comunicación entre profesionales y cada registro clínico forma parte de un entramado que puede favorecer un cuidado seguro o, por el contrario, abrir espacio a errores evitables. Desde la perspectiva del supervisor clínico, comprender este entramado no es solo un ejercicio técnico, sino una responsabilidad ética que orienta la organización del cuidado.

La gestión del riesgo clínico surge precisamente como una respuesta a esa realidad compleja en la que convergen múltiples factores: procesos asistenciales, tecnología sanitaria, presión laboral, características de los pacientes y condiciones del entorno hospitalario. No se trata únicamente de reaccionar ante los eventos adversos cuando estos ocurren, sino de desarrollar la capacidad institucional de anticiparse a ellos. En este sentido, gestionar el riesgo significa observar los procesos con mirada crítica, identificar puntos vulnerables y promover prácticas que fortalezcan la prevención antes de que el daño llegue a producirse.

Dentro de este escenario, el rol del supervisor clínico adquiere una relevancia estratégica. Su función no se limita a verificar el cumplimiento de normas, sino que implica acompañar a los equipos de salud en la construcción de una práctica reflexiva. Supervisar el cuidado supone escuchar a los profesionales, comprender las dinámicas del servicio, detectar tensiones organizacionales y generar condiciones para que el aprendizaje colectivo sea posible. Cuando la supervisión se orienta a la mejora continua, el error deja de ser únicamente una falla individual y se convierte en una oportunidad para revisar los sistemas de trabajo.

Por ello, la cultura de seguridad no se impone únicamente a través de reglamentos o auditorías. Se consolida cuando los equipos sanitarios desarrollan confianza para comunicar incidentes, cuando el liderazgo promueve el aprendizaje en lugar del castigo y cuando la gestión del cuidado se orienta a

proteger al paciente en cada decisión clínica. En este capítulo se abordará cómo estos elementos se articulan en el ámbito hospitalario y comunitario, analizando la relación entre cultura organizacional, gestión del riesgo clínico y liderazgo profesional en la construcción de entornos asistenciales más seguros.

2.1. Cultura de seguridad en establecimientos de salud

Hablar de cultura de seguridad dentro de los establecimientos de salud implica entrar en el corazón mismo de la organización sanitaria. No se trata únicamente de cumplir normas o seguir protocolos clínicos, sino de comprender cómo piensan, actúan y toman decisiones las personas que forman parte del sistema de atención. En hospitales, centros de salud y clínicas, la seguridad del paciente depende en gran medida de valores compartidos, de actitudes profesionales y de la forma en que los equipos interpretan su responsabilidad frente al cuidado. Cuando una institución logra consolidar una cultura organizacional orientada a la seguridad, el error deja de ocultarse y comienza a analizarse como parte de un proceso de mejora permanente (World Health Organization, 2021).

La cultura organizacional en salud se expresa en pequeños detalles de la vida institucional que muchas veces pasan desapercibidos. Está presente en la forma en que un profesional comunica un incidente, en la disposición de un equipo para revisar sus propios procedimientos o en la apertura de un servicio para discutir situaciones complejas sin temor a sanciones injustificadas. En entornos donde predomina una cultura punitiva, los errores tienden a ocultarse, lo que limita la posibilidad de aprender de ellos. En cambio, cuando la organización promueve confianza y transparencia, los eventos adversos pueden convertirse en oportunidades valiosas para comprender cómo funcionan realmente los procesos asistenciales (Alsobou et al., 2025; Kumah, 2025b).

La construcción de una cultura de seguridad también está estrechamente vinculada con la manera en que las instituciones gestionan el aprendizaje organizacional (Mistri et al., 2023). Los establecimientos de salud enfrentan diariamente situaciones clínicas complejas que generan experiencia acumulada en los equipos de trabajo. Esa experiencia puede perderse si no existen mecanismos formales para analizarla y compartirla. Reuniones de revisión de casos, comités de seguridad del paciente, auditorías clínicas o análisis de

eventos adversos son espacios donde la organización transforma la experiencia en conocimiento útil para mejorar los procesos de atención (da Costa-Brás et al., 2023; Shemsu et al., 2024).

Desde esta perspectiva, el aprendizaje institucional no ocurre de manera espontánea. Requiere liderazgo, compromiso y estructuras que permitan transformar la información clínica en acciones de mejora. Cuando los equipos analizan un incidente, no se busca únicamente identificar quién cometió un error, sino comprender qué condiciones del sistema facilitaron que ese evento ocurriera (Carayon et al., 2006; Clarkson et al., 2018). Falta de comunicación entre profesionales, sobrecarga laboral, procesos mal diseñados o insuficiente capacitación pueden ser factores determinantes. Analizar estas dimensiones permite rediseñar los procesos asistenciales con una mirada preventiva (Carayon et al., 2014; Reason, 2000).

Otro elemento fundamental dentro de la cultura de seguridad hospitalaria es la comunicación abierta entre los miembros del equipo de salud, en entornos clínicos donde la jerarquía es muy rígida, los profesionales más jóvenes o con menor experiencia pueden sentirse inseguros al señalar un posible riesgo en la atención (Alsabri et al., 2022). Sin embargo, la evidencia muestra que los sistemas sanitarios más seguros son aquellos donde cualquier integrante del equipo tiene la confianza suficiente para advertir un problema potencial antes de que afecte al paciente. La seguridad, en este sentido, se construye colectivamente y depende de la interacción constante entre profesionales, disciplinas y niveles de responsabilidad (Komashie et al., 2021).

La cultura de seguridad también se fortalece cuando las instituciones promueven procesos continuos de formación y reflexión sobre la práctica clínica. La capacitación no debe limitarse a la actualización técnica de los profesionales, sino que debe incluir espacios de análisis sobre eventos adversos, gestión del riesgo y mejora de los procesos asistenciales (Gleeson et al., 2023). Cuando la formación se integra con la experiencia cotidiana del trabajo clínico, los equipos comienzan a desarrollar una mirada crítica que permite anticipar riesgos antes de que se conviertan en incidentes reales (Ali et al., 2025; Kim et al., 2025).

En este contexto, resulta útil comprender la cultura de seguridad hospitalaria como un sistema dinámico donde interactúan liderazgo, aprendizaje organizacional, comunicación y compromiso profesional. Ninguno de estos elementos funciona de manera aislada. La seguridad del paciente emerge cuando la organización logra articular estos componentes dentro de su funcionamiento cotidiano. Para facilitar la comprensión de esta interacción, se presenta el Modelo de cultura de seguridad hospitalaria (Figura 4), el cual integra los principales factores que influyen en la construcción de entornos asistenciales seguros dentro de los establecimientos de salud.

Figura 4.

Modelo de cultura de seguridad hospitalaria.



2.2. Eventos adversos y eventos centinela

En el ámbito de la atención sanitaria, hablar de eventos adversos implica reconocer que el cuidado clínico, aun cuando se desarrolla con rigor profesional, nunca está completamente libre de riesgos; los sistemas de salud son entornos complejos donde intervienen múltiples procesos simultáneos: decisiones clínicas, tecnologías médicas, comunicación entre profesionales y condiciones organizacionales que cambian constantemente. En ese contexto, un evento adverso se entiende como un daño no intencional que ocurre durante la atención sanitaria y que no está relacionado con la evolución natural de la enfermedad del paciente. Reconocer estos eventos no busca cuestionar el compromiso de los

profesionales, sino comprender cómo los sistemas de atención pueden fallar y qué oportunidades existen para fortalecer la seguridad del paciente.

En muchos establecimientos de salud, los eventos adversos suelen ser el punto de partida para reflexionar sobre la seguridad clínica. Cuando un paciente experimenta una complicación inesperada asociada a la atención, la institución tiene la responsabilidad de analizar lo ocurrido con una mirada amplia, evitando interpretaciones simplistas centradas únicamente en la actuación individual. La evidencia acumulada en seguridad del paciente ha demostrado que la mayoría de estos eventos se originan en fallas del sistema: procesos poco claros, deficiencias en la comunicación, protocolos insuficientemente difundidos o condiciones de trabajo que favorecen errores humanos. Comprender esta perspectiva sistémica permite transformar un incidente clínico en una fuente de aprendizaje organizacional (Carayon et al., 2014; Kleymenova et al., 2022).

Dentro de este marco conceptual aparecen los llamados eventos centinela, una categoría particularmente sensible en la gestión del riesgo clínico. Se trata de incidentes graves que producen consecuencias severas para el paciente, como muerte inesperada, daño permanente o situaciones que comprometen seriamente la seguridad durante la atención. Estos eventos reciben el nombre de centinela porque funcionan como una señal de alerta que obliga a la institución a revisar profundamente sus procesos. Cuando ocurre un evento de esta naturaleza, no basta con documentarlo; es necesario activar mecanismos formales de investigación que permitan identificar causas raíz y prevenir que vuelva a repetirse (Joint Commission, 2024; ScienceDirect Topics, 2001).

La diferencia entre eventos adversos y eventos centinela no radica únicamente en la gravedad del daño, sino también en el nivel de respuesta institucional que requieren. Mientras muchos eventos adversos pueden resolverse mediante ajustes operativos o mejoras en los procedimientos clínicos, los eventos centinela demandan un análisis estructurado que involucra a distintos niveles de la organización (Briner et al., 2010). En estos casos, la gestión del riesgo clínico se convierte en una herramienta fundamental para comprender cómo interactúan los factores humanos, tecnológicos y organizacionales dentro del sistema de atención (La Russa y Ferracuti, 2022; Vincent et al., 1998).

Un aspecto especialmente relevante en la gestión de estos eventos es la cultura institucional que rodea su notificación. En organizaciones donde los profesionales temen sanciones o juicios prematuros, los incidentes tienden a ocultarse o a registrarse de manera incompleta. Esta situación limita seriamente la posibilidad de aprender de lo ocurrido. Por el contrario, cuando los establecimientos de salud promueven sistemas de notificación seguros y confidenciales, los equipos clínicos participan activamente en la identificación de riesgos. Este cambio cultural permite construir bases de datos institucionales que posteriormente pueden analizarse para detectar patrones y prevenir incidentes similares en el futuro.

Tabla 7.

Comparación entre incidentes de seguridad del paciente en la atención sanitaria

Tipo de incidente	Definición	Nivel de daño al paciente	Características principales	Ejemplo clínico representativo
Incidente de seguridad del paciente	Evento o circunstancia que podría haber resultado o resultó en daño innecesario para el paciente durante la atención sanitaria.	Puede haber daño o no.	Es el término general utilizado en seguridad del paciente para describir cualquier evento relacionado con riesgos en la atención sanitaria.	Error en la prescripción de un medicamento detectado durante la revisión de la historia clínica.
Near miss (incidente sin daño)	Evento que pudo haber causado daño al paciente pero que fue detectado y corregido antes de que ocurriera el daño.	Sin daño.	Representa una oportunidad de aprendizaje organizacional para identificar fallas del sistema antes de que generen consecuencias clínicas.	Dosis incorrecta de medicamento detectada por el farmacéutico antes de su administración.

<p>Evento adverso</p>	<p>Daño no intencional que ocurre durante la atención sanitaria y que no está relacionado con la evolución natural de la enfermedad del paciente.</p>	<p>Daño leve, moderado o grave.</p>	<p>Puede ocurrir por errores humanos, fallas del sistema o complicaciones relacionadas con procedimientos clínicos.</p>	<p>Infección hospitalaria posterior a un procedimiento invasivo.</p>
<p>Evento adverso prevenible</p>	<p>Evento adverso que se produce como consecuencia de un error en la atención y que podría haberse evitado mediante el cumplimiento adecuado de protocolos o estándares clínicos.</p>	<p>Daño variable (leve a grave).</p>	<p>Se asocia a fallas en procesos clínicos, comunicación deficiente o incumplimiento de normas de seguridad.</p>	<p>Administración de medicamento al paciente equivocado.</p>
<p>Evento centinela</p>	<p>Evento adverso grave que produce muerte, daño permanente o daño temporal severo y que requiere investigación inmediata y análisis de causa raíz.</p>	<p>Daño grave o muerte.</p>	<p>Señala fallas críticas del sistema sanitario y obliga a implementar medidas correctivas para prevenir recurrencias.</p>	<p>Cirugía en el sitio equivocado o suicidio de un paciente hospitalizado.</p>

Nota: Elaboración basada en literatura de seguridad del paciente (Vincent, 1998; Reason, 2000; Briner et al., 2010; World Health Organization, 2021; The Joint Commission, 2024).

Además de su impacto clínico inmediato, los eventos adversos tienen implicaciones importantes para la confianza de los pacientes y para la credibilidad de las instituciones sanitarias. Cuando la población percibe que los

sistemas de salud reconocen sus errores, investigan sus causas y adoptan medidas de mejora, se fortalece la relación entre profesionales y pacientes. Esta transparencia constituye uno de los pilares de los sistemas de seguridad contemporáneos, donde la prioridad no es ocultar las fallas sino aprender de ellas de forma responsable.

Para facilitar la comprensión de estas diferencias y su aplicación en la práctica clínica, se propone la Tabla 8. Clasificación de eventos adversos, en la que se presentan los principales tipos de eventos identificados en la literatura sobre seguridad del paciente, junto con sus definiciones y ejemplos clínicos representativos. Esta tabla permite visualizar cómo distintos incidentes pueden manifestarse dentro de los procesos asistenciales y por qué resulta necesario clasificarlos adecuadamente para orientar las estrategias de prevención y mejora continua dentro de los establecimientos de salud.

Tabla 8.

Clasificación de eventos adversos en la atención sanitaria

Tipo de evento	Definición	Características principales	Ejemplo clínico representativo
Evento adverso	Daño no intencional causado al paciente durante la atención sanitaria que no está relacionado con la evolución natural de su enfermedad.	Puede ocurrir en cualquier fase del proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento, medicación, procedimientos). Su gravedad puede variar desde leve hasta severa.	Reacción adversa grave a un medicamento administrado incorrectamente durante la hospitalización.
Evento adverso prevenible	Evento adverso que ocurre como consecuencia de un error en el proceso de atención y que podría haberse evitado mediante el cumplimiento adecuado de protocolos clínicos o medidas de seguridad.	Se asocia a fallas en procesos clínicos, comunicación deficiente o incumplimiento de procedimientos establecidos.	Administración de un medicamento al paciente equivocado debido a una identificación incorrecta.

Evento adverso no prevenible	Daño asociado a la atención sanitaria que ocurre a pesar de que los procedimientos clínicos se realizaron correctamente y siguiendo los estándares establecidos.	Relacionado con riesgos inherentes a los tratamientos médicos o quirúrgicos.	Complicación inesperada posterior a una cirugía realizada conforme a las guías clínicas.
Incidente sin daño (near miss)	Evento o error que podría haber causado daño al paciente pero que fue detectado y corregido antes de producir consecuencias clínicas.	Representa una oportunidad de aprendizaje organizacional, ya que permite identificar fallas del sistema antes de que generen daño.	Prescripción de una dosis incorrecta detectada por el farmacéutico antes de la administración del medicamento.
Evento centinela	Evento de seguridad del paciente que produce muerte, daño permanente o daño grave y que requiere una investigación inmediata para identificar sus causas y prevenir su recurrencia.	Se consideran eventos críticos que activan mecanismos formales de análisis institucional, como el análisis de causa raíz.	Cirugía realizada en el sitio equivocado o muerte inesperada durante un procedimiento clínico.

Nota: Elaboración basada en literatura sobre seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico (Vincent, 1998; Reason, 2000; Briner et al., 2010; La Russa y Ferracuti, 2022; The Joint Commission, 2024).

2.3. Sistemas de notificación y aprendizaje organizacional

En los establecimientos de salud, los sistemas de notificación de eventos adversos representan uno de los mecanismos más valiosos para comprender lo que realmente ocurre durante la atención clínica (Pham et al., 2013). Muchas veces los procesos asistenciales se diseñan sobre el papel con una lógica clara, pero la práctica cotidiana revela situaciones que no siempre fueron previstas: interrupciones en los procedimientos, fallas de comunicación entre profesionales, errores en la medicación o dificultades en la coordinación del cuidado. Los sistemas de reporte permiten que estas situaciones sean

registradas y analizadas, convirtiendo la experiencia diaria de los equipos de salud en información útil para fortalecer la seguridad del paciente (Fekadu et al., 2025).

La notificación de eventos adversos no debe entenderse únicamente como un procedimiento administrativo; en realidad, constituye una herramienta que conecta la experiencia clínica con los procesos de aprendizaje institucional (Kumah et al., 2024). Cada incidente reportado abre la posibilidad de revisar cómo funcionan los protocolos, cómo circula la información dentro del equipo y qué condiciones organizacionales influyen en el cuidado. Cuando la institución analiza estos reportes con una mirada sistémica, el conocimiento generado se convierte en una base sólida para rediseñar procesos asistenciales y reducir riesgos futuros (Shemsu et al., 2024).

Sin embargo, para que estos sistemas funcionen de manera efectiva es necesario que los profesionales confíen en ellos; para estos entornos, donde la notificación se asocia con sanciones o cuestionamientos personales, es frecuente que muchos incidentes nunca lleguen a registrarse. La experiencia internacional ha demostrado que los sistemas más exitosos son aquellos que promueven una cultura de reporte abierto, confidencial y orientado al aprendizaje. En estos contextos, el profesional entiende que informar un incidente no significa admitir una falla individual, sino contribuir activamente a mejorar la seguridad del sistema (Alsobou et al., 2025; Kumah et al., 2024).

La información generada por los sistemas de notificación adquiere un valor aún mayor cuando se integra a procesos formales de análisis institucional. A partir de los reportes, los equipos de seguridad del paciente pueden identificar tendencias, detectar áreas críticas dentro de los servicios clínicos y establecer prioridades de intervención. El proceso transforma datos aparentemente aislados en conocimiento organizacional, lo que permite anticipar problemas antes de que se conviertan en eventos graves. Para este plano el aprendizaje institucional no surge únicamente de la experiencia, sino de la capacidad de la organización para analizarla de manera estructurada.

Los datos internacionales muestran con claridad la magnitud del desafío. Diversos informes globales han señalado que una proporción importante de los

eventos adversos en los sistemas sanitarios podrían prevenirse mediante mejoras en la organización de la atención, la comunicación clínica y la gestión del riesgo.

Los resultados del metaanálisis realizado por Panagioti et al. (2019) evidencian que el daño asociado a la atención sanitaria continúa siendo un problema significativo a nivel mundial. Tras analizar múltiples estudios desarrollados en distintos entornos asistenciales, los autores estimaron que aproximadamente el 12 % de los pacientes experimenta algún tipo de daño durante su atención médica, proporción que coincide con la estimación frecuentemente citada de que alrededor de uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre un evento adverso. Además, el análisis reveló que cerca de la mitad de estos eventos podrían prevenirse, lo que sugiere que muchos de los incidentes se originan en fallas de los procesos asistenciales, deficiencias en la comunicación clínica o debilidades en los sistemas de gestión del riesgo.

Con el fin de comprender cómo circula la información dentro de estos sistemas, en este capítulo se propone el Flujograma de notificación de eventos adversos (Figura 5), donde se representa el recorrido habitual que sigue un incidente desde el momento en que ocurre hasta su análisis institucional y la implementación de acciones de mejora. Este tipo de representación permite visualizar el papel de los distintos actores del sistema de salud —profesionales clínicos, comités de seguridad del paciente, equipos de gestión— y cómo cada uno contribuye a transformar un incidente clínico en una oportunidad de aprendizaje organizacional.

Figura 5.

Flujograma de notificación de eventos adversos



Para complementar esta comprensión, se sugiere incluir una Tabla 9. Datos globales sobre eventos adversos en sistemas de salud, donde se presenten indicadores internacionales ampliamente citados en la literatura de seguridad del paciente. Entre ellos pueden incorporarse estimaciones globales sobre la frecuencia de eventos adversos en hospitales, el porcentaje de incidentes prevenibles y la proporción de eventos asociados a errores de medicación, infecciones asociadas a la atención sanitaria u otros procesos clínicos críticos.

Tabla 9.

Datos globales sobre eventos adversos en sistemas de salud

Indicador global de seguridad del paciente	Estimación reportada	Interpretación para los sistemas de salud
Pacientes que sufren daño durante la atención sanitaria	Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes hospitalizados experimenta algún tipo de evento adverso	Los eventos adversos constituyen un problema significativo de salud pública y reflejan la necesidad de fortalecer los sistemas de seguridad del paciente La mejora de procesos clínicos, comunicación y gestión del riesgo podría reducir significativamente el daño prevenible
Proporción de eventos adversos prevenibles	Entre 40 % y 50 % de los eventos adversos podrían evitarse	Los sistemas de notificación permiten identificar fallas en prescripción, dispensación y administración de medicamentos
Eventos adversos asociados a errores de medicación	Los errores de medicación representan una de las principales causas de daño prevenible en los sistemas de salud	Las infecciones hospitalarias representan uno de los eventos adversos más frecuentes en hospitales
Infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)	Aproximadamente 7 % de pacientes en países desarrollados y hasta 15 % en países en desarrollo adquieren infecciones durante la atención sanitaria	La implementación de listas de verificación y protocolos de seguridad reduce significativamente estos eventos
Eventos adversos en procedimientos quirúrgicos	Cerca del 25 % de las complicaciones quirúrgicas se asocian a problemas de seguridad del paciente	

Impacto global del
daño asociado a la
atención

Millones de pacientes sufren
daños prevenibles cada año en
hospitales

La seguridad del paciente es
considerada una prioridad
internacional en las políticas de
salud

Nota: Elaboración basada en informes globales de seguridad del paciente y revisiones sistemáticas (World Health Organization, 2023; Panagioti et al., 2019; WHO, 2017).



Capítulo III: Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

La seguridad del paciente no puede comprenderse plenamente sin abordar el desafío permanente que representan las infecciones asociadas a la atención de salud. En cualquier entorno asistencial —desde hospitales de alta complejidad hasta centros de atención primaria— los procedimientos clínicos implican inevitablemente una interacción constante entre pacientes, profesionales, dispositivos médicos y superficies del entorno. Ese encuentro, que permite diagnosticar, tratar y aliviar enfermedades, también crea condiciones propicias para la transmisión de microorganismos si no se establecen barreras de prevención sólidas. Por ello, el control de infecciones se ha convertido en uno de los pilares más sensibles del cuidado sanitario, ya que su eficacia depende tanto del conocimiento técnico como de la coherencia cotidiana en las prácticas del equipo de salud.

Hablar de infecciones asociadas a la atención no significa únicamente identificar bacterias o virus presentes en un hospital. Detrás de cada episodio existe una cadena compleja de factores: decisiones clínicas, hábitos profesionales, organización del trabajo, disponibilidad de insumos y cultura institucional. En muchas ocasiones, pequeños detalles aparentemente rutinarios —como la higiene de manos en momentos críticos, el manejo adecuado de dispositivos invasivos o la correcta desinfección de equipos— determinan si un proceso de atención se mantiene seguro o si se abre una puerta silenciosa a la infección. Comprender esta dinámica permite mirar la prevención desde una perspectiva más amplia, donde la vigilancia microbiológica se complementa con la gestión del riesgo, la educación continua y el compromiso colectivo de quienes participan en el cuidado.

Este capítulo propone explorar el control de las infecciones asociadas a la atención de salud como un sistema vivo dentro de las instituciones sanitarias. Más allá de los protocolos escritos, la prevención efectiva surge cuando los equipos clínicos integran el pensamiento preventivo en cada decisión asistencial. Desde la organización de los servicios hasta la interacción directa con el paciente, cada etapa del proceso de atención ofrece oportunidades para reducir

riesgos. Analizar estas prácticas, comprender cómo se producen las infecciones y reconocer las estrategias que permiten evitarlas constituye el punto de partida para fortalecer una atención más segura, responsable y consciente del impacto que cada acción clínica puede tener sobre la salud de las personas.

3.1. Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria, conocidas internacionalmente como IAAS, constituyen uno de los problemas más persistentes dentro de los sistemas de salud contemporáneos. Surgen cuando un paciente adquiere una infección durante el proceso de atención clínica que no estaba presente ni en incubación al momento de su ingreso al establecimiento sanitario. Este fenómeno no responde a un único factor, sino a la convergencia de múltiples elementos que interactúan en el entorno hospitalario: procedimientos invasivos, exposición a microorganismos resistentes, vulnerabilidad del paciente y dinámicas propias del trabajo asistencial. Comprender esta interacción resulta fundamental para dimensionar por qué el control de infecciones no puede limitarse únicamente a protocolos escritos, sino que requiere una vigilancia constante de los procesos clínicos.

En la práctica hospitalaria, las IAAS aparecen con mayor frecuencia en contextos donde los pacientes se encuentran en condiciones de salud delicadas o requieren intervenciones complejas. Las unidades de cuidados intensivos, por ejemplo, concentran una alta proporción de estos eventos debido al uso frecuente de ventilación mecánica, catéteres intravasculares y sondas urinarias. Cada uno de estos dispositivos, aunque imprescindible para el tratamiento, introduce una vía potencial de entrada para microorganismos. De esta manera, los mismos recursos que permiten salvar vidas pueden convertirse, si no se manejan adecuadamente, en puntos críticos de transmisión infecciosa.

Otro aspecto que suele pasar desapercibido es la relación entre la duración de la hospitalización y el riesgo de infección. A medida que un paciente permanece más tiempo en un establecimiento sanitario, aumenta su exposición al ambiente hospitalario y al microbiota presente en él. Los hospitales albergan microorganismos con características particulares, muchos de ellos adaptados a sobrevivir en superficies, equipos médicos o incluso en las manos del personal

sanitario si las medidas de higiene no se aplican de forma rigurosa. Esta realidad explica por qué la prevención de IAAS exige una atención permanente a prácticas tan cotidianas como la higiene de manos, la limpieza ambiental y la esterilización de materiales.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria no afectan únicamente a los pacientes. También generan consecuencias importantes para los sistemas de salud. Prolongan los tiempos de hospitalización, incrementan el uso de antibióticos, elevan los costos de atención y, en casos más graves, pueden derivar en complicaciones severas o en mortalidad evitable. Por esta razón, organismos internacionales han insistido en que la prevención de IAAS debe entenderse como una prioridad estratégica dentro de la gestión sanitaria.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) continúan siendo uno de los eventos adversos más frecuentes dentro de los sistemas de salud a nivel mundial. El Global Report on Infection Prevention and Control (2024) señala que estas infecciones afectan diariamente a pacientes, profesionales sanitarios y sistemas de salud, generando un impacto considerable en términos de morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios. En promedio, 7 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de altos ingresos y hasta 15 de cada 100 en países de ingresos bajos y medios adquieren al menos una infección asociada a la atención sanitaria durante su estancia hospitalaria, lo que refleja importantes desigualdades en la seguridad de la atención entre distintos contextos sanitarios.

En América Latina, la situación presenta desafíos adicionales vinculados a la disponibilidad de recursos, la infraestructura hospitalaria y la formación continua del personal sanitario. Aunque muchos países han avanzado en la implementación de programas de control de infecciones, todavía persisten brechas en la vigilancia epidemiológica y en la estandarización de prácticas preventivas. En este contexto, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia hospitalaria se vuelve un componente esencial para identificar patrones de infección y orientar estrategias de control más efectivas.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) continúan representando uno de los principales desafíos de seguridad del paciente a nivel mundial, debido a su elevada prevalencia, impacto en la mortalidad hospitalaria

y aumento significativo de los costos del sistema sanitario. En la Región de las Américas, los sistemas de vigilancia epidemiológica han fortalecido la recopilación de datos sobre IAAS mediante redes hospitalarias y protocolos estandarizados que permiten monitorear la incidencia, identificar brotes y orientar estrategias de prevención basadas en evidencia, particularmente en unidades de cuidados intensivos donde el riesgo de transmisión es mayor (Pan American Health Organization, 2024).

En este contexto, la evidencia reciente subraya que el personal de enfermería desempeña un papel clave en la vigilancia epidemiológica hospitalaria, dado su contacto permanente con los pacientes y su participación directa en la detección temprana de eventos infecciosos, la aplicación de protocolos de control y la implementación de estrategias preventivas multimodales. Diversos estudios señalan que las intervenciones lideradas por enfermería, junto con la aplicación de bundles de prevención y programas educativos, pueden reducir de forma significativa la incidencia de infecciones intrahospitalarias, con disminuciones que oscilan entre el 15 % y el 60 % según el tipo de intervención y el contexto clínico (Ortiz et al., 2026).

Desde una perspectiva clínica, las IAAS pueden clasificarse según el sitio anatómico donde se manifiestan o el procedimiento médico asociado a su aparición. Entre las más frecuentes se encuentran las infecciones del tracto urinario relacionadas con catéteres, las neumonías asociadas a ventilación mecánica, las infecciones del torrente sanguíneo vinculadas a catéteres intravasculares y las infecciones del sitio quirúrgico. Cada una de estas categorías presenta mecanismos de transmisión particulares, microorganismos predominantes y áreas hospitalarias donde su aparición es más probable. Comprender estas diferencias permite diseñar intervenciones preventivas específicas para cada contexto clínico.

En este sentido, la identificación de los microorganismos más comúnmente implicados en las IAAS también resulta relevante. Bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* o *Pseudomonas aeruginosa* se encuentran entre los agentes más frecuentemente reportados en entornos hospitalarios. Muchos de estos patógenos han

desarrollado mecanismos de resistencia antimicrobiana, lo que complica el tratamiento y aumenta la importancia de las medidas de prevención. La vigilancia microbiológica, por tanto, no solo permite identificar brotes, sino también anticipar tendencias relacionadas con la resistencia bacteriana.

Para facilitar la comprensión de los principales tipos de infecciones asociadas a la atención sanitaria, se recomienda incluir una tabla comparativa que sintetice

Tabla 10.

Tipos de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

Tipo de IAAS	Microorganismo frecuente	Área hospitalaria donde se presenta con mayor frecuencia
Infección urinaria asociada a catéter (ITU-AC)	<i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Enterococcus spp.</i>	Unidades de hospitalización, cuidados intensivos, geriatría
Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), áreas de terapia respiratoria
Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central (ITS-CVC)	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> , <i>Candida spp.</i>	Unidades de cuidados intensivos, áreas críticas, hemodiálisis
Infección del sitio quirúrgico (ISQ)	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Enterobacter spp.</i>	Quirófanos, recuperación postquirúrgica, hospitalización quirúrgica
Infecciones gastrointestinales asociadas a antibióticos	<i>Clostridioides difficile</i>	Hospitalización general, unidades de larga estancia
Infecciones respiratorias nosocomiales no asociadas a ventilación	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>	Servicios de medicina interna, hospitalización general
Infecciones cutáneas y de tejidos blandos asociadas a procedimientos	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i>	Áreas quirúrgicas, unidades de procedimientos invasivos

Nota. Esta tabla sintetiza los tipos de infecciones asociadas a la atención sanitaria más reportadas en los sistemas de vigilancia hospitalaria.

Entender las IAAS desde esta mirada integral permite reconocer que su prevención depende tanto de la disciplina clínica individual como de la

organización institucional del cuidado. Cuando los hospitales desarrollan programas sólidos de control de infecciones, promueven una cultura de seguridad que se refleja en prácticas más seguras, una vigilancia más efectiva y una mayor conciencia del impacto que cada acción asistencial puede tener en la salud del paciente.

3.2. Vigilancia epidemiológica hospitalaria

La vigilancia epidemiológica hospitalaria constituye uno de los instrumentos más valiosos para comprender cómo se comportan las infecciones dentro de los establecimientos de salud. En el contexto hospitalario, la vigilancia no se limita a registrar datos de forma rutinaria; implica observar con atención lo que ocurre en los procesos asistenciales, identificar patrones de riesgo y transformar la información obtenida en acciones concretas de prevención. Cuando un hospital desarrolla un sistema de vigilancia sólido, el equipo clínico puede anticiparse a los problemas en lugar de reaccionar únicamente cuando las infecciones ya se han manifestado.

En la práctica cotidiana, la vigilancia epidemiológica funciona como una red de observación permanente que conecta múltiples áreas del hospital. Los servicios clínicos, los laboratorios de microbiología, los comités de control de infecciones y los equipos de enfermería aportan información que, al integrarse, permite detectar tendencias o comportamientos inusuales. Un incremento inesperado de infecciones en una unidad específica, por ejemplo, puede alertar sobre fallas en los procesos de esterilización, problemas en la higiene de manos o deficiencias en el manejo de dispositivos médicos. La vigilancia, por tanto, no solo identifica eventos, también permite comprender el contexto en el que estos ocurren.

Un aspecto central de estos sistemas es la medición de indicadores epidemiológicos que reflejen la magnitud real del problema. Entre los más utilizados se encuentran las tasas de infecciones asociadas a dispositivos, como las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central, la neumonía asociada a ventilación mecánica o las infecciones urinarias relacionadas con sondas vesicales. Estos indicadores se expresan generalmente como número de infecciones por cada mil días de uso del dispositivo, lo que permite comparar resultados entre servicios hospitalarios o

incluso entre diferentes instituciones sanitarias. La utilidad de esta métrica se evidencia claramente en estudios de vigilancia realizados en unidades de cuidados intensivos, donde la exposición a dispositivos invasivos constituye uno de los principales determinantes del riesgo infeccioso. En un estudio prospectivo realizado en cuatro UCI adultas, se registraron 20,5 eventos asociados a ventilación mecánica por cada 1000 días-ventilador, 8,6 infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central por cada 1000 días-catéter y 2,5 infecciones urinarias por cada 1000 días-sonda, evidenciando la elevada carga epidemiológica vinculada al uso de dispositivos invasivos (Kafazi et al., 2025).

Resultados similares han sido reportados en sistemas de vigilancia hospitalaria de gran escala, donde el análisis de más de 121 000 días-paciente permitió identificar tasas de 10,6 infecciones CLABSI, 13,4 neumonías asociadas a ventilación mecánica y 2,1 infecciones urinarias asociadas a catéter por cada 1000 días-dispositivo, lo que confirma la estrecha relación entre el tiempo de exposición al dispositivo y el incremento del riesgo de infección (Lohiya y Deotale, 2023). Más allá de la incidencia, estos eventos tienen profundas repercusiones clínicas y organizacionales: los pacientes que desarrollan infecciones asociadas a dispositivos pueden experimentar estancias hospitalarias prolongadas —en algunos casos superiores a 18 días adicionales— y una mortalidad hasta un 20 % mayor en comparación con pacientes sin estas infecciones, lo que refleja el enorme impacto que las IAAS tienen en la seguridad del paciente, el uso de recursos hospitalarios y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Los datos generados a través de los sistemas de vigilancia epidemiológica permiten comprender con mayor precisión la magnitud y el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) dentro de los entornos hospitalarios. La evidencia internacional demuestra que estas infecciones constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes relacionados con la prestación de servicios de salud y representan un desafío permanente para la seguridad del paciente. A nivel global, se estima que aproximadamente 7 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de altos ingresos y hasta 15 de cada 100 en países de ingresos bajos y medianos adquieren al menos una infección asociada a la atención sanitaria durante su estancia hospitalaria, lo que

evidencia profundas desigualdades en la capacidad de prevención y control de infecciones entre los distintos sistemas sanitarios (World Health Organization, 2024).

La carga epidemiológica se incrementa de forma considerable en las unidades de cuidados intensivos, donde los pacientes presentan mayor gravedad clínica, inmunosupresión y exposición frecuente a dispositivos invasivos como catéteres venosos centrales, ventilación mecánica o sondas urinarias. En estos entornos críticos, el informe global de la Organización Mundial de la Salud señala que hasta cerca de un tercio de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos puede verse afectado por infecciones asociadas a la atención sanitaria, con una incidencia que puede ser entre dos y veinte veces mayor en países de ingresos bajos y medianos en comparación con los de altos ingresos (World Health Organization, 2024).

Más allá de su frecuencia, el impacto clínico y epidemiológico de estas infecciones resulta particularmente preocupante debido a su estrecha relación con la sepsis y la resistencia antimicrobiana. De acuerdo con estimaciones globales recientes, alrededor del 23,6 % de los casos de sepsis tratados en hospitales están asociados a infecciones adquiridas durante la atención sanitaria, proporción que aumenta hasta casi el 50 % de los episodios de sepsis con disfunción orgánica en unidades de cuidados intensivos. Estas cifras reflejan la magnitud del problema y explican por qué las IAAS continúan siendo consideradas una de las principales amenazas para la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los sistemas de salud contemporáneos (World Health Organization, 2024).

En América Latina, los sistemas de vigilancia epidemiológica hospitalaria han permitido comprender con mayor precisión la magnitud y los patrones de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, revelando tanto los progresos alcanzados en control de infecciones como las brechas que aún persisten en muchos sistemas de salud. Estudios realizados en hospitales de la región muestran que estas infecciones continúan representando una carga significativa de morbilidad hospitalaria, especialmente en instituciones de alta complejidad donde la utilización de procedimientos invasivos es frecuente. En un hospital

terciario colombiano, por ejemplo, el análisis de casos de IAAS registrados entre 2018 y 2020 identificó 504 episodios de infección hospitalaria, con una tasa global de 2,55 infecciones por cada 1000 días-paciente, destacándose la bacteriemia —frecuentemente asociada al uso de catéter venoso central— como uno de los eventos más relevantes y con una mortalidad cercana al 13 % a los 30 días en los pacientes afectados (Wintaco et al., 2024).

Dentro de las unidades de cuidados intensivos, donde convergen factores como la gravedad clínica de los pacientes, la inmunosupresión y la exposición prolongada a dispositivos médicos, las tasas de infección suelen ser aún más elevadas. La literatura regional describe que la neumonía asociada a ventilación mecánica puede oscilar entre 10 y 20 casos por cada mil días de ventilación, mientras que las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central se sitúan aproximadamente entre 3 y 8 casos por cada mil días de uso del dispositivo, indicadores que reflejan la estrecha relación entre la complejidad de la atención crítica y el riesgo de eventos infecciosos nosocomiales (Chávez-Tierra et al., 2025; Wintaco et al., 2024).

La evidencia regional también señala que el tiempo de hospitalización constituye un factor determinante en la aparición de estas infecciones. Investigaciones desarrolladas en unidades de cuidados intensivos latinoamericanas han demostrado una correlación positiva significativa entre la duración de la estancia hospitalaria y la aparición de IAAS, lo que sugiere que la exposición prolongada al entorno hospitalario incrementa la probabilidad de colonización por microorganismos oportunistas y resistentes a antimicrobianos (Chávez-Tierra et al., 2025).

Más allá de las cifras, la vigilancia epidemiológica adquiere verdadero valor cuando la información recopilada se convierte en conocimiento útil para la toma de decisiones. Un sistema de vigilancia eficaz no se limita a elaborar reportes estadísticos; su función es alimentar procesos de mejora continua dentro del hospital. Cuando los datos son analizados de manera sistemática y compartidos con los equipos clínicos, se generan oportunidades para revisar protocolos, fortalecer prácticas preventivas y promover una cultura institucional orientada al aprendizaje.

Para comprender de forma integral cómo funciona este proceso dentro de los establecimientos de salud, se recomienda incorporar un esquema visual que represente la estructura del sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria.

Figura 6.

Sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria



Cuando estos sistemas se implementan de manera consistente, la vigilancia epidemiológica deja de ser una tarea administrativa para convertirse en una herramienta estratégica de seguridad del paciente. Su verdadero potencial reside en la capacidad de transformar datos en aprendizaje organizacional, fortaleciendo así la prevención de infecciones y contribuyendo a una atención sanitaria más segura y responsable.

3.3. Estrategias de prevención de infecciones

La prevención de infecciones dentro de los establecimientos de salud se construye a partir de una lógica sencilla pero profundamente exigente: interrumpir las rutas de transmisión de los microorganismos antes de que logren afectar al paciente. Aunque esta idea puede parecer evidente, en la práctica implica coordinar múltiples acciones que se desarrollan simultáneamente en diferentes niveles de la atención sanitaria. Cada interacción clínica, cada procedimiento, cada contacto con el entorno hospitalario representa una oportunidad para prevenir o, en el peor de los casos, facilitar la transmisión de agentes infecciosos. Por esta razón, las estrategias de prevención no deben entenderse como acciones aisladas, sino como un sistema articulado de prácticas que se refuerzan mutuamente dentro de la dinámica hospitalaria.

Entre todas las medidas preventivas, la higiene de manos ocupa un lugar central. No se trata únicamente de una recomendación técnica repetida en los protocolos, sino de una práctica que refleja el compromiso cotidiano del personal de salud con la seguridad del paciente. Las manos del equipo sanitario son el principal vehículo de transmisión de microorganismos dentro de los hospitales cuando las medidas de higiene no se aplican de forma adecuada. En cambio, cuando la higiene de manos se integra de manera natural en la rutina clínica — antes y después del contacto con el paciente, tras la manipulación de dispositivos o superficies contaminadas— se convierte en una de las barreras más efectivas para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (Mouajou et al., 2022).

Entre todas las medidas preventivas disponibles para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la higiene de manos ocupa un lugar verdaderamente central. No se trata simplemente de una recomendación técnica repetida en protocolos institucionales, sino de una práctica que refleja el compromiso ético y profesional del personal sanitario con la seguridad del paciente. Las manos del equipo de salud constituyen el principal vehículo de transmisión de microorganismos dentro de los hospitales cuando las medidas de higiene no se aplican de manera rigurosa. La evidencia científica ha demostrado que los patógenos pueden transferirse fácilmente desde las superficies del

entorno o desde un paciente colonizado hacia las manos de los profesionales, persistir en la piel durante minutos u horas y posteriormente transmitirse a otros pacientes si no se realiza una higiene adecuada (World Health Organization, 2009b).

Precisamente para interrumpir esta cadena de transmisión, la Organización Mundial de la Salud desarrolló el modelo de los “Five Moments for Hand Hygiene”, una estrategia conceptual que identifica los momentos críticos en los que la higiene de manos resulta esencial durante la atención clínica: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente. Este enfoque busca integrar la higiene de manos en el flujo natural del trabajo clínico, situándola exactamente en el punto de atención donde convergen el profesional, el paciente y el acto asistencial, facilitando así su cumplimiento sistemático (Kraker et al., 2022; World Health Organization, 2009b).

La importancia de esta práctica también ha sido reafirmada por investigaciones contemporáneas. Estudios recientes señalan que la mejora sostenida de la adherencia a la higiene de manos puede reducir de forma significativa la incidencia de infecciones asociadas a dispositivos invasivos y otras infecciones hospitalarias, especialmente en unidades de cuidados intensivos donde el riesgo de transmisión es mayor. Programas multimodales que combinan formación, disponibilidad de soluciones alcohólicas, retroalimentación de indicadores y promoción institucional han demostrado incrementar la adherencia del personal sanitario y disminuir la transmisión cruzada de microorganismos dentro de los hospitales (Glowicz et al., 2023). En consecuencia, cuando la higiene de manos se integra de manera natural en la rutina clínica, antes y después del contacto con el paciente, tras la manipulación de dispositivos o superficies contaminadas. Se convierte en una de las barreras más simples, accesibles y efectivas para proteger la vida de los pacientes y fortalecer la cultura de seguridad en los sistemas de salud.

Más allá de la higiene de manos, otro componente fundamental de la prevención se relaciona con los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de los

instrumentos utilizados durante la atención clínica. Los dispositivos médicos que entran en contacto con tejidos estériles o con el torrente sanguíneo deben someterse a procedimientos rigurosos que garanticen la eliminación completa de microorganismos. Cuando estos procesos se realizan de manera adecuada, el riesgo de transmisión infecciosa disminuye de forma significativa. Sin embargo, cuando existen fallas en la esterilización, los equipos médicos pueden convertirse en vehículos silenciosos de contaminación, afectando a múltiples pacientes sin que el problema sea detectado de inmediato.

Figura 7.

Cadena segura de reprocesamiento médico



La esterilización dentro de los servicios de salud no depende exclusivamente de la disponibilidad de autoclaves o de equipos tecnológicos sofisticados. En realidad, forma parte de un proceso mucho más amplio conocido como ciclo de descontaminación de dispositivos médicos, el cual incluye etapas sucesivas que deben ejecutarse con precisión desde el momento en que el instrumento deja de utilizarse hasta su almacenamiento final. Este proceso implica la recolección y transporte seguro del material contaminado, la limpieza minuciosa para eliminar materia orgánica visible, la inspección del instrumento, su empaquetado adecuado y, posteriormente, la aplicación de métodos de desinfección de alto nivel o esterilización según el tipo de dispositivo. Solo cuando cada una de estas fases se desarrolla correctamente se puede garantizar que el material vuelva a circular en el sistema asistencial sin representar un riesgo para los pacientes.

Además de los procedimientos técnicos, la seguridad del proceso depende de una infraestructura organizativa que muchas veces pasa inadvertida. Los servicios de esterilización requieren áreas claramente diferenciadas entre zonas “sucias” y “limpias”, un flujo unidireccional de trabajo que evite la recontaminación del material y personal debidamente capacitado en el manejo de equipos, productos químicos y controles de calidad. La formación continua del personal resulta esencial, ya que quienes participan en estos procesos deben comprender tanto la estructura de los dispositivos médicos como la interpretación de los indicadores que validan cada ciclo de esterilización (World Health Organization, 2022).

Tabla 11.

Clasificación de Spaulding para el reprocesamiento de dispositivos médicos

Nivel de riesgo del dispositivo	Definición	Método de descontaminación recomendado	Ejemplos de dispositivos
Alto riesgo (crítico)	Dispositivos que penetran tejidos estériles, cavidades corporales o sistema vascular	Esterilización	Instrumentos quirúrgicos, equipos de parto, instrumental odontológico

Riesgo intermedio (semi-crítico)	Dispositivos que entran en contacto con mucosas o piel no intacta	Desinfección de alto nivel	Equipos respiratorios, equipos de anestesia, espéculos vaginales reutilizables, endoscopios
Bajo riesgo (no crítico)	Dispositivos que solo contactan piel intacta	Desinfección de bajo nivel o limpieza con detergente y desinfectante	Tensiómetros, estetoscopios, electrodos de electrocardiograma

En este contexto, la esterilización puede entenderse como el último eslabón de una cadena de seguridad microbiológica que comienza mucho antes del contacto del instrumento con la autoclave. Si los dispositivos no han sido limpiados adecuadamente, la presencia de residuos orgánicos puede impedir la acción del agente esterilizante, permitiendo que algunos microorganismos sobrevivan al proceso. Por ello, organismos internacionales enfatizan que la limpieza constituye una condición previa indispensable para lograr una esterilización efectiva. Cuando cualquiera de estos pasos se omite o se realiza de forma incompleta, el sistema pierde integridad y se incrementa el riesgo de que microorganismos potencialmente resistentes regresen al circuito asistencial y generen infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Otra estrategia relevante en el control de infecciones es el aislamiento de pacientes que presentan enfermedades transmisibles o que portan microorganismos multirresistentes. El aislamiento no debe interpretarse como una medida punitiva ni como una separación social del paciente, sino como un mecanismo de protección colectiva dentro del hospital, al limitar la circulación de microorganismos entre pacientes, profesionales y visitantes, esta medida contribuye a reducir la probabilidad de brotes intrahospitalarios; dependiendo del tipo de agente infeccioso, pueden aplicarse diferentes modalidades de aislamiento, como el aislamiento de contacto, por gotas o por vía aérea (Ling et al., 2018).

La implementación efectiva de estas medidas requiere que todo el personal sanitario comprenda el sentido de las precauciones y participe activamente en su aplicación. No basta con disponer de habitaciones de aislamiento o de equipos de protección personal si estos no se utilizan de forma adecuada. La

educación continua, la señalización clara en las áreas hospitalarias y la supervisión de las prácticas clínicas desempeñan un papel clave para garantizar que las medidas de aislamiento se mantengan en el tiempo. Cuando estas acciones se integran en la cultura institucional del hospital, el aislamiento deja de ser una medida excepcional y pasa a formar parte natural del proceso de atención (Shenoy et al., 2025).

Las estrategias de prevención también se fortalecen cuando las instituciones promueven una cultura de responsabilidad compartida. La seguridad del paciente no depende exclusivamente de los especialistas en control de infecciones o de los comités hospitalarios; involucra a todos los profesionales que participan en el proceso de atención (Rutala y Weber, 2016). Desde el personal médico y de enfermería hasta los equipos de limpieza, mantenimiento y gestión hospitalaria, cada actor cumple un papel específico en la prevención de infecciones. Reconocer esta interdependencia permite comprender que la prevención no es una tarea individual, sino un esfuerzo colectivo que se construye día a día dentro del hospital.

Figura 8.

Cadena de prevención de infecciones



Cuando estas estrategias se aplican de forma coherente y sostenida, los hospitales logran reducir de manera significativa la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La prevención, en este sentido, se convierte en una expresión concreta de calidad asistencial. No se trata solo de evitar complicaciones clínicas, sino de construir entornos de atención donde la seguridad del paciente se convierta en un valor compartido por toda la organización sanitaria.



Capítulo IV: Seguridad del Paciente en Áreas Críticas

Seguridad del Paciente en Áreas Críticas

En las áreas críticas de un hospital se concentran algunos de los momentos más delicados de la atención sanitaria. Allí convergen pacientes con condiciones clínicas inestables, tecnologías complejas de soporte vital y equipos humanos que deben tomar decisiones en tiempos extremadamente cortos. Cada intervención, desde la administración de un medicamento hasta el ajuste de un ventilador mecánico, puede tener consecuencias inmediatas sobre la evolución del paciente. Por ello, la seguridad del paciente en estos entornos no puede entenderse únicamente como el cumplimiento de protocolos, sino como una práctica profesional profundamente arraigada en la vigilancia permanente, el criterio clínico y la responsabilidad compartida del equipo asistencial.

Trabajar en cuidados críticos implica convivir con un nivel de incertidumbre mayor que en otras áreas hospitalarias. Los pacientes suelen presentar múltiples patologías simultáneas, respuestas fisiológicas impredecibles y una dependencia casi total de dispositivos médicos; para este contexto, la seguridad se construye a partir de la capacidad del equipo para anticiparse a los riesgos antes de que se materialicen. En cuanto a la observación clínica constante, la comunicación clara entre profesionales y la interpretación adecuada de los datos que ofrecen los monitores se convierten en herramientas tan importantes como cualquier tecnología disponible en la unidad.

En este capítulo se aborda la seguridad del paciente desde la realidad particular de las áreas críticas, donde la complejidad asistencial exige un enfoque más riguroso y sistemático del cuidado. Se examinan los factores que influyen en la aparición de eventos adversos, las estrategias que permiten reducir los riesgos y las dinámicas de trabajo que favorecen una atención segura incluso en escenarios de alta presión. Comprender estas particularidades no solo permite fortalecer los sistemas de prevención, sino también reconocer el valor del trabajo clínico que día a día sostiene la estabilidad y la recuperación de los pacientes más vulnerables del sistema de salud.

4.1. Seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos

Las unidades de cuidados intensivos representan uno de los escenarios más exigentes dentro del sistema hospitalario. En estos espacios convergen pacientes con condiciones críticas, múltiples dispositivos invasivos y una dinámica asistencial que rara vez se detiene. Cada monitor emite información continua sobre la condición fisiológica del paciente, cada alarma exige una interpretación rápida y cada intervención clínica requiere precisión absoluta. En este entorno, la seguridad del paciente se convierte en una responsabilidad compartida que trasciende la simple ejecución de protocolos. Implica mantener una vigilancia clínica constante, anticipar complicaciones y sostener una coordinación estrecha entre médicos, enfermeras y otros profesionales del equipo de salud.

En este contexto altamente complejo, la seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos también depende de la capacidad del sistema sanitario para estructurar mecanismos organizados de prevención y aprendizaje continuo. La Organización Mundial de la Salud subraya que la seguridad clínica en entornos críticos requiere equipos multidisciplinarios bien coordinados, con responsabilidades claramente definidas y con competencias específicas en prevención de riesgos, control de infecciones y vigilancia de eventos adversos. Esto implica no solo la presencia de profesionales altamente capacitados, sino también la existencia de sistemas institucionales que permitan reportar incidentes, analizar patrones de riesgo y retroalimentar de forma permanente a los equipos asistenciales. Desde esta perspectiva, la vigilancia clínica, el trabajo colaborativo y la formación continua del personal se convierten en pilares fundamentales para anticipar eventos adversos, mejorar la calidad de la atención y fortalecer una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente dentro de las unidades de cuidados intensivos (World Health Organization, 2021).

La complejidad tecnológica de la UCI añade una dimensión adicional al desafío de cuidar de forma segura. Los pacientes dependen con frecuencia de

ventiladores mecánicos, bombas de infusión, catéteres vasculares, monitores hemodinámicos y otros sistemas que sostienen funciones vitales. Aunque estas herramientas permiten tratamientos avanzados, también introducen nuevos riesgos si no se gestionan con rigurosidad. Un error en la programación de una bomba de infusión o una manipulación inadecuada de un catéter puede desencadenar eventos adversos graves. Por esta razón, el manejo seguro de dispositivos médicos constituye uno de los pilares de la seguridad en cuidados intensivos.

La evidencia clínica muestra que muchos de los eventos infecciosos en UCI se relacionan precisamente con la utilización de dispositivos invasivos, cuyo uso prolongado o manejo inadecuado facilita la entrada de microorganismos al organismo. Investigaciones recientes realizadas en unidades de cuidados intensivos han demostrado asociaciones de riesgo particularmente elevadas entre infecciones asociadas a la atención sanitaria y el uso de dispositivos como el catéter venoso central, el tubo endotraqueal y la sonda vesical. En un estudio analítico realizado en hospitales de alta complejidad, el uso de catéter venoso central presentó una asociación de riesgo muy elevada para el desarrollo de infecciones (OR 24,17), seguido del tubo endotraqueal (OR 16,85) y de la sonda Foley (OR 6,45), lo que evidencia cómo la exposición a múltiples dispositivos incrementa significativamente la probabilidad de infecciones del torrente sanguíneo, neumonía asociada a ventilación mecánica o infecciones urinarias relacionadas con catéteres (Rosales y Marín, 2025).

A diferencia de otras áreas hospitalarias, la condición clínica de los pacientes en UCI puede cambiar de forma abrupta en cuestión de minutos. Esto exige que el equipo asistencial mantenga una capacidad de respuesta inmediata, basada tanto en la experiencia clínica como en la interpretación adecuada de los datos fisiológicos. La seguridad del paciente, en este contexto, depende en gran medida de la vigilancia continua. La observación directa, la evaluación periódica del estado neurológico, respiratorio y hemodinámico, así como la revisión constante de los parámetros del monitor, permiten detectar señales tempranas de deterioro. Cuando estos procesos se realizan de forma sistemática, es posible intervenir antes de que una complicación evolucione hacia una situación irreversible.

La evidencia reciente muestra que el monitoreo continuo apoyado por sistemas automatizados de alerta temprana puede potenciar significativamente esta capacidad de detección precoz. En un estudio que evaluó el uso de monitorización remota de signos vitales combinada con un sistema automatizado de Early Warning System, se observó que los algoritmos de alerta lograron identificar cambios fisiológicos compatibles con deterioro clínico con una sensibilidad cercana al 97 %, permitiendo anticipar eventos críticos con varias horas de antelación respecto a la manifestación clínica evidente. Estos sistemas analizan de forma integrada parámetros como frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial y frecuencia respiratoria, generando alertas cuando se detectan patrones fisiológicos anómalos que podrían preceder a un deterioro grave del paciente (Lakshman et al., 2025).

Otro aspecto determinante en la seguridad del paciente en cuidados intensivos es la comunicación clínica. La UCI funciona como un entorno interdisciplinario en el que diferentes profesionales participan simultáneamente en el cuidado del paciente. La transferencia de información durante los cambios de turno, las rondas clínicas y las discusiones terapéuticas debe realizarse con claridad y sin ambigüedades. Cuando la comunicación falla, aumenta el riesgo de errores en la medicación, duplicidad de procedimientos o retrasos en intervenciones críticas. De ahí que muchos hospitales hayan incorporado herramientas estructuradas para el traspaso de información clínica entre equipos (Murphy et al., 2022) .

También es importante reconocer que el entorno de la UCI suele estar marcado por altos niveles de presión asistencial; la gravedad de los pacientes, la carga emocional que implica el cuidado de personas en estado crítico y la necesidad de tomar decisiones complejas pueden generar un escenario de estrés constante para el personal sanitario. Estas condiciones, si no se gestionan adecuadamente, pueden influir en la aparición de errores humanos. En consecuencia, promover entornos de trabajo que favorezcan el apoyo entre colegas, el descanso adecuado y la cultura de seguridad resulta fundamental para reducir la probabilidad de eventos adversos.

La literatura reciente sobre seguridad del paciente en unidades de cuidados especializados indica que, aunque muchos profesionales de la salud poseen un buen nivel de conocimiento sobre las guías de notificación y aprendizaje de incidentes de seguridad, la implementación efectiva de estas estrategias dentro de las unidades críticas sigue siendo limitada, lo que puede dificultar la prevención de errores y la mejora continua de la calidad asistencial. En un estudio realizado con profesionales de cuidados críticos, más del 80 % de los participantes manifestó tener conocimiento adecuado sobre las guías de notificación de incidentes de seguridad del paciente, pero cerca del 98 % percibió que su implementación en las unidades era insuficiente, evidenciando brechas entre el conocimiento teórico y la práctica clínica cotidiana (Gqaleni y Mkhize, 2023).

Dentro de los eventos adversos más frecuentes en cuidados intensivos se encuentran las infecciones asociadas a dispositivos, los errores de medicación, las complicaciones relacionadas con la ventilación mecánica y las fallas en la identificación del paciente o en la administración de tratamientos. Estos riesgos no aparecen de forma aislada; suelen estar vinculados a la interacción entre múltiples factores como la complejidad clínica del paciente, la carga de trabajo del personal y la correcta adherencia a los protocolos institucionales. Comprender la naturaleza de estos riesgos permite diseñar estrategias preventivas que reduzcan su impacto dentro de las unidades críticas (Gorman et al., 2024, 2025).

Tabla 12.

Prevalencia y tipos de eventos adversos reportados en unidades de cuidados intensivos

Indicador epidemiológico	Resultado reportado	Interpretación clínica
Prevalencia global de eventos adversos en UCI	~25 % de pacientes críticos presentan al menos un evento adverso	La UCI es uno de los entornos hospitalarios con mayor riesgo de daño asociado a la atención sanitaria
Incidencia de eventos adversos detectados	57,3 eventos por 100 días-paciente	Método más sensible para identificar eventos adversos

mediante observación

directa

Incidencia detectada

mediante revisión

retrospectiva de historias

clínicas

Incidencia detectada

mediante trigger tools

(herramientas de activación)

Incidencia detectada

mediante sistemas de

reporte voluntario

28,2 eventos por 100

días-paciente

25,5 eventos por 100

días-paciente

6,4 eventos por 100

días-paciente

Permite identificar eventos no

reportados voluntariamente

Estrategia estructurada para

vigilancia de seguridad

Subestima significativamente la

magnitud real del problema

Nota: Adaptado de Gorman et al., 2025 – Systematic Review of Adverse Event Detection in ICU y Gorman et al., 2024 – Methods of detection of adverse events in critical care: a protocol for a systematic Review.

Comprender la seguridad del paciente en la UCI implica reconocer que cada intervención clínica forma parte de un sistema más amplio de cuidado. No se trata únicamente de evitar errores puntuales, sino de construir entornos asistenciales donde los riesgos puedan identificarse con anticipación y gestionarse de manera colectiva. Cuando la vigilancia clínica, la comunicación efectiva y la gestión adecuada de los dispositivos se integran dentro de una cultura institucional orientada a la seguridad, la unidad de cuidados intensivos se transforma en un espacio donde incluso en medio de la mayor complejidad es posible ofrecer una atención segura y responsable

Tabla 13.

Principales riesgos en unidades de cuidados intensivos

Tipo de riesgo clínico	Procedimiento o dispositivo asociado	Posible consecuencia para el paciente	Estrategia preventiva recomendada
Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central (CLABSI)	Inserción y mantenimiento de catéter venoso central	Sepsis, bacteriemia, aumento de la estancia hospitalaria y mayor mortalidad	Técnica aséptica estricta durante la inserción, higiene de manos, uso de barreras estériles completas y revisión

			diaria de la necesidad del catéter
			Elevación de la
Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)	Ventilación mecánica invasiva mediante tubo endotraqueal	Infección pulmonar grave, prolongación de la ventilación mecánica y aumento de la mortalidad	cabecera de la cama (30–45°), higiene oral con clorhexidina, protocolos de destete ventilatorio y aspiración adecuada de secreciones
			Protocolos
Errores en la administración de medicamentos intravenosos	Bombas de infusión, preparación y administración de fármacos intravenosos	Reacciones adversas, sobredosis, hipotensión, arritmias o fallo orgánico	estandarizados de medicación, doble verificación por el personal sanitario, uso de bombas inteligentes y conciliación farmacológica
			Cambios posturales programados, superficies especiales de soporte, evaluación periódica del riesgo mediante escalas clínicas
Úlceras por presión en pacientes inmovilizados	Inmovilidad prolongada, ventilación mecánica o sedación profunda	Lesiones cutáneas, infecciones secundarias, dolor y prolongación de la estancia hospitalaria	Protocolos de sedación ligera, interrupciones diarias de sedación, evaluación neurológica periódica y movilización temprana
Complicaciones relacionadas con sedación prolongada	Uso prolongado de sedantes y analgésicos en pacientes críticos	Delirio, debilidad adquirida en UCI, prolongación de la ventilación mecánica y deterioro funcional	

4.2. Seguridad del paciente neonatal

El cuidado neonatal se desarrolla en un escenario clínico profundamente sensible. A diferencia de otros grupos de pacientes, los recién nacidos presentan una fisiología en pleno proceso de adaptación a la vida extrauterina, lo que los convierte en particularmente vulnerables frente a cualquier alteración del entorno asistencial. Un cambio mínimo en la temperatura, una dosis mal calculada de un medicamento o una manipulación inadecuada de un dispositivo pueden tener

repercusiones importantes en su estabilidad. En este contexto, la seguridad del paciente neonatal no se limita a la aplicación de protocolos clínicos, sino que exige una atención extremadamente cuidadosa, basada en la observación constante y en la comprensión de la fragilidad biológica propia de esta etapa de la vida (World Health Organization, 2021).

En las unidades neonatales, especialmente en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), los riesgos se relacionan tanto con la inmadurez fisiológica del paciente como con la complejidad de los tratamientos que recibe. Muchos recién nacidos hospitalizados requieren soporte respiratorio, nutrición parenteral, catéteres venosos centrales o monitoreo continuo de funciones vitales. Estos recursos permiten sostener la vida en situaciones críticas, pero también introducen potenciales complicaciones si no se manejan con precisión. Por esta razón, cada procedimiento debe realizarse con una rigurosidad técnica muy elevada y con una permanente revisión de las condiciones del paciente. La evidencia reciente señala que los recién nacidos, particularmente aquellos con bajo peso al nacer o prematuridad, presentan una mayor susceptibilidad a eventos adversos debido a la inmadurez de sus sistemas inmunológico y metabólico, así como a la necesidad frecuente de múltiples intervenciones terapéuticas simultáneas (Henry-Basil et al., 2022).

Estudios realizados en unidades neonatales han identificado diversos eventos adversos asociados al cuidado intensivo, entre ellos alteraciones electrolíticas, infecciones asociadas a la atención sanitaria, extubaciones accidentales y complicaciones gastrointestinales graves como la enterocolitis necrotizante, condiciones que pueden comprometer seriamente la evolución clínica del neonato si no se detectan de manera oportuna. Además, una proporción importante de estos eventos está relacionada con el uso de medicamentos y terapias complejas propias del entorno de cuidados intensivos, lo que exige una vigilancia clínica permanente, protocolos estrictos de administración farmacológica y una monitorización continua del estado fisiológico del recién nacido (Albanese et al., 2025).

Otro elemento que influye de manera decisiva en la seguridad neonatal es la dosificación de medicamentos; en el caso de los recién nacidos, especialmente

los prematuros, las dosis se calculan con base en el peso corporal y en la madurez de los órganos encargados de metabolizar los fármacos. Esto implica que incluso pequeñas variaciones en los cálculos pueden traducirse en errores significativos. La preparación y administración de medicamentos en estas unidades requiere, por tanto, procedimientos de verificación rigurosos, doble chequeo por parte del personal de enfermería y una comunicación clara entre los profesionales responsables del tratamiento farmacológico.

La seguridad del paciente neonatal también depende de la manera en que se organiza el entorno de cuidado. La manipulación excesiva, el ruido constante o la iluminación inadecuada pueden generar estrés fisiológico en los recién nacidos, afectando su estabilidad cardiovascular o respiratoria. En los últimos años, muchas unidades neonatales han incorporado estrategias de cuidado centrado en el desarrollo, orientadas a crear ambientes más tranquilos y adaptados a las necesidades del neonato. Estas medidas, que incluyen la regulación de estímulos ambientales y la participación activa de la familia en el cuidado, contribuyen a disminuir riesgos y a favorecer una recuperación más estable.

En este contexto, la literatura reciente ha demostrado que la integración del cuidado centrado en la familia (Family-Centered Care) con los principios de cuidado del desarrollo (Developmental Care) representa una evolución importante en la organización del cuidado neonatal. Este enfoque reconoce que el bienestar del recién nacido no depende únicamente de las intervenciones médicas, sino también de factores relacionales y ambientales que influyen directamente en el desarrollo neurológico temprano. La evidencia señala que involucrar activamente a la familia en el proceso asistencial, junto con la adaptación del entorno de la unidad neonatal a las necesidades sensoriales del neonato, permite construir un modelo de atención más humanizado y fisiológicamente protector para esta población vulnerable (Lee, 2023).

Los resultados empíricos respaldan esta perspectiva. En un estudio cuasi experimental realizado en unidades de cuidados intensivos neonatales con 200 neonatos de alto riesgo, la implementación integrada de cuidado centrado en la familia y cuidado del desarrollo se asoció con mejoras significativas en los

puntajes cognitivos, motores y del lenguaje, además de una reducción promedio de 4,3 días en la estancia hospitalaria en comparación con los modelos tradicionales de atención. Estos hallazgos sugieren que la modificación del entorno de cuidado y la participación familiar no solo favorecen la estabilidad fisiológica inmediata, sino que también impactan positivamente en la trayectoria neuroevolutiva del recién nacido (Alsadaan et al., 2023).

Desde una perspectiva clínica, estas estrategias implican intervenciones concretas como la reducción de estímulos luminosos y sonoros en la unidad neonatal, la agrupación de procedimientos para evitar manipulaciones innecesarias, el posicionamiento terapéutico del neonato y la promoción del contacto temprano con los padres. En conjunto, estas prácticas contribuyen a recrear condiciones más cercanas al ambiente intrauterino y favorecen procesos de autorregulación fisiológica y neurológica. De esta manera, el entorno de cuidado deja de ser un elemento pasivo del tratamiento y se convierte en un componente activo de la seguridad y recuperación del paciente neonatal.

El papel del equipo de salud en este contexto adquiere una dimensión especialmente significativa. Neonatólogos, enfermeras neonatales, terapeutas respiratorios y otros profesionales trabajan de manera coordinada para mantener la estabilidad del recién nacido. La comunicación entre ellos resulta esencial, sobre todo durante los cambios de turno o en situaciones clínicas que requieren decisiones rápidas. Cuando la información sobre el estado del paciente se transmite de forma incompleta o confusa, pueden producirse retrasos en las intervenciones o duplicación de procedimientos.

También es importante considerar que la seguridad neonatal no se construye únicamente desde el equipo sanitario; la participación de la familia, especialmente de los padres, forma parte de un enfoque moderno de cuidado que reconoce su rol en la protección del recién nacido. La educación sobre medidas básicas de higiene, la correcta manipulación del neonato y la comprensión de los procedimientos que se realizan durante la hospitalización contribuyen a crear un entorno de mayor vigilancia y cuidado compartido. Este enfoque ha demostrado fortalecer la confianza entre profesionales y familias, al

mismo tiempo que favorece la continuidad del cuidado una vez que el recién nacido es dado de alta.

La evidencia reciente señala que la participación activa de pacientes y familiares constituye una estrategia clave para fortalecer los sistemas de seguridad en salud, ya que permite ampliar la vigilancia sobre los procesos asistenciales y favorecer la detección temprana de riesgos potenciales. Diversos estudios han mostrado que cuando las familias reciben información clara y formación básica sobre los cuidados del paciente, pueden contribuir significativamente a la prevención de infecciones, al cumplimiento de tratamientos y al seguimiento adecuado de las indicaciones clínicas durante y después de la hospitalización (McAndrew et al., 2022; Ravaghi et al., 2025).

Figura 9.

Modelo de seguridad neonatal en hospitales



En el ámbito neonatal, esta colaboración adquiere una relevancia particular debido a la vulnerabilidad del recién nacido y a la complejidad de los cuidados requeridos durante los primeros días de vida. La literatura señala que los familiares no solo cumplen un papel afectivo dentro del proceso de recuperación, sino que también pueden actuar como observadores activos del cuidado clínico, aportando información relevante al equipo de salud, participando en decisiones relacionadas con el tratamiento y apoyando la implementación de medidas preventivas (Aljawad et al., 2025; Cai et al., 2024). Este tipo de participación favorece una relación más colaborativa entre profesionales y familias, lo que contribuye a reducir errores evitables y a fortalecer la seguridad del paciente en entornos hospitalarios.

4.3. Seguridad del paciente oncológico

El paciente oncológico enfrenta un proceso de atención que suele ser largo, complejo y profundamente exigente tanto en el plano físico como emocional. Los tratamientos utilizados para combatir el cáncer, particularmente la quimioterapia, la radioterapia o algunos esquemas de inmunoterapia, afectan no solo a las células tumorales, sino también a múltiples sistemas del organismo. Entre las consecuencias más relevantes se encuentra la inmunosupresión, una condición que reduce significativamente la capacidad del cuerpo para defenderse frente a microorganismos comunes. En este plano, la seguridad del paciente oncológico adquiere una dimensión especial, ya que una infección que en otras circunstancias podría ser leve puede transformarse rápidamente en una complicación grave.

La vulnerabilidad infecciosa en pacientes oncológicos con neutropenia también se relaciona con alteraciones profundas en las barreras naturales del organismo. Los tratamientos quimioterapéuticos no solo reducen el número de neutrófilos circulantes, sino que además pueden producir daño en la mucosa gastrointestinal y modificar el equilibrio del microbiota intestinal, lo que facilita la translocación de bacterias hacia el torrente sanguíneo y aumenta la probabilidad de infecciones sistémicas graves. De hecho, se ha señalado que la combinación de inmunosupresión, exposición a antibióticos de amplio espectro y cambios en la integridad de las barreras mucosas crea un escenario propicio para la

aparición de infecciones bacterianas y fúngicas en estos pacientes (Ma et al., 2022).

Frente a este contexto, las guías clínicas más recientes para el manejo de la neutropenia febril enfatizan la necesidad de estrategias integrales que incluyan vigilancia clínica temprana, profilaxis antimicrobiana en pacientes de alto riesgo, rápida instauración de terapia antibiótica empírica y coordinación multidisciplinaria entre oncología, infectología y cuidados intensivos para reducir la morbimortalidad asociada a estas complicaciones infecciosas (Thursky et al., 2025). Estas evidencias refuerzan la idea de que la seguridad del paciente oncológico inmunosuprimido depende no solo del tratamiento del cáncer en sí mismo, sino también de un sistema riguroso de prevención, detección temprana y manejo oportuno de infecciones potencialmente letales.

La prevención de infecciones en pacientes oncológicos comienza con medidas aparentemente simples, pero de enorme impacto clínico; la higiene de manos por parte del personal sanitario, el uso adecuado de equipos de protección cuando es necesario y el manejo cuidadoso de dispositivos invasivos constituyen barreras fundamentales frente a la transmisión de microorganismos. En unidades donde se atienden pacientes inmunocomprometidos, estas prácticas adquieren un nivel de exigencia aún mayor, ya que cualquier falla en su aplicación puede facilitar la entrada de patógenos al organismo del paciente.

Otro aspecto relevante en la seguridad del paciente oncológico está relacionado con el manejo de catéteres venosos centrales. Muchos pacientes requieren estos dispositivos para la administración continua de quimioterapia, antibióticos o nutrición parenteral. Aunque estos accesos vasculares son esenciales para el tratamiento, también representan una posible puerta de entrada para infecciones del torrente sanguíneo si no se mantienen condiciones estrictas de asepsia. El cuidado adecuado del sitio de inserción, la desinfección correcta de los conectores y la vigilancia permanente de signos de infección forman parte de las prácticas de seguridad que deben sostenerse de manera constante. Las guías clínicas actuales para el manejo de pacientes oncológicos con neutropenia febril subrayan que los catéteres venosos centrales constituyen uno de los principales factores de riesgo para bacteriemias en este grupo de pacientes, debido a la

combinación de inmunosupresión, manipulación frecuente del dispositivo y exposición prolongada a entornos hospitalarios.

Por ello, se recomienda una evaluación clínica sistemática del sitio del catéter ante cualquier episodio febril, así como la consideración temprana de infecciones asociadas al dispositivo dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con neutropenia profunda o persistente. Estas recomendaciones también destacan la importancia de protocolos estandarizados de inserción y mantenimiento del catéter, el uso riguroso de técnicas de antisepsia y la intervención precoz ante signos de infección local o sistémica, medidas que han demostrado reducir significativamente la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéter en pacientes pediátricos y adultos con cáncer (Lehrnbecher et al., 2023).

La seguridad del paciente oncológico también requiere una vigilancia clínica atenta por parte del equipo sanitario. En personas inmunosuprimidas, los signos clásicos de infección pueden aparecer de forma atípica o progresar con rapidez. Una fiebre leve, un cambio sutil en el estado general o una alteración en los parámetros de laboratorio pueden ser las primeras señales de un proceso infeccioso que requiere intervención inmediata. Detectar estas manifestaciones tempranas depende de la experiencia clínica del equipo y de la implementación de sistemas de monitorización que permitan responder con rapidez ante cualquier cambio en la condición del paciente (Rao et al., 2022)..

La evidencia clínica sobre neutropenia febril refuerza la importancia de este enfoque de vigilancia activa. En pacientes oncológicos con neutropenia, la fiebre puede ser el único signo inicial de una infección potencialmente grave, debido a la incapacidad del sistema inmunitario para generar respuestas inflamatorias completas. Por esta razón, las guías clínicas recomiendan que todo episodio febril en este contexto sea considerado una emergencia médica que requiere evaluación diagnóstica inmediata e inicio precoz de terapia antimicrobiana empírica, incluso antes de identificar el patógena causal. El retraso en la administración de antibióticos o en la identificación de la fuente infecciosa se asocia con mayor riesgo de sepsis y mortalidad, especialmente cuando existen microorganismos resistentes o infecciones fúngicas invasivas (Keck et al., 2022).

Figura 10

Algoritmo de vigilancia en neutropenia febril



Además, el abordaje clínico de estos pacientes exige una estrategia sistemática de evaluación que incluya obtención temprana de hemocultivos, valoración del

sitio de inserción de dispositivos vasculares, evaluación clínica completa y pruebas diagnósticas orientadas según la sintomatología del paciente. En particular, se recomienda realizar cultivos de sangre desde todos los lúmenes del catéter venoso central al inicio de la fiebre, ya que estas pruebas permiten detectar bacteriemias que pueden pasar inadvertidas si solo se evalúan muestras periféricas. De forma complementaria, otras pruebas diagnósticas — como cultivos urinarios o estudios de imagen— deben indicarse de acuerdo con la presencia de signos clínicos específicos, con el objetivo de identificar rápidamente el foco infeccioso y orientar el tratamiento adecuado.

A este escenario clínico se suma la dimensión humana del cuidado oncológico. Los pacientes atraviesan tratamientos intensos que pueden generar fatiga, debilidad y una sensación constante de vulnerabilidad. Mantener entornos hospitalarios seguros, donde las medidas de prevención de infecciones se apliquen con rigurosidad y donde el personal sanitario transmita confianza en cada procedimiento, contribuye no solo a reducir riesgos clínicos, sino también a fortalecer la seguridad percibida por el paciente y su familia. La seguridad en oncología, en definitiva, se construye a partir de múltiples gestos cotidianos que, sostenidos en el tiempo, crean un entorno asistencial más protector para quienes enfrentan una enfermedad tan compleja.



Capítulo V: Gestión, Supervisión y Mejora Continua de la Seguridad del Paciente

Gestión, Supervisión y Mejora Continua de la Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente no se sostiene únicamente en protocolos escritos ni en normas institucionales que permanecen archivadas en manuales. Su verdadera fortaleza emerge en la forma en que los equipos de salud gestionan, supervisan y revisan de manera permanente su propio desempeño. Cada proceso clínico —desde la admisión hasta el alta— representa una cadena de decisiones, acciones y responsabilidades que requieren ser observadas con mirada crítica. Cuando una organización sanitaria adopta una cultura de vigilancia consciente sobre sus prácticas, comienza a comprender que la seguridad no es un estado alcanzado, sino un proceso dinámico que exige atención constante.

La gestión de la seguridad del paciente implica traducir principios técnicos en prácticas cotidianas que puedan sostenerse en el tiempo. Esto supone que la organización hospitalaria no solo establezca estándares de calidad, sino que también genere mecanismos que permitan evaluar cómo se aplican realmente en la atención diaria. En este contexto, la supervisión clínica adquiere un papel estratégico, porque permite identificar desviaciones, reconocer buenas prácticas y fortalecer la capacidad del sistema para anticiparse a posibles riesgos antes de que se materialicen en eventos adversos.

En los entornos hospitalarios contemporáneos, la mejora continua se convierte en una herramienta esencial para consolidar procesos seguros. Los servicios de salud funcionan como sistemas complejos donde múltiples profesionales interactúan en escenarios de alta presión asistencial. Cada cambio organizacional, cada innovación tecnológica y cada decisión clínica modifica de alguna manera el equilibrio del sistema. Por ello, la seguridad del paciente requiere estructuras de gestión que no solo reaccionen ante los problemas, sino que aprendan de ellos, analicen sus causas y transformen esa experiencia en conocimiento institucional.

En este último capítulo se aborda la seguridad del paciente desde la perspectiva de la gestión y la supervisión clínica, entendiendo que la protección del paciente

depende tanto de la competencia individual de los profesionales como de la solidez de las estructuras organizacionales que guían su trabajo. Examinar cómo se supervisan los procesos, cómo se monitorean los resultados y cómo se impulsan ciclos permanentes de mejora permite comprender que la seguridad no es una responsabilidad aislada, sino un compromiso colectivo que atraviesa toda la estructura del sistema sanitario

5.1. Indicadores de calidad y seguridad del paciente

En la gestión hospitalaria contemporánea, los indicadores de calidad y seguridad del paciente se han convertido en herramientas indispensables para comprender lo que realmente ocurre dentro de los servicios de salud. No basta con asumir que un hospital brinda atención segura; es necesario demostrarlo mediante datos que permitan observar tendencias, detectar desviaciones y comprender dónde se concentran los riesgos. Los indicadores funcionan como una especie de “termómetro organizacional”, ya que traducen la complejidad del cuidado clínico en información cuantificable que facilita la toma de decisiones estratégicas. A través de ellos es posible identificar, por ejemplo, si determinadas prácticas asistenciales están generando resultados esperados o si existen procesos que requieren ajustes para reducir la probabilidad de eventos adversos.

La literatura reciente muestra que la medición sistemática de indicadores permite revelar patrones que muchas veces permanecen invisibles en la práctica clínica cotidiana. Un estudio hospitalario que analizó la implementación de indicadores de calidad identificó que la tasa global de eventos adversos se situó alrededor del 3 % de los casos atendidos, una cifra que se mantiene dentro del rango reportado por investigaciones internacionales, las cuales estiman que entre el 2 % y el 6 % de los pacientes hospitalizados pueden experimentar algún evento adverso, dependiendo de los métodos de detección y del tipo de población atendida. Estos datos evidencian que los riesgos asociados a la atención sanitaria no son situaciones excepcionales, sino fenómenos que requieren vigilancia permanente a través de sistemas de medición confiables.

Además, la investigación también muestra que el seguimiento regular de indicadores no solo permite identificar eventos adversos, sino que fortalece la cultura organizacional orientada a la seguridad. En un estudio aplicado a profesionales sanitarios, el 85 % del personal encuestado consideró que el monitoreo sistemático de indicadores resulta fundamental para detectar áreas de mejora y fortalecer la seguridad clínica, lo que refleja una percepción ampliamente positiva sobre el valor de estas herramientas dentro de la gestión hospitalaria. Sin embargo, el mismo estudio reveló desafíos importantes: solo el 55 % de los profesionales señaló contar con protocolos estandarizados para la notificación de errores, mientras que alrededor del 40 % manifestó dificultades para integrar los indicadores en la práctica diaria, principalmente por limitaciones de tiempo o recursos tecnológicos (Icaza-Falcón et al., 2025).

Estas cifras permiten comprender que los indicadores no solo cumplen una función técnica de medición, sino que también reflejan el grado de madurez institucional en materia de seguridad del paciente. Cuando las organizaciones sanitarias logran integrar estos instrumentos en sus procesos cotidianos —desde la vigilancia de infecciones hasta el análisis de reingresos hospitalarios o tiempos de respuesta en urgencias— se genera una base sólida de información que orienta las decisiones clínicas y gerenciales. En otras palabras, los indicadores no son simples números en informes estadísticos; representan señales concretas que permiten a los equipos de salud anticipar riesgos, fortalecer protocolos y avanzar hacia una atención más segura y transparente para los pacientes.

En el ámbito quirúrgico, por ejemplo, el uso de indicadores también ha permitido dimensionar la magnitud del problema de la seguridad asistencial. Datos recopilados en programas de seguridad quirúrgica muestran que los procedimientos realizados en condiciones poco seguras pueden generar complicaciones en hasta un 25 % de los pacientes, contribuyendo a un número significativo de muertes asociadas a intervenciones quirúrgicas cada año. Estos hallazgos han impulsado el desarrollo de sistemas de monitoreo clínico y listas de verificación quirúrgica que hoy forman parte de las estrategias globales de seguridad del paciente (Capitán del Río, 2022).

La utilidad de estos indicadores no reside únicamente en su capacidad de medir resultados, sino en su potencial para generar aprendizaje institucional. Cuando los equipos de salud revisan periódicamente sus indicadores, comienzan a visualizar patrones que muchas veces pasan desapercibidos en la rutina clínica diaria. Un aumento sostenido en infecciones asociadas a dispositivos, por ejemplo, puede revelar debilidades en los procesos de asepsia o en el cumplimiento de protocolos de inserción. Del mismo modo, la revisión de indicadores relacionados con caídas hospitalarias o errores de medicación permite comprender cómo interactúan factores humanos, organizacionales y ambientales dentro del sistema de atención.

La evidencia reciente respalda esta perspectiva al mostrar que los indicadores, cuando se integran de forma sistemática en la gestión hospitalaria, se convierten en herramientas clave para fortalecer la mejora continua. Un estudio comparativo sobre gestión de calidad hospitalaria que analizó investigaciones publicadas entre 2010 y 2024 evidenció que las instituciones que monitorean de manera permanente indicadores como tiempos de espera, eventos adversos o satisfacción del paciente logran identificar con mayor precisión las áreas críticas del proceso asistencial y diseñar intervenciones correctivas más oportunas. Este tipo de monitoreo continuo permite transformar los datos clínicos en conocimiento operativo para la toma de decisiones dentro de las organizaciones sanitarias.

Los resultados de este análisis también muestran diferencias importantes entre regiones en cuanto al grado de utilización de estos instrumentos. En hospitales europeos, por ejemplo, el registro y seguimiento de eventos adversos alcanza niveles cercanos al 85 %, mientras que en gran parte de las instituciones latinoamericanas la cobertura de estos sistemas apenas llega aproximadamente al 30 %, lo que refleja una brecha significativa en la cultura de medición y en la capacidad institucional para aprender de los incidentes clínicos (Monsalve-Ospina et al., 2025). Esta diferencia no solo evidencia desigualdades estructurales entre sistemas de salud, sino que también pone de relieve la

importancia de consolidar mecanismos de monitoreo que permitan detectar riesgos y mejorar los procesos asistenciales de manera continua.

En este plano, los indicadores dejan de ser simples registros estadísticos para convertirse en verdaderos instrumentos de gestión del conocimiento dentro de las instituciones sanitarias. Cuando los equipos clínicos analizan estos datos de forma periódica, se generan espacios de reflexión colectiva donde es posible comprender por qué ocurren determinados eventos y qué cambios deben implementarse para evitarlos en el futuro. Así, los indicadores no solo permiten medir la calidad del cuidado, sino que contribuyen a construir organizaciones sanitarias capaces de aprender de su propia práctica, fortalecer sus protocolos de seguridad y avanzar hacia modelos de atención cada vez más seguros y eficientes para los pacientes.

Desde una perspectiva de gestión clínica, los indicadores también permiten establecer comparaciones entre servicios hospitalarios e incluso entre instituciones. Esta capacidad comparativa resulta fundamental para identificar brechas de desempeño y orientar procesos de mejora continua. Cuando los indicadores se analizan en series temporales, además, ofrecen una visión evolutiva del desempeño institucional, lo que permite evaluar si las intervenciones implementadas realmente están produciendo cambios positivos en la seguridad del paciente. En este sentido, la medición sistemática no debe interpretarse como un mecanismo de control punitivo, sino como una herramienta de transparencia que fortalece la cultura de seguridad dentro de la organización.

Uno de los aspectos más relevantes al trabajar con indicadores hospitalarios es garantizar que estos sean clínicamente pertinentes y metodológicamente confiables. No todos los indicadores aportan información útil para la toma de decisiones. Algunos pueden generar datos que, aunque estadísticamente correctos, no reflejan de manera precisa los procesos de atención que se desean mejorar. Por ello, la selección de indicadores debe responder a criterios claros, entre los que destacan su relevancia clínica, la posibilidad de medirlos de forma consistente y su capacidad para orientar intervenciones concretas dentro del sistema sanitario. Cuando estos elementos se alinean adecuadamente, los

indicadores dejan de ser simples cifras y se transforman en instrumentos estratégicos para la gestión hospitalaria.

En la práctica hospitalaria, los indicadores más utilizados suelen concentrarse en áreas críticas donde la probabilidad de eventos adversos es mayor. Entre ellos destacan las infecciones asociadas a la atención sanitaria, los eventos relacionados con la medicación, las complicaciones quirúrgicas, las tasas de reingreso hospitalario y los incidentes vinculados con caídas de pacientes. Estos indicadores permiten monitorear dimensiones fundamentales del cuidado clínico y ofrecen señales tempranas sobre posibles fallas en los procesos asistenciales. Cuando se integran en sistemas de vigilancia institucional, se convierten en una fuente permanente de información que orienta tanto la supervisión clínica como la planificación de mejoras organizacionales.

Tabla 14.

Indicadores hospitalarios de calidad y seguridad del paciente

Categoría de indicador	Indicador específico	Definición operativa	Método de cálculo	Unidad de medida / forma de seguimiento
Infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)	Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central	Episodios de bacteriemia o sepsis confirmada en pacientes con catéter venoso central colocado durante la hospitalización y sin otra fuente evidente de infección	(Número de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter / Total de días-catéter) x 1000	Infecciones por 1000 días-catéter
Infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)	Neumonía asociada a ventilación mecánica	Infección pulmonar diagnosticada en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva	(Número de neumonías asociadas a ventilación / Total de días de ventilación	Casos por 1000 días-ventilador

		durante su estancia hospitalaria	mecánica) x 1000	
Infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)	Infección urinaria asociada a sonda vesical	Infección del tracto urinario diagnosticada en pacientes portadores de sonda urinaria colocada durante la hospitalización	(Número de infecciones urinarias asociadas a sonda / Total de días-sonda) x 1000	Casos por 1000 días-sonda
Eventos relacionados con medicación	Tasa de errores de medicación	Número de errores detectados durante la prescripción, dispensación o administración de medicamentos dentro del hospital	(Número de errores de medicación reportados / Total de dosis administradas) x 100	Porcentaje o errores por 1000 dosis
Eventos relacionados con medicación	Eventos adversos por medicamentos	Reacciones o daños clínicos producidos por el uso de medicamentos en condiciones habituales de tratamiento	(Número de eventos adversos por medicamentos / Total de pacientes hospitalizados) x 1000	Eventos por 1000 pacientes
Eventos adversos quirúrgicos	Complicaciones postquirúrgicas	Complicaciones clínicas relacionadas con procedimientos quirúrgicos ocurridas durante la hospitalización o en el período postoperatorio inmediato	(Número de complicaciones postquirúrgicas / Total de cirugías realizadas) x 100	Porcentaje
Eventos adversos quirúrgicos	Infección del sitio quirúrgico	Infección que ocurre en el área de la intervención	(Número de infecciones del sitio quirúrgico /	Porcentaje

Caídas hospitalarias	Tasa de caídas en pacientes hospitalizados	quirúrgica dentro del período de vigilancia establecido Número de incidentes en los que un paciente cae durante su estancia hospitalaria dentro de cualquier área del hospital	Total de procedimientos quirúrgicos) x 100	Caídas por 1000 días-paciente
Seguridad del paciente	Eventos adversos reportados	Incidentes clínicos que generan daño o potencial daño al paciente durante la atención sanitaria Número de pacientes que requieren una nueva hospitalización dentro de un período determinado después del alta	(Número de eventos adversos reportados / Total de pacientes atendidos) x 100	Porcentaje
Resultados asistenciales	Tasa de reingreso hospitalario	Número de muertes ocurridas durante la hospitalización en relación con el total de pacientes ingresados	(Número de reingresos dentro de 30 días / Total de egresos hospitalarios) x 100	Porcentaje
Resultados asistenciales	Mortalidad hospitalaria		(Número de hospitalarias / Total de pacientes hospitalizados) x 100	Porcentaje

Otro elemento clave es la forma en que estos indicadores se comunican dentro de la institución. La información relacionada con seguridad del paciente debe circular de manera transparente entre los equipos de salud, los responsables de gestión y las unidades de calidad hospitalaria. Cuando los profesionales comprenden el significado de los indicadores y participan activamente en su

análisis, se fortalece el sentido de corresponsabilidad en la prevención de riesgos clínicos. Esta participación activa contribuye a transformar los datos en conocimiento práctico, permitiendo que las decisiones de mejora se fundamenten en evidencia concreta derivada de la experiencia asistencial cotidiana.

5.2. Auditoría clínica y mejora continua

Dentro de las organizaciones sanitarias, la auditoría clínica representa uno de los mecanismos más valiosos para comprender cómo se desarrolla realmente la atención al paciente. Más allá de su dimensión técnica, la auditoría se convierte en un ejercicio reflexivo mediante el cual los equipos de salud examinan su propio trabajo, revisan los procesos asistenciales y contrastan lo que se realiza en la práctica con los estándares establecidos. Este proceso permite reconocer aciertos, identificar oportunidades de mejora y fortalecer una cultura institucional orientada al aprendizaje continuo. Cuando la auditoría se concibe desde esta perspectiva formativa, deja de percibirse como una actividad de control y se transforma en una herramienta que impulsa la mejora de la calidad del cuidado clínico.

La auditoría clínica se ha consolidado como una de las herramientas más efectivas para impulsar procesos de mejora continua dentro de los sistemas hospitalarios, ya que permite evaluar de manera sistemática la práctica asistencial, contrastar los resultados obtenidos con estándares previamente establecidos y generar acciones correctivas orientadas a optimizar la calidad del cuidado. La literatura reciente muestra que los sistemas de salud que integran auditorías clínicas dentro de sus procesos de gestión logran articular de forma más efectiva los indicadores de desempeño, los protocolos clínicos y los mecanismos de supervisión institucional. Un análisis comparativo de investigaciones sobre gestión de calidad hospitalaria evidenció que, en entornos donde las auditorías se aplican de forma periódica y vinculadas al monitoreo de indicadores, se fortalecen los procesos de estandarización, el control de eventos adversos y la retroalimentación organizacional que sustenta la mejora continua (Manrique, 2024). En este sentido, la auditoría no se limita a una revisión administrativa de resultados, sino que actúa como un mecanismo de aprendizaje

institucional que permite identificar brechas en la práctica clínica y orientar intervenciones estratégicas para elevar los niveles de seguridad y calidad en la atención sanitaria.

En el contexto hospitalario, la auditoría clínica permite observar de manera sistemática cómo se aplican los protocolos, cómo se toman las decisiones terapéuticas y cómo interactúan los distintos profesionales que participan en la atención. A través de la revisión de historias clínicas, la evaluación de procesos asistenciales o el análisis de eventos adversos, es posible comprender con mayor profundidad dónde se originan ciertas desviaciones en la práctica clínica. Esta mirada analítica permite detectar fallas latentes dentro del sistema organizacional, muchas veces relacionadas con aspectos estructurales, comunicación entre equipos o condiciones de trabajo que influyen directamente en la seguridad del paciente.

En términos cuantitativos, investigaciones basadas en revisión de historias clínicas han identificado prevalencias significativas de eventos adversos en entornos hospitalarios; por ejemplo, un estudio observacional realizado en un hospital de tercer nivel reportó una incidencia aproximada del 13% de eventos adversos en pacientes hospitalizados, identificando 47 casos en una muestra de 352 expedientes clínicos, lo que evidencia que una proporción considerable de incidentes clínicos puede detectarse mediante procesos sistemáticos de auditoría y revisión documental. Asimismo, el análisis de la tipología de estos eventos mostró que el 40% se relacionaba con procedimientos clínicos, el 39% con infecciones nosocomiales, el 17% con errores de medicación y el 4% con fallas en la identificación del paciente, lo que permite a las auditorías focalizar los esfuerzos de mejora en áreas de mayor riesgo dentro de los servicios hospitalarios (España-Olvera et al., 2025). Desde una perspectiva cualitativa, los estudios coinciden en que la ocurrencia de eventos adversos suele responder a la interacción de factores organizacionales y asistenciales, entre los que destacan la debilidad en los sistemas de reporte, la falta de liderazgo clínico, la supervisión insuficiente y la baja adherencia a protocolos de seguridad. En este sentido, la implementación de auditorías internas, programas de capacitación y revisiones estructuradas de historias clínicas ha demostrado ser una estrategia efectiva para fortalecer la cultura de seguridad, estimular el reporte de incidentes

y orientar intervenciones correctivas dentro de los hospitales (Orozco-Zavala et al., 2025).

Un aspecto fundamental de la auditoría clínica es su capacidad para transformar la información obtenida en acciones concretas de mejora. No se trata únicamente de identificar problemas, sino de comprender sus causas y diseñar estrategias que permitan prevenir su repetición. En este sentido, los resultados de las auditorías deben traducirse en planes de mejora que involucren a los equipos de salud, promuevan la revisión de prácticas clínicas y refuercen la adherencia a protocolos basados en evidencia. Este enfoque participativo favorece la construcción de entornos de trabajo donde la calidad asistencial se entiende como una responsabilidad compartida.

Figura 11.

Ciclo de mejora continua en hospitales



La relación entre auditoría clínica y mejora continua se vuelve especialmente evidente cuando las instituciones sanitarias adoptan metodologías sistemáticas para revisar y ajustar sus procesos. Estas metodologías permiten que las organizaciones no solo reaccionen ante problemas detectados, sino que desarrollen una capacidad permanente de aprendizaje institucional. Cada ciclo de revisión genera información que alimenta nuevas decisiones, lo que favorece la evolución progresiva de las prácticas clínicas y fortalece la seguridad del paciente en el largo plazo.

Cuando estos procesos se consolidan dentro de la cultura organizacional, la auditoría deja de ser una actividad puntual para convertirse en una práctica habitual de supervisión clínica. Los profesionales comienzan a percibir la evaluación de los procesos asistenciales como parte natural del trabajo sanitario, entendiendo que la calidad del cuidado depende de la capacidad colectiva para analizar lo que se hace, aprender de la experiencia y adaptar las prácticas cuando es necesario. Esta dinámica fortalece la confianza dentro de los equipos y promueve entornos de trabajo donde la seguridad del paciente se construye a partir del conocimiento compartido.

5.3. Formación del personal sanitario en seguridad del paciente

La seguridad del paciente comienza mucho antes de que se produzca cualquier intervención clínica. Nace en la formación de los profesionales que integran el sistema de salud y en la manera en que estos desarrollan una conciencia permanente sobre los riesgos que pueden surgir durante la atención. Cada acción dentro del hospital —administrar un medicamento, interpretar un resultado diagnóstico o realizar un procedimiento— implica decisiones que requieren no solo conocimiento técnico, sino también una comprensión profunda de los principios que sostienen la atención segura. Por esta razón, la capacitación del personal sanitario en seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad dentro de los sistemas de salud modernos, ya que fortalece la capacidad de los equipos para prevenir errores y responder de manera adecuada ante situaciones complejas.

Las investigaciones revisadas coinciden en señalar que la formación en seguridad del paciente constituye uno de los pilares más determinantes para

fortalecer la calidad del cuidado dentro de los servicios de salud. Un estudio con enfoque mixto realizado con técnicos de enfermería evidenció que una proporción significativa de profesionales reconoce haber recibido formación limitada o fragmentada sobre seguridad del paciente durante su etapa formativa, lo que repercute directamente en su capacidad para identificar riesgos clínicos, reportar incidentes o aplicar protocolos de prevención en la práctica diaria. Este hallazgo revela que la educación en seguridad no puede limitarse a contenidos teóricos aislados, sino que requiere estrategias pedagógicas integradas que combinen simulación clínica, análisis de eventos adversos y aprendizaje basado en casos reales, favoreciendo el desarrollo de competencias prácticas para la toma de decisiones seguras en escenarios asistenciales complejos (Cardoso-Rocha et al., 2023).

Desde otra perspectiva, la literatura sobre formación continua en enfermería muestra que los programas de capacitación permanente tienen un impacto directo en la reducción de errores clínicos y en el fortalecimiento de la cultura de seguridad dentro de los hospitales. Las revisiones de literatura enfocadas en contextos quirúrgicos de alta complejidad indican que la actualización periódica del personal sanitario mejora el cumplimiento de protocolos, optimiza la comunicación entre equipos interdisciplinarios y contribuye a disminuir eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos. Este tipo de evidencia resalta que la capacitación no debe entenderse como una actividad esporádica, sino como un proceso sistemático que acompaña la evolución del conocimiento clínico y de las tecnologías sanitarias (Quevedo-Suarez et al., 2024).

Complementariamente, investigaciones centradas en la formación universitaria de enfermería señalan que la incorporación temprana de contenidos sobre seguridad del paciente y ética clínica en los programas académicos permite desarrollar una conciencia profesional orientada a la prevención del daño (Dalla-Nora et al., 2022). El análisis de planes de estudio en instituciones de educación superior evidenció que las asignaturas vinculadas con seguridad y ética contribuyen a fortalecer la capacidad crítica de los futuros profesionales para identificar fallos del sistema, comprender la complejidad de los eventos adversos y asumir una responsabilidad compartida en la protección del paciente. Este enfoque educativo resulta particularmente relevante porque prepara a los

profesionales desde su etapa formativa para integrarse a entornos clínicos donde la vigilancia del riesgo y la mejora continua forman parte de la práctica cotidiana del cuidado

En muchos hospitales, la seguridad del paciente se aprende inicialmente a través de la experiencia cotidiana. Sin embargo, confiar únicamente en el aprendizaje práctico puede resultar insuficiente frente a la creciente complejidad de los entornos asistenciales. La incorporación de programas estructurados de formación permite que los profesionales desarrollen competencias específicas relacionadas con la identificación de riesgos, la comunicación clínica efectiva y la aplicación rigurosa de protocolos de seguridad. Estos programas no solo transmiten conocimientos técnicos, sino que también fomentan actitudes profesionales orientadas a la vigilancia permanente de la calidad del cuidado.

Un aspecto central de estos procesos formativos consiste en promover una cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias. Cuando los profesionales comprenden que los errores clínicos suelen ser consecuencia de múltiples factores sistémicos, se genera un entorno donde resulta posible hablar abiertamente de incidentes, analizar sus causas y aprender colectivamente de la experiencia. Este enfoque contribuye a superar visiones punitivas que durante mucho tiempo dificultaron el análisis transparente de los eventos adversos en los hospitales. En su lugar, se impulsa una perspectiva educativa donde cada incidente se convierte en una oportunidad para fortalecer los procesos asistenciales.

La capacitación en seguridad del paciente también requiere integrar diversas metodologías de aprendizaje que permitan trasladar los conceptos teóricos a la práctica clínica real. Entre las estrategias más utilizadas se encuentran las simulaciones clínicas, los análisis de casos, las sesiones de aprendizaje interdisciplinario y las revisiones sistemáticas de incidentes ocurridos en los servicios de salud. Estas metodologías permiten que los profesionales experimenten situaciones complejas en entornos controlados, desarrollando habilidades para la toma de decisiones y la gestión del riesgo clínico sin comprometer la seguridad de los pacientes.

En el campo de la seguridad del paciente, la simulación clínica ha adquirido un papel cada vez más relevante como estrategia educativa capaz de acercar la formación sanitaria a escenarios reales sin comprometer la integridad de los pacientes. En este sentido, Tanicuchi et al. (2026) destacan que la simulación permite recrear situaciones clínicas complejas dentro de entornos controlados donde los estudiantes pueden practicar procedimientos, cometer errores y reflexionar sobre ellos sin que exista riesgo real para las personas atendidas. Este enfoque transforma el error en una oportunidad de aprendizaje y favorece el desarrollo de competencias clínicas, habilidades técnicas y capacidades de toma de decisiones en contextos de presión asistencial, elementos esenciales para reducir la probabilidad de eventos adversos en la práctica profesional.

Desde la perspectiva de la formación en enfermería, Sánchez y Guamán (2022) señalan que la simulación clínica facilita la integración entre conocimiento teórico y práctica clínica, permitiendo que los estudiantes experimenten situaciones que reproducen con alto grado de realismo las dinámicas del cuidado hospitalario. Los autores evidencian que esta metodología fortalece la autoconfianza, mejora la capacidad de trabajo en equipo y favorece la adquisición rápida de destrezas clínicas, aspectos que resultan fundamentales cuando los profesionales deben enfrentarse a contextos asistenciales donde cada decisión puede tener implicaciones directas en la seguridad del paciente. Además, la simulación promueve espacios de reflexión colectiva donde los estudiantes analizan sus actuaciones y comprenden cómo los factores humanos influyen en la ocurrencia de errores clínicos.

En una línea complementaria, estos investigadores advierten que la formación en seguridad del paciente todavía presenta vacíos en muchos programas educativos, donde los contenidos relacionados con prevención de eventos adversos suelen abordarse de forma fragmentada o superficial. A partir de un estudio de método mixto con docentes y estudiantes de formación técnica en enfermería, los autores identificaron que tanto profesores como alumnos reconocen la importancia de estos contenidos, aunque su incorporación en el currículo aún no alcanza un desarrollo integral. Este hallazgo refuerza la necesidad de integrar metodologías activas —como la simulación clínica— que

permitan traducir los principios de seguridad en experiencias formativas concretas y significativas dentro del proceso educativo.

Asimismo, subrayan que la formación continua basada en escenarios simulados resulta especialmente valiosa en áreas clínicas de alta complejidad, como los servicios quirúrgicos o de cuidados intensivos. Según su revisión de literatura, los programas de capacitación permanente que incorporan simulación clínica contribuyen a mejorar la adherencia a protocolos de seguridad, optimizar la coordinación entre equipos multidisciplinares y fortalecer la capacidad del personal para anticipar riesgos durante los procedimientos asistenciales. Estos procesos formativos no solo incrementan las competencias técnicas del personal sanitario, sino que también promueven una cultura organizacional orientada a la prevención del daño y al aprendizaje institucional.

Figura 12.

Modelo de capacitación en seguridad del paciente

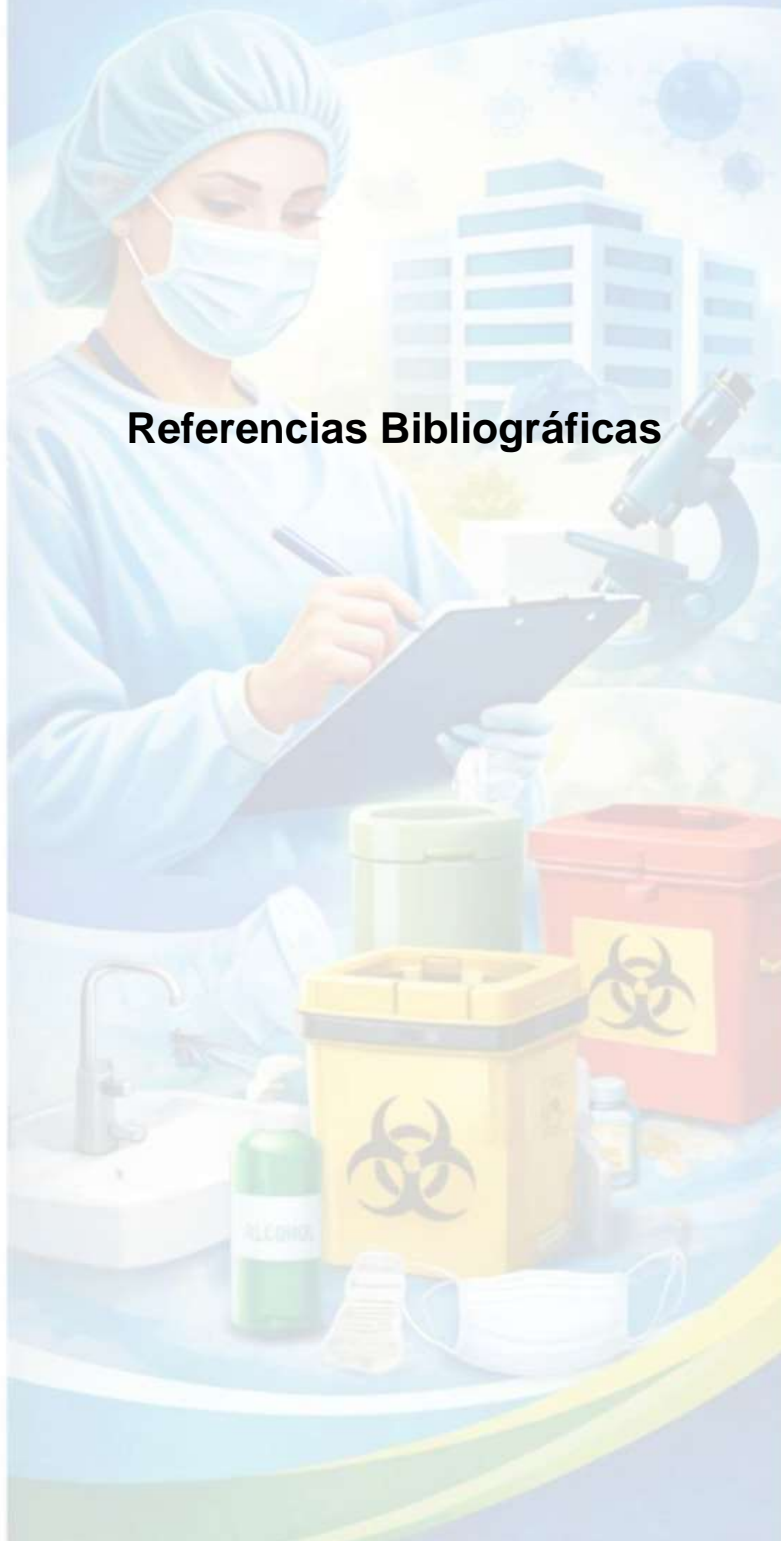


Otro elemento clave en la formación del personal sanitario es la integración de la seguridad del paciente como un componente transversal en la educación continua. La actualización permanente de conocimientos resulta esencial en un contexto donde la tecnología médica, los protocolos terapéuticos y las prácticas clínicas evolucionan de manera constante. Los programas de capacitación

deben adaptarse a estos cambios, incorporando nuevas evidencias científicas y fortaleciendo las competencias necesarias para enfrentar los desafíos emergentes en la atención sanitaria.



Referencias Bibliográficas



Referencias Bibliográficas

- Albanese, F. B., Ventura, D. de S., Perroud, M. W., Nogueira de Souza, R., Morau, M. V., Visacri, M. B., y Moriel, P. (2025). Adverse events in the neonatal intensive care unit identified by triggers. *Frontiers in Pharmacology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1539687>
- Ali, S., Sethi, A., Soltani, A., y Nazar, Z. (2025). Impact of continuing professional development (CPD) on patient outcomes: A systematic scoping review. *BMC Medical Education*, 25, 1284. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07883-4>
- Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., y Alzayer, H. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: A scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatrics*, 25(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>
- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S., y Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e351–e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- Alsadaan, N., Ramadan, O. M. E., Alqahtani, M., Shaban, M., Elsharkawy, N. B., Abdelaziz, E. M., y Ali, S. I. (2023). Impacts of Integrating Family-Centered Care and Developmental Care Principles on Neonatal

Neurodevelopmental Outcomes among High-Risk Neonates. *Children*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/children10111751>

Alsobou, N., Rayan, A. H., Bageas, M. H., ALBashtawy, M. S., Oweidat, I. A., Al-Mugheed, K., y Abdelaliem, S. M. F. (2025). The relationship between patient safety culture and attitudes toward incident reporting among registered nurses. *BMC Health Services Research*, 25, 612. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12763-0>

Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J.-M., y Fernández-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atencion Primaria*, 53(Suppl 1), 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>

Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, A., Lawthers, A., Newhouse, J., Weiler, P., y Hiatt, H. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I*. *Quality & Safety in Health Care*, 13(2), 145–152. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.003822>

Briner, M., Kessler, O., Pfeiffer, Y., Wehner, T., y Manser, T. (2010). Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC Health Services Research*, 10, 337. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-337>

Cai, Y., Liu, Y., Wang, C., Liu, S., Zhang, M., y Jiang, Y. (2024). Patient and family engagement interventions for hospitalized patient safety: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(6), 2099–2111. <https://doi.org/10.1111/jocn.17022>

Capitán del Río, I. (2022). Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. *Cirugía Andaluza*, 33(4), 451–461.

Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., y Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Rivera-Rodriguez, A. J., Hundt, A. S., Hoonakker, P., Holden, R., y Gurses, A. P. (2014). Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Applied ergonomics*, 45(1), 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023>

Cardoso-Rocha, R., Dantas-Avelino, F. V. S., Pereira-Borges, J. W., Cruz-Araújo, A. A., Rocha-Bezerra, M. A., y Teixeira-Nunes, B. M. V. (2023). Formación profesional del técnico en enfermería en seguridad del paciente: Estudio mixto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3819. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6214.3818>

Chávez-Tierra, P. A., Albornoz-Zamora, E. J., y Donoso-Noroña, R. F. (2025). Prevalencia de infecciones recurrentes asociadas al cuidado de enfermería en pacientes críticos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 9(ESP1), 303–314. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i1.4670>

Clarkson, J., Dean, J., Ward, J., Komashie, A., y Bashford, T. (2018). A systems approach to healthcare: From thinking to -practice. *Future Healthcare Journal*, 5(3), 151–155. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.5-3-151>

Constitución de la República del Ecuador, Legislation No. Registro Oficial No. 449, Constitución (2008).

Cui, Y., Wang, Y., Liu, H., Xu, S., y Zhang, X. (2025). Exploring the Correlation Between Patient Safety Culture and Adverse Medical Events Using Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). *Risk Management and Healthcare Policy*, 18, 1367–1376. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S502725>

da Costa-Brás, C. P., Conceição-Ferreira, M. M., Barbieri-de Figueiredo, M. do C. A., y Carvalho-Duarte, J. (2023). Patient safety culture in nurses' clinical practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3837. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3837>

Dalla-Nora, C. R., Maffaccioli, R., Becker-Vieira, L., Gomes-Beghetto, M., Leites, C., y Iribarrem-Ness, M. (2022). Ética y seguridad del paciente en la formación enfermera. *Revista Bioética*, 30, 619–627. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022303555ES>

De Lima, A. J., Zanetti, A. C. B., Dias, B. M., Bernardes, A., Gastaldi, F. M., y Gabriel, C. S. (2023). Occurrence and preventability of adverse events in hospitals: A retrospective study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), e20220025. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025>

Decreto Ejecutivo No. 703: Creación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), Legislation No. Registro Oficial Suplemento 534, 703 Decreto Ejecutivo (2015). https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/DECRETO%20703%20CREACI%C3%93N%20ACCESS_0.pdf

Dhingra-Kumar, N., Brusaferrero, S., y Arnoldo, L. (2021). Patient Safety in the World. En L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan, y R. Tartaglia (Eds.),

- Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (pp. 93–98). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_8
- Donaldson, L., Kelley, E., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M.-P., y Sheikh, A. (2017). Medication Without Harm: WHO’s Third Global Patient Safety Challenge. *Lancet*, 389(10080), 1680–1681. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31047-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31047-4)
- Donaldson, S. L. J., y Fletcher, M. G. (2006). The WHO World Alliance for Patient Safety: Towards the years of living less dangerously. *Medical Journal of Australia*, 184(10). <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/who-world-alliance-patient-safety-towards-years-living-less-dangerously>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., y Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24, 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- España-Olvera, K. N., Albán-Manzano, B. E., Solorzano-Sandoval, J. S., Espinoza-González, J. B., y Figueroa-Jiménez, N. E. (2025). Estrategias de enfermería para reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados. *Ciencia y Educación*, 6(7), 212–226. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17000212>
- Fekadu, G., Muir, R., Tobiano, G., Ireland, M. J., Engidaw, M. T., y Marshall, A. P. (2025). Patient safety incident reporting systems and reporting practices in African healthcare organisations: A systematic review and

meta-analysis. *BMJ Open Quality*, 14(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003202>

Glarcher, M., y Vaismoradi, M. (2025). A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5248–5263. <https://doi.org/10.1111/jan.16105>

Gleeson, L., O'Brien, G. L., O'Mahony, D., y Byrne, S. (2023). Interprofessional communication in the hospital setting: A systematic review of the qualitative literature. *Journal of Interprofessional Care*, 37(2), 203–213. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2028746>

Glowicz, J. B., Landon, E., Sickbert-Bennett, E. E., Aiello, A. E., deKay, K., Hoffmann, K. K., Maragakis, L., Olmsted, R. N., Polgreen, P. M., Trexler, P. A., VanAmringe, M. A., Wood, A. R., Yokoe, D., y Ellingson, K. D. (2023). SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 44(3), 355–376. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.304>

Gorman, J., Kung, J. Y., Rewa, O., Widder, S., y Slemko, J. (2024). Methods of detection of adverse events in critical care: A protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 14(11), e085545. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085545>

Gorman, J., Rewa, O., Kung, J., Widder, S., y Slemko, J. (2025). Methods of Adverse Event Detection in Intensive Care: A Systematic Review. *Critical Care Explorations*, 7(10), e1321. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001321>

- Gqaleni, T. M. H., y Mkhize, S. W. (2023). Healthcare professionals' perception of knowledge and implementation of Patient Safety Incident reporting and learning guidelines in specialised care units, KwaZulu-Natal. *Southern African Journal of Critical Care*, 39(1), 25–29. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2023.v39i1.559>
- Harris, K., y Russ, S. (2021). Patient-completed safety checklists as an empowerment tool for patient involvement in patient safety: Concepts, considerations and recommendations. *Future Healthcare Journal*, 8(3), e567–e573. <https://doi.org/10.7861/fhj.2021-0122>
- Henry-Basil, J., Premakumar, C. M., Mhd-Ali, A., Mohd-Tahir, N. A., y Mohamed-Shah, N. (2022). Prevalence, Causes and Severity of Medication Administration Errors in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Safety*, 45(12), 1457–1476. <https://doi.org/10.1007/s40264-022-01236-6>
- Huang, C.-H., Wu, H.-H., y Lee, Y.-C. (2023). A comparative study on patient safety culture among high-risk hospital staff in the context of the COVID-19 and non-COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Taiwan. *Frontiers in Public Health*, 11, 1200764. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1200764>
- Ibrahim, M. M., Abdul-Rahaman, F., Sayibu, M. S., Alhassan, D. N., Awudu, R. T., Sisala, I. M., Wuni, A., y Abdulai, A.-M. (2025). Assessing the impact of nurses' patient safety competencies on key performance indicators (KPIs) for patient safety outcomes at Tamale Teaching Hospital: The mediating role of leadership and barriers to competency development.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13384-3>

Icaza-Falcón, R. X., Montoya-Intriago, W. S., Calderón-Infante, G. G., Sandoval, J. M., y Vera-Ruiz, K. O. (2025). Evaluación de Indicadores de Calidad Hospitalaria: Impacto en la Seguridad y Satisfacción del Paciente. *Arandu UTIC*, 12(1), 3980–3994. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.851>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, y M. S. Donaldson, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>

Joint Commission. (2024). *Sentinel Events*. <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/sentinel-events>

Kafazi, A., Apostolopoulou, E., Andreou, E., Gavala, A., Stefanidis, E., Antwniadou, F., Stylianou, C., Katsoulas, T., y Myrianthefs, P. (2025). Device-Associated Infections in Adult Intensive Care Units: A Prospective Surveillance Study. *Acta Microbiologica Hellenica*, 70(2). <https://doi.org/10.3390/amh70020015>

Keck, J. M., Wingler, M. J. B., Cretella, D. A., Vijayvargiya, P., Wagner, J. L., Barber, K. E., Jhaveri, T. A., y Stover, K. R. (2022). Approach to fever in patients with neutropenia: A review of diagnosis and management. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 9, 20499361221138346. <https://doi.org/10.1177/20499361221138346>

Kim, J., Lee, M., y Hong, E. (2025). Evaluating the outcomes of patient safety education programs in nursing education: A scoping review. *BMC Nursing*, 24, 273. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02858-8>

- Kleymenova, E., Matrosova, E., Yashina, L., Nazarenko, G., y Gerasimova, N. (2022). Systemic approach to the clinical risks management in a healthcare organization. *Procedia Computer Science, 2022 Annual International Conference on Brain-Inspired Cognitive Architectures for Artificial Intelligence: The 13th Annual Meeting of the BICA Society*, 213, 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2022.11.082>
- Komashie, A., Ward, J., Bashford, T., Dickerson, T., Kaya, G. K., Liu, Y., Kuhn, I., Günay, A., Kohler, K., Boddy, N., O’Kelly, E., Masters, J., Dean, J., Meads, C., y Clarkson, P. J. (2021). Systems approach to health service design, delivery and improvement: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11(1), e037667. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037667>
- Kraker, M. E. A. de, Tartari, E., Tomczyk, S., Twyman, A., Francioli, L. C., Cassini, A., Allegranzi, B., y Pittet, D. (2022). Implementation of hand hygiene in health-care facilities: Results from the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey 2019. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(6), 835–844. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00618-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00618-6)
- Kumah, A. (2025a). Adverse event reporting and patient safety: The role of a just culture. *Frontiers in Health Services*, 5. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1581516>
- Kumah, A. (2025b). Adverse event reporting and patient safety: The role of a just culture. *Frontiers in Health Services*, 5, 1581516. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1581516>

Kumah, A., Zon, J., Obot, E., Yaw, T. K., Nketsiah, E., y Bobie, S. A. (2024).

Using Incident Reporting Systems to Improve Patient Safety and Quality of Care. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 7(4), 228–231. <https://doi.org/10.36401/JQSH-23-39>

La Russa, R., y Ferracuti, S. (2022). Clinical Risk Management: As Modern Tool for Prevention and Management of Care and Prevention Occupational Risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 831. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020831>

Lakshman, P., Gopal, P. T., y Khurdi, S. (2025). Effectiveness of Remote Patient Monitoring Equipped With an Early Warning System in Tertiary Care Hospital Wards: Retrospective Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), e56463. <https://doi.org/10.2196/56463>

Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., y Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377–384. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>

Lee, J. (2023). Neonatal family-centered care: Evidence and practice models. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 67(4), 171–177. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367>

Lehrnbecher, T., Robinson, P. D., Ammann, R. A., Fisher, B., Patel, P., Phillips, R., Beauchemin, M. P., Carlesse, F., Castagnola, E., Davis, B. L., Elgarten, C. W., Groll, A. H., Haeusler, G. M., Koenig, C., Santolaya, M. E., Tissing, W. J. E., Wolf, J., Alexander, S., Hu, H., ... Sung, L. (2023). Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Pediatric

Patients With Cancer and Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: 2023 Update. *Journal of Clinical Oncology*, 41(9), 1774–1785.
<https://doi.org/10.1200/JCO.22.02224>

Ley Orgánica de Salud del Ecuador, Legislation No. Registro Oficial Suplemento No. 423, 423 Registro Oficial (2006).
<https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%20ca1nica%20de%20Salud.pdf> Última reforma: 29 de abril de 2022

Li, L., Ai, C., Wang, M., y Chen, X. (2024). Nurses' Risk Perception of Adverse Events and Its Influencing Factors: A Cross-Sectional Study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 61, 00469580241263876. <https://doi.org/10.1177/00469580241263876>

Ling, M. L., Ching, P., Widadaputra, A., Stewart, A., Sirijindadirat, N., y Thu, L. T. A. (2018). APSIC guidelines for disinfection and sterilization of instruments in health care facilities. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7, 25. <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0308-2>

Lohiya, R., y Deotale, V. (2023). Surveillance of health-care associated infections in an intensive care unit at a tertiary care hospital in Central India. *GMS Hygiene and Infection Control*, 18, Doc28. (ddc:Medizin, Gesundheit). <https://doi.org/10.3205/dgkh000454>

Ma, Y., Lu, X., y Liu, H. (2022). Neutropenic Diet Cannot Reduce the Risk of Infection and Mortality in Oncology Patients With Neutropenia. *Frontiers in Oncology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.836371>

Madine, M., Simsekler, M. C. E., Salah, K., y Ellahham, S. (2025). Applying Quality Improvement Science to Patient Safety: Strategies, Frameworks,

and Sustainable Solutions. *Risk Management and Healthcare Policy*, 18, 3781–3791. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S564459>

Manrique, A. M. C. (2024). Gestión de la calidad en salud basada en la evidencia: Una revisión de herramientas y métodos en auditoría en salud. *Documentos de trabajo ECISA*, (6). <https://doi.org/10.22490/ECISA.8855>

McAndrew, N. S., Jerofke-Owen, T., Fortney, C. A., Costa, D. K., Hetland, B., Guttormson, J., y Harding, E. (2022). Systematic review of family engagement interventions in neonatal, paediatric, and adult ICUs. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 296–325. <https://doi.org/10.1111/nicc.12564>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)* [Modelo de atención en salud]. Ministerio de Salud Pública. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf

Mira, J. J., Navarro, I. M., Guilabert, M., Poblete, R., Franco, A. L., Jiménez, P., Aquino, M., Fernández-Trujillo, F. J., Lorenzo, S., Vitaller, J., de Valle, Y. D., Aibar, C., Aranaz, J. M., y De Pedro, J. A. (2015). A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 38(2), 110–119.

Mistri, I. U., Badge, A., y Shahu, S. (2023). Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus*, 15(12), e51159. <https://doi.org/10.7759/cureus.51159>

Monsalve-Ospina, Y. O., Loaiza-Almanza, Y. M., y Rodríguez-Acevedo, L. C. (2025). Desarrollos recientes en la investigación sobre Gestión de la Calidad Hospitalaria en América Latina y Europa. *Ciencia Latina Revista*

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20386

Mouajou, V., Adams, K., DeLisle, G., y Quach, C. (2022). Hand hygiene compliance in the prevention of hospital-acquired infections: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 119, 33–48.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.09.016>

Murphy, M., Engel, J. R., McGugan, L., McKenzie, R., Thompson, J. A., y Turner, K. M. (2022). Implementing a Standardized Communication Tool in an Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 42(3), 56–64.

<https://doi.org/10.4037/ccn2022154>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud.*

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Organización Mundial para la Salud. (2023). *Seguridad del paciente.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *CD57/12—Strategy and Plan of Action to Improve Quality of Care in Health Service Delivery 2020-2025.*

ONU. <https://iris.paho.org/items/862e858e-4fb4-44b3-b9bc-f97bd5c967e6>

Orozco-Zavala, D. F., Reinoso-Gualaquiza, L. F., Calderón-Asitimbay, J. L., y Avilés-González, J. D. (2025). La auditoría clínica como garantía del derecho a la seguridad laboral del personal sanitario en el Ecuador.

Ciencia y Educación, 6(9.2), 164–175.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17189136>

Ortiz, K. E., Sevilla-Eraza, F., Moran-Caicedo, I. N., y Arboleda-Quinde, K. A.

(2026). Rol de la enfermería en la vigilancia epidemiológica y prevención de infecciones intrahospitalarias en pacientes críticos. *Revista Vive*, 9(25), 74–85. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i25.457>

Pan American Health Organization. (2024). *Implementation of programs for the prevention and control of healthcare-associated infections: Road map*.

<https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/abd42a8d-ff56-40fa-a1e7-ae0652d19411/content>

Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E.,

Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., y Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, l4185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>

Pedroso, A. C., Fernandes, F. P., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisedos,

M. G., Prieto, C., Wilckens, B. O., Villamizar, O. J. S., Olaya, L. A. C., Delgado, P., y Neto, M. C. (2023). Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>

Pham, J. C., Girard, T., y Pronovost, P. J. (2013). What to do With Healthcare

Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research*, 2(3), e27. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e27>

Putra, K. R., Hany, A., Ningrum, E., Arisetijono, E., Taji, M., y Vatmasari, R.

(2025). Patient Safety Culture, Missed Nursing Care, and Adverse Events in University Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of*



https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_210_23

Quevedo-Suarez, S. S., Paredes-Toaza, C. K., Lainez-Ayala, D., Cruz-Ledesma, J. L., Mora-Toro, T. A., Caicedo-Ortiz, E. B., Loor-Franco, J. M., Basurto-Palma, M. A., Cabrera-Cedeño, M., Orellana-Velepucha, E. S., y Diaz-Reyes, J. A. (2024). Formación continua en enfermería y seguridad del paciente en cirugías de alta complejidad. Revisión de literatura. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(3), 949–974.
<https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i3.309>

Rao, L., Zhang, K., Luo, H., He, S., Li, Y., Liu, C., Yang, Y., y Wang, D. (2022). The ability of inflammatory markers to recognize infection in cancer patients with fever at admission. *Immunologic Research*, 70(5), 667–677.
<https://doi.org/10.1007/s12026-022-09299-4>

Ravaghi, H., Ahmadi, F. Z., Khatooni, E., Khani, S., Ahmadnezhad, E., y Abdi, Z. (2025). Patient and family engagement in patient safety efforts in low-resource settings: A scoping review. *BMJ Open*, 15(10), e100907.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-100907>

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Rocco, C., y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

Rosales, K. V., y Marín, F. M. (2025). Factores de riesgos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en paciente UCI adultos. *Revista*

<https://doi.org/10.5377/rcsem.v8i12.21714>

Rutala, W. A., y Weber, D. J. (2016). Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities. *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3), 609–637.
<https://doi.org/10.1016/j.idc.2016.04.002>

Sánchez-Alquinga, D. A., y Guamán-Yupangui, L. P. (2022). La simulación clínica como estrategia de enseñanza-aprendizaje para la formación en enfermería. *Revista Conecta Libertad ISSN 2661-6904*, 6(2), 85–95.

Schiff, G., y Shojania, K. G. (2022). Looking back on the history of patient safety: An opportunity to reflect and ponder future challenges. *BMJ Quality & Safety*, 31(2), 148–152. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014163>

ScienceDirect Topics. (2001). *Sentinel Event—An overview*.
<https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/sentinel-event>

Shemsu, A., Dechasa, A., Ayana, M., y Tura, M. R. (2024). Patient safety incident reporting behavior and its associated factors among healthcare professionals in Hadiya zone, Ethiopia: A facility based cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 100209.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100209>

Shenoy, E. S., Weber, D. J., McMullen, K., Rubin, Z., Sampathkumar, P., Schaffzin, J. K., Sickbert-Bennett, E., Washer, L., Yokoe, D. S., Calderwood, A. H., Chinn, R., Day, M., Garcia-Houchins, S., Javaid, W., Klacik, S., Kyle, E., Murthy, R. K., Wood, A., y Rutala, W. A. (2025). Multisociety guidance for sterilization and high-level disinfection. *Infection*

<https://doi.org/10.1017/ice.2025.41>

Skelly, C. L., McMahon, K., y Munakomi, S. (2026). Adverse Events. En *StatPearls*. StatPearls Publishing.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>

Tanicuchi-Jiménez, P. L., Aldaz-Ruiz, K. G., Reyes-Otacoma, J. J., y Llanga-Vargas, E. F. (2026). La simulación clínica como estrategia didáctica en la educación médica. *Multidisciplinary Collaborative Journal*, 4(1), 1–12.

<https://doi.org/10.70881/mcj/v4/n1/103>

Thursky, K. A., Singh, N., Slavin, M. A., Weinkove, R., Haeusler, G. M., Hickman, J., Jessop, S., Lambros, B., Routledge, D., Sasadeusz, J., Roberts, J. A., Mileskin, L. R., Conyers, R., Douglas, A. P., y Committee, the A. N. F. G. S. (2025). Introduction to the 2024 Consensus Guidelines for the Management of Neutropenic Fever in Patients with Cancer: Principles & Practice of Neutropenic Fever. *Internal Medicine Journal*, 55(S7), 9–19.

<https://doi.org/10.1111/imj.70237>

Vincent, C., Taylor-Adams, S., y Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7138), 1154–1157. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>

Wintaco, L. M., Quintero-Lesmes, D. C., Vargas-Soler, J. A., Barrera, D. M., Palacio, L. N., Granados, U., y Uribe, L. G. (2024). Analysis of Healthcare-associated Infections before and during the COVID-19 pandemic in a Colombian hospital. *Revista Cuidarte*, 15(1).

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.3624>

World Health Organization. (2009a). *The conceptual framework for the ICPS was designed to provide a much needed method of organizing patient safety.*

ONU. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fc68f57e-3cf6-4fbf-a95d-2686593ea392/content>

World Health Organization. (2009b). *WHO guidelines on hand hygiene in health care.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b7cdc469-d662-4958-adfd-949a750e5ad9/content>

World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition.* ONU. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5b9f8b65-3b92-46b9-9e12-aab1dc9070f3/content>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* ONU. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>

World Health Organization. (2022). *Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities* [Technical document]. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.4>

World Health Organization. (2024). *Global report on infection prevention and control 2024* (p. 210). Infection Prevention and Control (IPC). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103986>

Resumen

La seguridad del paciente constituye uno de los pilares fundamentales de la calidad asistencial en los sistemas sanitarios. En este contexto, la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan un desafío prioritario para los establecimientos de salud, debido a su impacto en la morbilidad, mortalidad y costos del sistema. El presente libro ofrece una visión integral sobre la relación entre seguridad del paciente y control de infecciones en los establecimientos de salud ecuatorianos, integrando fundamentos conceptuales, evidencia científica y enfoques prácticos aplicables a la gestión hospitalaria. A lo largo de sus capítulos se abordan temas como la cultura de seguridad institucional, los eventos adversos y centinela, los sistemas de notificación y aprendizaje organizacional, la vigilancia epidemiológica de IAAS y los procesos de esterilización y control microbiológico. Asimismo, se analizan escenarios clínicos específicos, como la atención neonatal y el manejo del paciente oncológico inmunosuprimido, que requieren especial atención en términos de seguridad. La obra propone una mirada sistémica basada en la formación del personal sanitario, la gestión del riesgo clínico y la mejora continua, con el propósito de fortalecer prácticas seguras y promover sistemas de salud más seguros y humanizados.

Palabras Clave: Seguridad del paciente; infecciones asociadas a la atención sanitaria; control de infecciones; vigilancia epidemiológica hospitalaria; calidad de la atención en salud.

Abstract

Patient safety is one of the cornerstones of quality care in healthcare systems. In this context, the prevention and control of healthcare-associated infections (HAIs) represent a top priority for healthcare facilities, given their impact on morbidity, mortality, and system costs. This book offers a comprehensive overview of the relationship between patient safety and infection control in Ecuadorian healthcare facilities, integrating conceptual foundations, scientific evidence, and practical approaches applicable to hospital management. Throughout its chapters, the book addresses topics such as institutional safety culture, adverse and sentinel events, reporting systems and organizational learning, epidemiological surveillance of HAI, and sterilization and microbiological control processes. It also analyzes specific clinical scenarios, such as neonatal care and the management of immunosuppressed cancer patients, which require special attention in terms of safety. The book proposes a systemic approach based on healthcare staff training, clinical risk management, and continuous improvement, with the aim of strengthening safe practices and promoting safer and more humane healthcare systems.

Keywords: Patient safety; healthcare-associated infections; infection control; hospital epidemiological surveillance; quality of healthcare

ISBN: 978-9942-7463-6-8



Este texto profundiza en protocolos de bioseguridad, control de infecciones intrahospitalarias y vigilancia epidemiológica en hospitales y centros de salud del Ecuador.

Incluye lineamientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud adaptadas al contexto nacional.

Se abordan temas como:

- Higiene de manos
- Manejo de desechos sanitarios
- Resistencia antimicrobiana
- Seguridad ocupacional del personal de enfermería.



OM
EDITORIAL