



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE QUITO

Dirección de Investigación y Posgrados

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD DE LATINOAMÉRICA.

STRATEGIES TO PROMOTE A CULTURE OF PATIENT SAFETY IN
HEALTH INSTITUTIONS IN LATIN AMERICA.

Revisión de alcance previo a la obtención del título de Magister en Gestión de
Calidad en Salud y Seguridad del Paciente

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables

Autora: Sayana Del Rocío Lascano De La Torre

Director: Dra. Amelia Briones P.

QUITO-ECUADOR



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE QUITO

HOJA DE APROBACIÓN

Dirección de Investigación y Posgrados

ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD DE LATINOAMÉRICA.

STRATEGIES TO PROMOTE A CULTURE OF PATIENT SAFETY IN
HEALTH INSTITUTIONS IN LATIN AMERICA.

Revisión de alcance previo a la obtención del título de Magister en Gestión de
Calidad en Salud y Seguridad del Paciente

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables

Autora:

Sayana Del Rocío Lascano De La Torre

Director:

Dra. Amelia Briones P.

QUITO-ECUADOR

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, SAYANA DEL ROCÍO LASCANO DE LA TORRE portadora de la cédula de ciudadanía No. 1004781736, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaro que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito, reconociendo en las autorías a la Directora del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Quito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Sayana Del Rocío Lascano De La Torre

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía constante, por darme fortaleza en los momentos de incertidumbre y por iluminar cada paso de este camino académico.

A mis padres, por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por estar siempre presentes con palabras de aliento y gestos de apoyo que han sido fundamentales en mi formación.

A la Dra. Amelia Briones y al Dr. Juan Carlos Maldonado, por su generosa guía, paciencia y compromiso con la excelencia. Su acompañamiento ha sido clave en el desarrollo de esta investigación, y les agradezco profundamente por compartir su conocimiento y por inspirarme a seguir creciendo como profesional.

Sayana Del Rocío Lascano De La Torre

DEDICATORIA

A mis padres, por ser el pilar de mi vida, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la humildad y la perseverancia. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

Y a mi bebé, que aún está en camino, pero ya llena mi corazón de amor y esperanza. Este trabajo es también para ti, como símbolo de todo lo que quiero construir para tu futuro.

Sayana Del Rocío Lascano De La Torre

RESUMEN

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial ya que garantiza que los procesos de atención se desarrollen de manera eficaz, ética y libre de riesgos evitables. En Latinoamérica su fortalecimiento resulta clave para consolidar sistemas de salud más confiables, sostenibles y centrados en las necesidades reales de los pacientes. Bajo este contexto, se planteó la presente revisión de alcance (Scoping Review) con la finalidad de conocer las estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente en instituciones de salud de Latinoamérica. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, en el cual se desarrolló una revisión de alcance siguiendo el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley y se reportó conforme a la guía PRISMA-ScR. Se realizó la búsqueda de información en bases de datos PubMed y LILACS/Bireme, considerando estudios desarrollados en países latinoamericanos publicados en el periodo 2010-2025, en idioma español, inglés y portugués. La información fue codificada y vaciada en una hoja de Microsoft Excel donde se colocaron aspectos clave de cada investigación incluida. La revisión de alcance incluyó 35 artículos en el apartado de resultados, en el cual se consideró 3 temas principales: 1) estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente, 2) resultados de la implementación de estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente y 3) limitantes y facilitadores observados durante la implementación de prácticas de seguridad del paciente. Con el desarrollo del estudio se pudo concluir que las estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente en instituciones de salud son escasas a nivel latinoamericano. Entre las principales estrategias reportadas estuvieron la educación/formación profesional y la estandarización de procesos. Los principales facilitadores para la implementación de prácticas de seguridad a nivel asistencial son el trabajo en equipo y la cualificación profesional, mientras que la falta de apoyo gerencial-administrativo una de las limitantes más destacadas.

Palabras clave: seguridad del paciente, cultura de seguridad, calidad asistencial, estrategias de seguridad, Latinoamérica.

ABSTRACT

Patient safety is an essential component of healthcare quality, ensuring that care processes are carried out effectively, ethically, and free of avoidable risks. In Latin America, strengthening patient safety is key to consolidating more reliable, sustainable, and patient-centered healthcare systems. In this context, this scoping review was conducted to understand strategies for fostering a culture of patient safety in Latin American healthcare institutions. The research used a qualitative approach, developing a scoping review following the methodological framework proposed by Arksey and O'Malley and reporting in accordance with the PRISMA-ScR guidelines. A search was conducted in PubMed and LILACS/Bireme databases, considering studies conducted in Latin American countries published between 2010 and 2025, in Spanish, English, and Portuguese. The information was coded and entered into a Microsoft Excel spreadsheet containing key aspects of each included research study. The scoping review included 35 articles in the results section, which considered three main topics: 1) strategies to promote a culture of patient safety, 2) results of the implementation of strategies to promote a culture of patient safety, and 3) constraints and facilitators observed during the implementation of patient safety practices. The study concluded that strategies to promote a culture of patient safety in healthcare institutions are scarce in Latin America. Among the main strategies reported were professional education/training and process standardization. The main facilitators for the implementation of safety practices at the healthcare level are teamwork and professional qualifications, while the lack of managerial and administrative support is one of the most notable constraints.

Keywords: patient safety, culture of safety, quality of care, safety strategies, Latin America.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Págs.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MATERIALES Y MÉTODOS	5
3. RESULTADOS	8
4. DISCUSIÓN.....	18
5. CONCLUSIONES.....	23
6. RECOMENDACIONES.....	24
7. REFERENCIAS	25
8. ANEXOS.....	34

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la seguridad del paciente ha cobrado relevancia como una prioridad en los sistemas de salud a nivel mundial, que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y consiguiente incremento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios (Bajaña y Ortiz, 2023). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que uno de cada diez pacientes sufre daño durante su atención en países desarrollados, los cuales se originan en una multiplicidad de factores que incluyen aspectos organizativos y del sistema, dimensiones tecnológicas, conductuales y humanas, así como elementos externos y propios de las condiciones del paciente.

En América Latina estas estadísticas son aún peores, se reportan cada año alrededor de 134 millones de eventos adversos, de los cuales cerca de 2,6 millones se asocian con fallecimientos. Estas estadísticas, que superan a las observadas en países desarrollados, se explican principalmente por las limitaciones en la capacitación del personal sanitario y por las deficiencias en la infraestructura de los sistemas de salud de la región (Barzola et al., 2025).

Diversas organizaciones, como el Instituto de Medicina (IOM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), han señalado que los errores médicos representan una de las principales causas de daño evitable en la atención sanitaria, esta situación, además de tener consecuencias clínicas, genera un alto costo económico y social para los sistemas de salud, especialmente en países con menos recursos. Además, afectan negativamente al paciente, su familia, los profesionales clínicos involucrados y el personal de apoyo, el centro de salud y la comunidad (Rodziewicz et al., 2025).

Esta problemática ha motivado la implementación de estrategias enfocadas en consolidar una cultura de seguridad efectiva. En América Latina, la consolidación de esta cultura enfrenta múltiples desafíos, Tello García et al. (2023) en su investigación evidencian debilidades comunes, como la escasa estandarización de protocolos, la baja formación del personal y la limitada cultura de reporte, estas condiciones, sumadas a la sobrecarga laboral y a la falta de recursos, dificultan la implementación sostenida de estrategias de seguridad.

En particular, se observa una brecha entre la existencia de normativas o directrices institucionales y su aplicación real en el entorno hospitalario. Hernández et al. (2020) advierte que, aunque muchas instituciones cuentan con planes de seguridad, estos carecen de indicadores medibles, formación continua del personal o mecanismos para fomentar el aprendizaje a partir del error, esta falta de implementación efectiva puede explicarse, en parte, por la debilidad de la cultura organizacional en torno a la seguridad.

La seguridad del paciente puede mejorarse identificando los factores y eventos que contribuyen a los errores médicos, desarrollando protocolos de prevención multifacéticos e implementando estas estrategias en los distintos niveles de la atención médica. Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con los diferentes tipos de errores médicos para comprender mejor los eventos adversos que pueden causar. Los tipos comunes de errores médicos incluyen errores quirúrgicos, errores de diagnóstico, errores de medicación, fallas de equipo, caídas de pacientes, infecciones nosocomiales y fallas de comunicación. Al identificar las deficiencias, fallas y factores de riesgo que conducen a un evento adverso, se pueden desarrollar medidas correctivas para prevenir errores similares (Rodziewicz et al., 2025).

Asimismo, estudios como el de Riera et al. (2022) destacan que factores como la carga laboral excesiva, la falta de formación y la escasez de recursos inciden negativamente en la cultura de seguridad. Catchpole & McGaffigan (2025) también subrayan la importancia de diseñar entornos seguros desde una visión que integre procesos, entorno físico y cultura organizacional, a pesar de estas recomendaciones, las mejoras en seguridad han sido graduales y frágiles. Esto se debe a la medicalización y burocratización de la seguridad sanitaria, el enfoque excesivo en la eliminación del riesgo (a menudo mediante la estandarización, listas de verificación y protocolos) en lugar de una gestión inteligente del riesgo, y la pérdida de oportunidades para aprovechar adecuadamente las lecciones aprendidas de otros sectores.

Desde el plano normativo, la OMS (2022) ha propuesto el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030 que tiene como finalidad impulsar políticas, estrategias y acciones que se basan en la ciencia, la experiencia de los pacientes, el diseño de sistemas y asociaciones, con el objeto de eliminar todas las fuentes de riesgo y daño evitables para los pacientes y el personal de salud. Este plan se fundamenta en principios que orientan su elaboración e implementación, entre los cuales destacan la participación activa de los pacientes y sus familias en la construcción de una atención segura, la

obtención de resultados a través del trabajo colaborativo, el análisis y la difusión de datos para generar conocimiento útil, así como la traducción de la evidencia en mejoras factibles y medibles. También, se plantea la necesidad de que las políticas y actuaciones se adecuen a las características del entorno asistencial, y que se integren tanto los avances científicos como la experiencia de los propios pacientes con el fin de fortalecer la seguridad en los servicios de salud.

Crear las condiciones para una cultura de seguridad del paciente requiere respeto mutuo, colaboración profesional y el apoyo personal de líderes, médicos y personal en todo el sistema de atención. Más importante aún, la cultura debe cambiar hacia una mentalidad compartida que posicione la seguridad del paciente como un resultado organizacional importante. Por lo tanto, todos deben preocuparse por identificar y reportar errores latentes u ocultos del sistema, además, los errores activos que resultan en eventos adversos deben dar lugar a un análisis de causa raíz sin culpa, centrado en la prevención en lugar del castigo (Camacho et al., 2022). Para Etchegaray et al., (2019), la resiliencia ante los errores del sistema es una estrategia de mejora de la calidad que surge de una preocupación de toda la organización por el fracaso.

De acuerdo al criterio de Pedrosa et al (2023) un sistema de salud maduro considera la creciente complejidad de los entornos de atención, que hace que las personas sean más propensas a cometer errores, en respuesta, las instituciones sanitarias establecen valores, expectativas, prácticas y comportamientos para definir un entorno adecuado que promueva la gestión de la seguridad. La cultura de seguridad del paciente se centra en los aspectos de la cultura organizacional relacionados con la atención segura, y se define como un patrón de comportamiento individual y organizacional basado en creencias y valores compartidos que busca continuamente minimizar el daño al paciente que pueda derivarse del proceso de prestación de la atención.

Bajo este contexto, el desarrollo de la presente investigación tiene gran relevancia social, debido a su impacto directo en la salud y el bienestar de la población, ya que los eventos adversos pueden generar consecuencias graves y, en ese sentido, su prevención y mitigación se convierten en elementos esenciales para asegurar una atención médica segura, oportuna y de calidad. Los resultados derivados de estas investigaciones posibilitan el perfeccionamiento de las prácticas clínicas y la reducción de riesgos, lo cual contribuye al fortalecimiento de los sistemas de salud y a la consolidación de una sociedad más saludable.

De igual manera, este campo de estudio adquiere relevancia porque permite profundizar en la comprensión de los factores que originan los eventos adversos y, al mismo tiempo, generar estrategias orientadas a su prevención mediante la identificación de problemáticas, el diseño de protocolos de actuación y la evaluación de los efectos que producen las fallas en la atención hospitalaria. Por ello, la investigación en seguridad del paciente no solo aporta a la mejora continua de la calidad asistencial y a la optimización de la eficiencia institucional, sino que también genera nuevo conocimiento que contribuye a la construcción de modelos más efectivos para prevenir incidentes que comprometen la seguridad de los pacientes en los entornos hospitalarios.

Respecto a lo indicado, la presente revisión se justifica como un esfuerzo por reunir y analizar las estrategias existentes, sin pretender generalizar ni anticipar resultados, pero sí aportando una visión clara del estado actual del conocimiento en este campo. Además, al estar alineada con los principios establecidos en iniciativas globales como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, esta investigación responde a un compromiso ético y técnico por mejorar los sistemas de salud a través del aprendizaje y la gestión del riesgo clínico.

El presente estudio se enmarca en una revisión exploratoria (*scoping review*) que tiene como objetivo central identificar y analizar las estrategias más efectivas para fomentar una cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud de Latinoamérica, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica y reducir los eventos adversos. Para alcanzar este propósito se planteó como objetivos específicos: 1) Identificar las estrategias implementadas en instituciones de salud públicas y privadas para fomentar una cultura de seguridad del paciente, 2) Revisar los resultados de la implementación de estrategias de seguridad del paciente y formular recomendaciones basadas en evidencia y 3) Examinar los limitantes y facilitadores que afectan la implementación de prácticas de seguridad del paciente.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque, diseño y tipo de investigación

El presente estudio se desarrolló utilizando un diseño para síntesis de evidencia científica de tipo Scoping Review (revisión de alcance), destinado a explorar y sintetizar la literatura existente en torno a las estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente en instituciones de salud de Latinoamérica y empleó el marco metodológico de seis pasos propuesto por Arksey & O'Malley (2005) y se reportó conforme a la guía PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Identificación de la pregunta de investigación

Las preguntas de investigación se generaron a partir de un proceso interactivo consistente en una exploración básica y general del tema, seguida por una discusión entre los miembros de equipo de trabajo (investigador principal [SL], tutor [AB]) y la consulta de un criterio adicional a un asesor externo [JM], a fin de perfilar adecuadamente el marco PCC (población – concepto – contexto) requerido para la Revisión de Alcance (Scoping Review) quedando finalmente formuladas las siguientes: 1) Cuáles estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente han sido implementadas en instituciones de salud de Latinoamérica?; 2) Qué resultados se han obtenido con la implementación de esas estrategias?; y, 3) Cuáles son los posibles aspectos que han afectado (limitando o facilitando) la implementación de esas estrategias?

Identificación de los de los estudios y/o publicaciones relevantes

Para la identificación de los estudios y/o publicaciones relevantes para este Scoping Review, se partió del marco PCC (población – concepto – contexto), en el cual la población fue definida de forma amplia como aquella que recibe cuidados de salud, lo cual permitió abarcar a los pacientes atendidos en instituciones de salud públicas o privadas, independientemente del motivo de atención, ámbito de la atención y nivel de complejidad operativa. El concepto correspondió a la cultura de seguridad del paciente y su fomento o mejora mediante diversas estrategias incluyendo intervenciones, procesos, programas, campañas educativas, medidas administrativas, entre otras. Finalmente, el contexto en el cual se estudiará la población y el concepto, fue definido considerando como ubicación geográfica a los países de Latinoamérica (incluyendo México y el

Caribe), independientemente de otros aspectos del entorno cultural y de las características del sistema de salud propio de cada país.

La búsqueda de la literatura se llevó a cabo en dos bases de datos científicas: PubMed y LILACS/BIREME. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron palabras clave consistentes en términos MeSH y DeCS. Estos términos se combinaron utilizando los operadores booleanos AND, OR y/o NOT, según sea pertinente.

Los términos de búsqueda fueron determinados a partir del marco PCC. En este sentido, en PubMed para la Población se consideró como términos MeSH los siguientes: “health care” OR “patient care”. Para el Concepto se utilizaron como términos clave: “organizational culture” OR “safety culture” OR “safety management” OR “patient safety”. Y, para el Contexto: “Latin America”.

Así, la estrategia de búsqueda primaria quedó formulada como: ((health care) OR (patient care)) AND (((((organizational culture[Title/Abstract]) OR (safety culture[Title/Abstract])) OR (safety management[Title/Abstract])) OR (patient safety[Title/Abstract])) AND (Latin America))

En la base de datos LILACS/BIREME se realizó una adaptación de la estrategia de búsqueda debido a sus propias características. Los términos principales empleados fueron: (“servicios de salud”) AND (“seguridad del paciente” OR “cultura de seguridad”), añadiendo como filtros principales: Base de Datos: LILACS; asunto principal: calidad de la atención, seguridad del paciente, cultura organizacional; tipo de estudio: estudio observacional, investigación cualitativa, ensayo clínico controlado; idioma: portugués, español, inglés; e intervalo de año de publicación: últimos 10 años.

Selección de los estudios y/o publicaciones elegibles

La selección de los estudios y/o publicaciones obtenidos mediante la búsqueda en ambas bases de datos, se llevó a cabo en tres etapas secuenciales: 1) identificación y cribado, 2) lectura exploratoria y 3) revisión a texto completo para lectura analítica y crítica. En la primera etapa, se cuantificó el total de títulos potencialmente útiles, mientras que la identificación y cribado se realizó mediante la revisión de los títulos y resúmenes, eliminando aquellas publicaciones que no se correspondían con el marco PCC definido para el estudio. La segunda etapa de lectura exploratoria se efectuó sobre los resúmenes y el texto completo para determinar si el artículo ofrecía respuesta a alguna de las

preguntas de investigación; además se efectuó una primera aplicación de criterios de elegibilidad. Finalmente, la tercera etapa consistió en la revisión del texto completo, para verificar el cumplimiento de los criterios de selección.

Los estudios y/o publicaciones fueron seleccionados en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en instituciones de salud pertenecientes a países de Latinoamérica.
- Estudios o publicaciones que abordan como tema la cultura de seguridad del paciente (expresada como tal o con términos relacionados con la misma).
- Publicaciones en español, inglés y portugués.
- Publicaciones realizadas en los últimos 10 años (aplicable solo para LILACS/BIREME).

Fueron eliminados los estudios y/o publicaciones en base a los siguientes criterios de exclusión:

- Publicaciones duplicadas entre bases de datos
- Documentos de consenso, editoriales y similares
- Publicaciones que no incluyan información específica sobre estrategias vinculadas a cultura de seguridad del paciente (o sus términos relacionados).
- Publicaciones que no contengan datos fundamentales para responder las preguntas de esta revisión.

Extracción y análisis de datos

La información recopilada fue vaciada en una hoja de Microsoft Excel para su ordenamiento, depuración, condensación, operativización de subvariables y análisis de datos. Las variables de interés registradas fueron: autor, año, título, revista, tipo de estudio, objetivos del estudio, población investigada, tipo de institución, nivel de atención, país de ejecución, estrategias empleadas, resultados/conclusiones del estudio, facilitadores y limitantes.

Debido al reducido número de publicaciones identificadas y la muy elevada heterogeneidad de los estudios (Diferentes ámbitos, poblaciones, estrategias, número de participantes), no fue posible efectuar una ponderación cuantitativa para generar estimadores numéricos globales.

3. RESULTADOS

Características de los estudios

Para la realización de la investigación se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Pubmed y LILACS. En Pubmed se encontraron alrededor de 34 artículos y en LILACS 192, dando un total de 226, de los cuales 197 fueron cribados de acuerdo a criterios de inclusión/exclusión quedando un total de 61 fuentes mismas que fueron revisadas a detalle para verificar su aporte y relevancia en la investigación quedando finalmente 35 artículos publicados desde el año 2010 hasta el 2025; el 13% fueron publicados entre los años 2011 y 2019 y el 83% desde el año 2020 hasta la actualidad. Este proceso (Flujograma) se muestra en el **Anexo 1**.

Los estudios procedieron principalmente de Brasil (57%), seguidos de Colombia (14%), Ecuador (11%), Cuba (9%), Chile (6%) y hubo un estudio multicéntrico latinoamericano (3%). Estos fueron heterogéneos en cuanto a su enfoque, de este modo se incluyeron investigaciones observacional-transversales, estudios de caso, estudios multicéntricos, estudios piloto y dentro del enfoque cualitativo se reportaron estudios fenomenológicos y estudios documentales realizados en varios contextos/niveles de atención que fueron desde la atención domiciliaria y móvil hasta el tercer y cuarto nivel asistencial. Los participantes de los estudios incluyeron principalmente a profesionales de la salud de medicina general y enfermería en distintas áreas asistenciales, pacientes y padres de familia/cuidadores. Los estudios documentales presentaron descripciones variables de las intervenciones en pro de la seguridad del paciente, todo ello dentro de América Latina.

Resultados

En el proceso de síntesis de información de la presente revisión se desarrollaron 3 temas: 1) estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente, 2) resultados de la implementación de estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente y 3) limitantes y facilitadores observados durante la implementación de prácticas de seguridad del paciente.

De las 35 publicaciones incluidas, 13 (37%) correspondieron a estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente en distintas áreas, 6 (17%) correspondieron a resultados de la implementación de estrategias para fomentar una

cultura de seguridad del paciente y 16 (46%) a facilitadores y limitantes percibidos en la implementación de prácticas de seguridad del paciente.

Tema 1: Estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente

De las 35 publicaciones, solo 13 detallaron estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente, estos estudios se detallan en el **Anexo 2**. Del total de publicaciones que abordaron estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente, el 31% se desarrollaron en el área de cuidados intensivos (UCI), 23% en hospitalización, 15% en quirófano, 8% en consulta externa, 8% en salud materno infantil, 8% en el área de emergencia y 7% en el área gerencial.

Entre las estrategias de seguridad más frecuentes estuvo la educación a los profesionales de la salud (26%), seguida de la estandarización de procesos (19%), reportes/notificación de incidentes (19%) y la aplicación de metodologías específicas (11%).

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

En Brasil se desarrolló un estudio dentro de un hospital de segundo nivel con 19 profesionales de la salud (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería) en el que se planteó tres estrategias principales para fortalecer la cultura de seguridad del paciente consensuadas a través de un análisis discursivo: (a) la implementación de seis protocolos basados en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para garantizar atención segura y contribuir a la cualificación de la atención en el establecimiento, (b) participación institucional y multiprofesional para minimizar a posibilidad de errores y garantizar la seguridad del paciente y (c) educación permanente en seguridad que incluye capacitación y actividades teórico-prácticas (Silva et al, 2019).

En un hospital universitario de la ciudad de Sao Paulo se propusieron un conjunto de estrategias para fortalecer la seguridad del paciente fundamentadas en la metodología del Instituto Johana Briggs que incluye auditoria y retroalimentación orientadas a superar barreras previamente identificadas, es así que ante la ausencia de registros sobre evaluación de riesgos se diseñaron diagramas operativos que guiaron la ejecución de actividades específicas, para enfrentar la falta de formación continua del personal se implementó un programa educativo enfocado en prácticas preventivas de lesiones, en respuesta a la limitación de recursos se recurrió a la elaboración artesanal de ciertos

implementos como rieles de reposicionamiento que se emplearon provisionalmente, finalmente, para abordar la falta de estandarización en los registros clínicos, se desarrollaron documentos e impresiones específicas, integrándolos de manera formal al historial del paciente (Sichieri et al, 2024).

En una unidad de pacientes críticos de un centro de salud privado en Chile en el que participaron 13 enfermeros se consideraron las siguientes estrategias para la seguridad del paciente: educación continua con respecto a cultura de seguridad, concientización para la notificación de eventos adversos sin respuesta punitiva y mejora en la comunicación y liderazgo (Navarro et al, 2020).

Por su parte, en un estudio cubano desarrollado con 74 docentes de ciencias médicas se propuso un modelo de gestión de seguridad para UCI que incluyó 3 estrategias principales; la primera contempló la dimensión cognitivo-afectiva encaminada a mejorar los saberes en cuidado en UCI, asimilación contextual humanista y proyección formativa, la segunda fue la proyección formativa de seguridad basada en el empoderamiento cultural de buenas prácticas y tercero la valoración reflexiva en la seguridad de las personas enfermas en UCI enfocada a la calidad procedimental (Reudis et al, 2024).

Hospitalización

En una investigación ecuatoriana desarrollada con 40 estudiantes de enfermería previa evaluación de prácticas de seguridad del paciente se propusieron cinco estrategias clave para fortalecer la seguridad del paciente: (a) la familiarización y aplicación efectiva de políticas y procedimientos institucionales orientados a la prevención de eventos adversos, (b) fomento de una cultura del reporte que promueva la participación activa del personal a través de entornos seguros y espacios de entrenamiento en habilidades comunicacionales que permitan informar incidentes sin temor a represalias, (c) desarrollo de competencias específicas en identificación y mitigación de riesgos, (d) optimización de canales de comunicación institucional para garantizar el flujo oportuno de información relevante y (e) la incorporación de autoevaluaciones estructuradas junto con la implementación de programas de mentoría enfocados en la mejora continua del desempeño profesional en materia de seguridad (León, 2025).

Por su parte, en un estudio realizado con 20 profesionales de la salud de áreas críticas de hospitales públicos de Brasil en área pediátrica se consideró la aplicación de estrategias como: mantenimiento de la adherencia a protocolos para proporcionar

entornos de atención segura en pacientes hospitalares, mantener ciclos de enseñanza-educación sobre seguridad del paciente para crear una postura crítica frente a los hechos y la promoción de acciones de mejora en la atención y finalmente, la participación del acompañante (familiar/cuidador) para promover la seguridad del paciente (Stroeher et al., 2021)

En un Hospital Universitario de Río de Janeiro en el que participaron principalmente profesionales de enfermería se propusieron como estrategias de seguridad: la creación de perfiles de notificación de incidentes que contemplen el tipo de evento o circunstancia notificable, el área de cobertura institucional y el nivel de respuesta correspondiente, todo ello bajo un enfoque de aplicación voluntaria sustentada en el compromiso ético de no causar daño y la promoción de una cultura libre de sanciones punitivas (Novais & De Almeida, 2020).

Quirófano

Un estudio colombiano desarrollado en un hospital de segundo nivel planteó estrategias de seguridad del paciente en el ámbito de la práctica anestésica como: estandarización del etiquetado de medicamentos con uso de protocolos con códigos de colores específicos para fármacos anestésicos, incorporación de datos clave (nombre del medicamento, fecha y hora de preparación, identificación del paciente, vía de administración y concentración), así como mejoras en la tipografía, contraste del texto y características de impresión del rótulo en jeringas para facilitar la legibilidad, además del uso de listados de medicamentos en letras mayúsculas para una identificación más rápida y segura en contextos quirúrgicos (Castro, 2023).

Una investigación documental desarrollada en Ecuador en la que se analizaron acciones e iniciativas de seguridad bajo el enfoque “La Cirugía salva vidas” consideró las siguientes acciones de estandarización de procesos: identificación del paciente y sitio quirúrgico, comprobación de profilaxis antibiótica, control de aparatos y medicación anestésica, recuento de material blanco e instrumental, teniendo como estrategia principal para cumplir con esos procedimientos la comunicación y el trabajo en equipo (Condemaita et al, 2023).

Consulta externa

En un estudio colombiano desarrollado en personal de enfermería de un hospital público se abordó la seguridad del paciente a través de una estrategia de 4 etapas para la prevención de errores en la administración de medicación: (a) selección de la tarea, (b) aplicación de metodología HTA (Hierarchical Task Analysis) para el análisis de la tarea, (c) metodología SHERPA (Systematic Human Error Reduction and Prediction Approach) para identificación de modos de error y (d) reducción de errores mediante el modelo SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) (Torres et al., 2023).

Salud materno-infantil

En una investigación desarrollada con 18 enfermeras y médicos de un centro obstétrico de Brasil se destacaron estrategias como: capacitación profesional, instauración de protocolos de comunicación efectiva entre los profesionales y con el paciente y familiares, procesos de trabajo calificado, atención centrada en la mujer, vigilancia cercana de incidentes y el funcionamiento de un Centro de Seguridad del paciente dentro de la institución (Rodrigues et al., 2021).

Emergencia

Una investigación desarrollada con personal de enfermería de un hospital de Brasil de segundo nivel planteó 5 acciones estratégicas para mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente: (a) creación de una comisión multiprofesional, (b) elaboración e implementación de directrices de recursos humanos, (c) estandarización de flujos de trabajo, rutinas y procesos, (d) implementación de acciones de educación permanente y (e) dimensionamiento adecuado del equipo de enfermería (Poite et al., 2021).

Ámbito gerencial

Un estudio desarrollado en Cuba que incluyó personal directivo, administrativo y asistencial de un Hospital público de segundo nivel propuso las siguientes estrategias: (a) a nivel directivo la aplicación de controles establecidos en la matriz de riesgos, (b) a nivel administrativo el control de adherencia a normativas y políticas internas además de medición y control para establecer acciones correctivas y (c) a nivel asistencial el chequeo y verificación rutinaria de riesgos con llenado de reportes (Rivera et al, 2023).

Tema 2: Resultados de la implementación de estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente

En 6 de los 35 artículos se encontró información sobre los resultados obtenidos con la implementación de las estrategias, 2 de estas investigaciones se desarrollaron en Brasil, 2 en Ecuador, 1 en Chile y 1 de manera conjunta en hospitales de Argentina y México. El detalle de estos estudios se muestra en el **Anexo 3**.

La estrategia más aplicada para fomentar una cultura de seguridad del paciente fue la educativa tanto de manera presencial como virtual reportada en 4 de las 6 publicaciones (66,7%), mientras que el uso de protocolos específicos de seguridad se empleó en 2 investigaciones (33,3%), sin embargo, ambas estrategias mostraron resultados positivos similares al lograr mejores conocimientos y prácticas de seguridad.

En una investigación brasileña realizada en un hospital general en el que se llevó a cabo un ciclo de 26 actividades educativas dirigidas a 361 profesionales de la salud donde se abordó de forma teórica y práctica aspectos clave como la comunicación segura, el uso adecuado del lenguaje y métodos efectivos de interacción se reportó un incremento notable en la conciencia y familiarización del personal con prácticas de comunicación segura, así como una mejora significativa en el conocimiento y aplicación de estas prácticas en el entorno clínico diario, además de mayor interés por profundizar en el tema (Masarolli et al., 2021).

En Brasil, un estudio piloto realizado en un hospital docente de alto nivel de especialización donde se aplicó estrategias educativas (podcast/videos, diapositivas, juegos, recordatorios) y se completaron actividades en Google Classroom, logró fortalecer la adhesión de líderes y profesionales de enfermería a protocolos básicos y prácticas de seguridad sobre todo en el campo de identificación correcta del paciente en más del 80% (Voltan et al., 2024).

En un estudio desarrollado en hospitales públicos de Argentina y México en el que participaron 545 profesionales de la salud quienes durante 18 meses formaron parte del programa "TALK© Debriefing clínico (Objetivos de mejora, análisis, puntos de aprendizaje, acciones clave) que combinó capacitaciones virtuales y presenciales permitió que el 93,76% de los participantes manifestara sentirse preparado y dispuesto a aplicar Debriefing tras la intervención (Díaz et al., 2024).

En Chile se desarrolló una intervención educativa audiovisual (videos) donde se abordaron temas relevantes sobre la seguridad del paciente en una población de 95 estudiantes de enfermería y tras su aplicación el nivel de conocimiento pasó del 30,5% al 52,3% (Moreno & Febre, 2017).

En Ecuador, un estudio realizado con 19 profesionales de la salud en un centro de salud donde se evaluó el impacto de la implementación de protocolos del programa de seguridad del paciente reportó que el 94,7% del personal cumplía con los quince correctos en la administración de medicamentos, el 84,2% aplicaba medidas de protección adecuadas y el 94,7% realiza un manejo apropiado de desechos y sigue correctamente las prácticas de higiene de manos (Bajaña & Ortiz, 2023).

Otra de las investigaciones realizadas en Ecuador en la que se abordó un Programa de seguridad del paciente que fue aplicado a través de protocolos en una muestra de 30 profesionales de la salud del área de Emergencia en un hospital de segundo nivel, reportó una mejora del 100% en cuanto a conocimientos de lavado de manos, identificación del paciente y administración correcta de medicamentos y un 87% en la notificación de eventos adversos (Cortez, 2023).

Tema 3: Limitantes y facilitadores percibidos durante la implementación de prácticas de seguridad del paciente.

De los 16 estudios incluidos en este apartado el 50% narran los facilitadores y el otro 50% las limitantes percibidos durante la implementación de prácticas de seguridad del paciente. La descripción de estos estudios se muestra en el **Anexo 4**.

Dentro de los elementos facilitadores de la implementación de prácticas de seguridad del paciente, el trabajo en equipo (37,5%) junto con la cualificación profesional (37,5%) fueron las más frecuentes. Sin embargo, la estructuración de los servicios de salud, el respaldo gerencial, condiciones de trabajo y la participación filial o de cuidadores también se destacaron, aunque en menor medida. Por otra parte, como principal limitante se destacó a los factores estructurales/jerarquías referidos principalmente a la falta de apoyo gerencial reportado en 5 de las 8 publicaciones (62,5%).

Facilitadores

En una investigación realizada con personal de enfermería y cirujanos dentistas de unidades de atención primaria de salud tradicionales y unidades de salud familiar a

nivel urbano y rural de un municipio brasileño reportó como principal facilitador de seguridad del paciente la estructuración de servicios asistenciales (red de atención médica) para facilitar la atención especializada en casos oportunos (Rocha et al, 2021).

En el mismo contexto, un estudio desarrollado con profesionales de enfermería de una unidad de atención de primer nivel en Brasil consideró a la cualificación profesional a través de educación permanente o continuada uno de los facilitadores más importantes para planificar y mejorar la atención ofrecida, así como minimizar la posibilidad de que ocurran errores en la atención al paciente (Teixeira et al, 2022).

Por su parte, en una investigación desarrollada en un centro asistencial de primer nivel con 71 profesionales de la salud en Brasil se consideró al trabajo en equipo interprofesional y directivo como parte esencial de la instauración de prácticas de seguridad del paciente (Guimarães et al., 2023).

Otro estudio brasileño realizado en un hospital general de segundo nivel con profesionales de la salud en rango de líderes consideró como facilitadores al trabajo en equipo, la valoración del rol profesional, el respaldo de la gerencia, la aplicación sistemática de protocolos clínicos, así como la satisfacción y condiciones laborales, dado que estos elementos no solo favorecen un entorno organizacional más propicio, sino que también fortalecen la motivación del personal para asumir un compromiso activo con la cultura de seguridad, promoviendo la apropiación de responsabilidades y la adopción de cambios orientados a la mejora continua (Heidmann et al, 2019).

Dos investigaciones desarrolladas en el campo domiciliario en hospitales de segundo nivel en Brasil reconocieron a la participación activa de los padres y cuidadores como facilitadores para la seguridad del paciente pediátrico o dependiente, su inclusión en los planes de atención, procesos de egreso hospitalario y cuidados domiciliarios permite reforzar la vigilancia, mejorar la adherencia a las indicaciones médicas y promover un entorno más seguro (Leite et al, 2022); (Moura et al, 2020).

En Colombia, un estudio que hizo parte de un macroproyecto de cultura de seguridad del paciente desarrollado con el personal de enfermería de primer y segundo nivel asistencial de 4 hospitales de Antioquia refirió como facilitadores el aprendizaje organizacional/educación y la mejora continua (Martínez et al., 2017).

Otro estudio colombiano afín realizado con 514 trabajadores de la salud de 6 hospitales tanto públicos como privados de segundo a cuarto nivel asistencial, identificaron como facilitadores clave para la implementación efectiva de prácticas orientadas a la seguridad del paciente; el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo caracterizado por apoyo mutuo, colaboración como equipo y trato respetuoso (Salazar & Restrepo, 2020)

Limitaciones

En un estudio desarrollado en un hospital privado de Brasil en el que se analizaron 262 informes clínicos del área clínica, quirúrgica y de emergencia se notificó como principales limitantes de la implementación de estrategias de seguridad al descuido, la falta de atención y la distracción (De Lima et al, 2019).

Otra de las investigaciones desarrolladas en Brasil pero en esta ocasión en 4 hospitales públicos determinaron tres limitaciones principales en la implementación de estrategias de seguridad del paciente, la primera fue la dotación inadecuada de personal de enfermería (poco personal y recursos), el segundo fue el fracaso en el apoyo de la alta dirección y de políticas institucionales y la tercera, fue el déficit en la adherencia de los profesionales a las estrategias de seguridad del paciente debido a la falta de reconocimiento de la importancia de promover acciones de seguridad (Dos Reis et al, 2019).

Dentro del mismo sector de salud pública del Brasil, otras de las limitantes reportadas para implementar estrategias de seguridad del paciente relacionadas con la notificación de errores o eventos adversos notificados fueron los factores estructurales y culturales que afectan directamente la disposición del personal para reportar incidentes, siendo la sobrecarga laboral, la falta de tiempo y el déficit de personal elementos que limitan la capacidad operativa para realizar dichas notificaciones, condiciones que debilitan el compromiso con la cultura de seguridad (Moreira et al., 2022).

En un estudio desarrollado en un Hospital general de Brasil con la participación de 110 profesionales de la salud identificaron que las deficiencias en las acciones de gestión son limitantes importantes de la cultura de seguridad del paciente, cuando se perciben una falta de apoyo institucional o no reciben información clara y oportuna por parte de la gerencia, se genera una brecha de comunicación que limita la participación activa de los trabajadores en las iniciativas de seguridad (Da Silva Júnior et al, 2020).

Otro desafío adicional notificado en una investigación brasileña realizada en el sector público es la rotación continua del personal causada por la fragilidad de las relaciones laborales que lleva a una pérdida constante de trabajadores calificados, sobrecarga al equipo que permanece en la institución y genera la necesidad frecuente de capacitar a los profesionales recién contratados (Do Nascimento et al, 2024).

Por su parte, en el ámbito asistencial móvil brasileño se han notificado como principales limitantes a la comunicación basada en jerarquías profesionales, influenciadas por las características personales y emocionales de cada trabajador que en muchas ocasiones impiden aplicar o mejorar las estrategias de seguridad (Miorin et al, 2020).

Por otra parte, una investigación cubana desarrollada en trabajadores de la salud de un Hospital pediátrico y de un Hospital provincial universitario notificó como limitantes la falta de comunicación o interconexión a nivel gerencial, escasa gestión de conocimientos y capacidad técnica, cansancio y pérdida de concentración (Betancourt et al, 2011).

En Bogotá-Colombia una investigación descriptiva reconoció como principal limitación a la falta de políticas públicas sobre seguridad y las características de los sistemas de salud que repercuten en las condiciones laborales, la prestación de servicios y el cometimiento de errores durante la atención (Estrada et al, 2024).

4. DISCUSIÓN

El abordaje de las estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente en instituciones de salud reveló escasas iniciativas para su fortalecimiento en el contexto latinoamericano dado que la mayoría de estudios se enfocan más en el control que en la mejora desde la perspectiva de los sistemas de gestión de calidad en salud. En este marco la seguridad del paciente sigue siendo un reto para los sistemas de salud los cuales a decir de Zuleta et al (2024) deben pasar de un enfoque reactivo a uno preventivo con un abordaje sistemático, métodos y aplicación de protocolos basados en evidencia científica que permitan practicas asistenciales más seguras.

En Latinoamérica, esta dificultad responde en gran medida a debilidades estructurales de los sistemas de salud donde la fragmentación, la falta de recursos y la inestabilidad política afectan la seguridad del paciente. Espinoza et al. (2020) a través de su estudio reportaron que el sistema de salud Latinoamérica se ve afectado por la falta o escasez de recursos humanos (54,92%) y deficiente infraestructura (36,89%) y déficit presupuestal (28,42%), factores que limitan la calidad asistencial, sin embargo, afirman que aumentar la cantidad de recurso humano o recursos materiales no es necesariamente lo único que debe considerarse, dado que para superar muchas de las deficiencias en materia de salud se debe asegurar el abordaje de las principales necesidades, entre ellas la capacitación constante del personal en materia de salud.

Dentro de la revisión de alcance se pudo reconocer a la educación y la estandarización de procesos clínicos como las principales estrategias aplicadas para mejorar la seguridad del paciente en el contexto latinoamericano. En torno a ello, Mafla et al. (2024) destacan que la educación en materia de seguridad es clave para mantener conocimientos y habilidades necesarios para una atención segura y de calidad, además de un mayor compromiso hacia la excelencia en la atención de salud.

La formación profesional aplicada a través de capacitaciones, cursos, talleres presenciales o virtuales, además de otras estrategias mejoran el conocimiento y prácticas de seguridad del paciente. Quevedo et al. (2024) apoyan lo expuesto aludiendo que, a través de programas de educación, los profesionales sanitarios pueden adquirir conocimientos avanzados y habilidades prácticas especializadas, como planos de atención, técnicas de enfermería y procedimientos actualizados, fomentando una capacidad de respuesta rápida y efectiva ante eventos adversos.

De la misma forma, Torres et al (2024) reconocen que la formación continuada es la vía más adecuada para mantener la competencia profesional y garantizar su adaptación a las nuevas situaciones, tecnologías y conocimientos, por lo que debe considerarse como una de las herramientas fundamentales de seguridad y calidad de los servicios sanitarios.

La incorporación de debriefing clínico también surgió como una de las estrategias formativas para mejorar la seguridad del paciente. De acuerdo a Szyld et al. (2021) su aplicación acentúa la oportunidad de apoyarse entre pares, fomentar el trabajo en equipo, repasar y reflexionar sobre lo ocurrido, compartir diferentes perspectivas, identificar amenazas latentes y comunicar ideas con lo que se crean oportunidades de mejora continua del sistema ya que se abordan tanto los eventos satisfactorios como mejorables.

Por otra parte, también se evidenció que la estandarización de procesos a través de flujogramas, guías, mapas, protocolos es otra de las estrategias claves en cuanto a seguridad asistencial. Para estandarización de prácticas asistenciales es una de las estrategias de seguridad más efectivas porque reducen directamente la posibilidad de que se presenten fallas o errores al tener vasto respaldo científico, se reducen costos y se mejora la percepción de la calidad de atención (Salcedo et al., 2020).

Para Villacreces et al. (2025) concuerdan con lo expuesto, el cumplimiento normativo en procesos asistenciales es un aspecto crucial de la seguridad del paciente ya que garantizan la aplicación de procedimientos basados en evidencia lo que favorece la calidad técnica, disminuye la ocurrencia de eventos adversos y optimiza la trazabilidad y precisión de los resultados.

En este punto es destacable mencionar que, en muchos establecimientos de salud latinoamericanos, la ausencia de protocolos adaptados a la realidad local limita su impacto, generando discrepancias en la seguridad del paciente. Dimer et al. (2024) refuerzan lo dicho aludiendo que las guías o protocolos mayormente provienen de países desarrollados y rara vez consideran un entorno de bajos recursos, lo que pone en cuestionamiento su correcta interpretación y aplicación.

En consecuencia, la estandarización de procesos y la aplicación de metodologías específicas como el debriefing, aunque representan estrategias clave para fortalecer la seguridad del paciente al mejorar la calidad técnica de la atención y reducir la ocurrencia de eventos adversos, enfrentan serias limitaciones en muchos contextos latinoamericanos debido a la falta de recursos humanos, financieros y tecnológicos que impiden su correcta

utilización. Esta situación no solo limita la efectividad de dichas estrategias, sino que también pone de relieve la necesidad de considerar alternativas complementarias que puedan ser implementadas de manera más viable en escenarios de bajos recursos. Frente a estas limitaciones, las estrategias educativas se configuran como una opción más factible y sostenible al permitir que los profesionales adquieran competencias prácticas y actualizadas que favorezcan la prestación de una atención segura.

Otro de los aspectos sobre el cual es esencial intervenir en materia de seguridad es el trabajo en equipo dado que, dentro del campo asistencial, se reconoce como uno de los facilitadores más importantes en la aplicación de estrategias de seguridad. Estrada et al. (2024) consideran que el trabajo en equipo es un pilar indiscutible en el ámbito de la seguridad del paciente, cuando el equipo de salud está bien coordinado y organizado, la ejecución de procedimientos clínicos tales como la adopción de prácticas seguras, la comunicación efectiva y la administración adecuada de medicamentos se realiza de manera más segura y eficiente.

Desde otra perspectiva, para Handayani et al. (2025) la seguridad del paciente no debe entenderse únicamente como un conjunto de acciones centradas en el personal sanitario, sino como un proceso integral en el que la participación activa de los pacientes y sus familias adquiere un papel fundamental. Su involucramiento favorece una vigilancia más cercana de los procedimientos, promueve una comunicación efectiva entre usuarios y profesionales y facilita la detección temprana de errores o riesgos potenciales. Además, que esta colaboración no solo se traduce en salvar numerosas vidas, sino que también genera un impacto positivo en la sostenibilidad del sistema de salud.

Sin embargo, en el contexto latinoamericano, la inclusión del paciente y su familia en la seguridad asistencial se encuentra poco desarrollada pues no se le ha dado el protagonismo pertinente. Esta falta de participación limita la capacidad de identificar riesgos oportunamente y reduce la confianza en los procesos de atención. Por ello se vuelve imperativo implementar programas educativos dirigidos no solo a profesionales de la salud sino también a pacientes, familiares y cuidadores para favorecer una colaboración activa y consecuentemente práctica más seguras, contribuyendo así a superar las barreras estructurales que persisten en la región.

Por lo tanto, las estrategias identificadas para fomentar una cultura de seguridad del paciente en Latinoamérica se concentran en la educación y capacitación continua de

los profesionales de la salud, la estandarización de procesos asistenciales y la aplicación de metodologías específicas, así como la inclusión activa de pacientes y familiares, conformando un conjunto amplio de iniciativas que pueden mejorar la calidad asistencial regional, pero que requieren esfuerzos adicionales para su efectiva implementación. Si bien estas estrategias se aplican en algunas regiones de Latinoamérica, su uso sigue siendo limitado y desigual, lo que evidencia la necesidad de mayores intervenciones que fortalezcan no solo la formación profesional, sino también la infraestructura, la disponibilidad de recursos y la comunicación institucional, además, resulta crucial complementar estas acciones con enfoques preventivos y de gestión de riesgos, evitando depender únicamente de sistemas punitivos que, aunque importantes, no garantizan por sí solos una mejora sostenida en la seguridad del paciente.

En este campo, Cuba et al. (2025) reconocen que la limitada formación profesional, la escasez de recursos y la baja adherencia a protocolos o guías de seguridad constituyen factores críticos que contribuyen a la ocurrencia de eventos adversos. Sin embargo, señalan que abordar estos factores de manera aislada no es suficiente para prevenirlos; por ello, enfatizan la necesidad de un compromiso activo y de la colaboración coordinada de todos los actores del sistema sanitario, incluyendo organismos reguladores, personal administrativo y equipos clínicos. De manera complementaria, Brittain y Carrington (2021) señalan que los procesos de gestión de apoyo, compromiso gerencial y de líderes aumentan la seguridad del paciente, mientras que un deficiente direccionamiento la comprometen y ocasionan más problemas para las organizaciones.

Adu & Zuma (2024) afirman que la ausencia de apoyo gerencial y promotores de seguridad del paciente implica que no hay personal designado que supervise y garantice la implementación de las políticas de seguridad del paciente lo que pone en riesgo su integridad. Esta carencia limita la eficacia de las estrategias formativas y procedimentales y dificulta la creación de una cultura organizacional centrada en la prevención de eventos adversos, evidenciando la necesidad de acciones coordinadas que involucren tanto a la alta dirección como a los equipos clínicos, pacientes y familiares en todos los niveles del sistema de salud.

En conjunto, la literatura revisada evidenció que, aunque en Latinoamérica se han implementado estrategias orientadas a la formación, estandarización de procesos y participación de pacientes, su aplicación es aún limitada y desigual. La seguridad del paciente no depende únicamente de medidas punitivas, protocolos aislados y procesos

formativos improvisados, sino de un enfoque integral que combine educación continua, compromiso gerencial, coordinación institucional y asignación de recursos adecuados para lograr una mejora sostenible, por cuanto, fortalecer la colaboración de todos los actores del sistema sanitario junto con el desarrollo de políticas que promuevan una cultura de seguridad consolidada y proactiva sigue siendo necesaria.

5. CONCLUSIONES

Dentro de las estrategias identificadas para fomentar una cultura de seguridad del paciente en Latinoamérica se concentran en la educación y capacitación continua de los profesionales de la salud y la estandarización de procesos asistenciales fueron las más frecuentes. Por otra parte, se pudo evidenciar una limitada aplicación de enfoques como el debriefing clínico y otras metodologías específicas. Además, se pudo evidenciar escasas iniciativas o acciones dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores como parte de la seguridad asistencial.

La implementación de estrategias para fomentar una cultura de seguridad del paciente evidenció resultados positivos en diferentes contextos y niveles asistenciales latinoamericanos, destacándose la estrategia educativa como la más frecuente tanto en modalidad presencial como virtual la cual fortaleció los conocimientos, la conciencia y la disposición del personal de salud para aplicar prácticas seguras.

La implementación de prácticas de seguridad del paciente se vio favorecida principalmente por el trabajo en equipo y la cualificación profesional mientras que la falta de apoyo gerencial y deficiencias estructurales fueron las principales limitantes dentro del contexto latinoamericano.

6. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda fortalecer de manera sostenida las estrategias de educación continua, promover el trabajo en equipo, la estandarización de procesos, así como la aplicación de metodologías/normativas específicas en diversos procedimientos clínicos ya que estos elementos permitirán mejorar la calidad de atención.

Resulta necesario impulsar nuevas investigaciones en el campo de la seguridad asistencial que trasciendan los enfoques punitivos y se orienten hacia el desarrollo de prácticas preventivas, colaborativas e innovadoras, capaces de generar mejoras sostenibles en la calidad de atención y satisfacción del paciente.

Si bien en el presente estudio la participación del paciente, su familia y cuidadores se abordó de manera limitada, es necesario reconocer que su inclusión activa en la seguridad asistencial debe cobrar mayor interés, por lo tanto, se sugiere impulsar estrategias de seguridad asegurando un mayor protagonismo para favorecer la detección temprana de riesgos y con ello dar paso hacia una cultura preventiva y colaborativa en materia de seguridad y calidad asistencial.

Es preciso además promover la articulación entre equipos de salud, gestores institucionales y organismos reguladores, a fin de superar las limitaciones derivadas de la falta de apoyo gerencial, las deficiencias estructurales y la escasez de personal para garantizar condiciones laborales adecuadas que permitan sostener prácticas de seguridad a largo plazo.

7. REFERENCIAS

- Adu, G., & Zuma, S. (2024). Contributory factors related to patient safety incidence: A nursing perspective. *Health SA*, 29, 2296. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11151417/>.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Opening studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*, 8(1), 19-32.
- Bajaña, J., & Ortiz, M. (2023). Cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario del Centro de Salud de Canoa. *Medisur*, 21(5), 985-993. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n5/1727-897X-ms-21-05-985.pdf>
- Barzola, B., Vaca, M., & Yumisaca, N. (2025). Seguridad del paciente en unidades de emergencia: factores asociados a eventos adversos. *Anatomía Digital*, 8(1.1), 156-171. Obtenido de <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v8i1.1.3364>
- Betancourt, J., Cepero, R., & Gallo, C. (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 5(6), 936-944. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v15n6/amc020611.pdf>.
- Brittain, A. C. (2021). Salud organizacional y seguridad del paciente: una revisión sistemática. *J Hosp Manag Health Policy*, 5, 2-8. <https://jhmhp.amegroups.org/article/view/6544/pdf>.
- Camacho, D., Carrasquilla, D., Dominguez, K., & Palmieri, P. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 19(21), 14380. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9658502/>
- Castro, A. (2023). Etiquetado de medicamentos en anestesia: colores y letras que salvan vidas. *Rev. colomb. anesthesiol*, 51(2), 70. http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v51n2/es_2256-2087-rca-51-02-70.pdf.
- Catchpole, K., & McGaffigan, P. (2025). *To Err Is Human – To Design for Safety Is Essential: Why Human Factors Matters in Health Care*. Institute for Healthcare Improvement.

- Condemaita, S., Benítez, K., Campos, A., Ocaña, M., & Paredes, C. (2023). Estrategias utilizadas por el personal de salud para seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3), 1124. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1136/1460>.
- Cortez, J. (2023). Análisis de la aplicación del programa de seguridad del paciente en el área de emergencia del hospital Delfina Torres de Concha. *Más Vita. Revista de Ciencias de Salud*, 5(4), 103-117. <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/616/1472>.
- Cuba, J., Chóez, S., & Tasé, M. (2025). Conocimientos sobre cultura de seguridad del paciente en estudiantes de enfermería campus Macas, Ecuador. *Rev UNIANDES Ciencias de la Salud*, 8(1), 5-23. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/3445/4370>.
- Da Silva, J., De Jesús, P., Andrade, T., Campos, M., Barreto, S., & De Souza, D. (2020). Cultura de segurança do paciente: percepções e atitudes dos trabalhadores de centro cirúrgico. *Revista SOBECC*, 25(3), 136-162. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/567/pdf>.
- De Lima, A., Da Silva, F., De Oliveira, G., Nóbrega, T., Cortez, B., & De Oliveira, R. (2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enferm. glob.*, 18(55), 314-343. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300010.
- Díaz, C., Armijo, S., Prudencio, C., Velazco, J., Castro, P., & León, E. (2024). Evaluación del entrenamiento TALK© para el debriefing clínico interprofesional en América Latina. *Residencia médica Arch*, 55(7), 103060. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39332151/>.
- Dimmer, A., Baird, R., & Puligandla, P. (2024). Role of practice standardization in outcome optimization for CDH. *World J Pediatr Surg*, 7(2), e000783. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10961560/>.

- Do Nascimento, A., Oliveira, G., Figueiredo, C., Pereira, A., Moita, A., Lourenco, M., . . . Carneiro, M. (2024). Educação permanente para qualidade e segurança do paciente em hospital acreditado. *Acta Paul Enferm*, 37, eAPE00041. <https://www.scielo.br/j/ape/a/56dmfgJTWX5tSZ7GK6rkLzJ/?format=pdf&lang=pt>.
- Dos Reis, G., Campos, J., Dias, A., Wilamowius, D., Silva, S., & Misue, L. (2019). Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of management nurses. *Rev Gaúcha Enferm*, 40, e20180366. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/687N6SXJTd7cqhqNBXyMc4J/?format=pdf&lang=en>.
- Espinoza, E., Gil, W., & Agurto, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Rev Cubana Salud Pública*, 46(4), e2146. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e2146/es>.
- Estrada, A., Falcones, J., & Orellana, C. (2024). Percepción sobre cultura de seguridad del paciente en los internos de enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 8985-9003.
- Estrada, K., Gaitán, H., & Elsava, J. (2024). La seguridad del paciente como problema de salud pública. *Rev. colomb. anestesiol.*, 52(2), 5. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472024000200005.
- Etchegaray, J., Eric, T., & Profit, J. (2019). Preoccupation with failure and adherence to shared baselines: Measuring high-reliability organizational culture. *J Patient Saf Risk Manag*, 24(4), 147-152. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6941901/>
- Guimarães, L., Blatt, C., Giacobbo, C., Bergmann, J., & Pelin, L. (2022). Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS*, 25(3), 494-517. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35471/25744>.
- Handayani, Rini, R., & Kadek, E. (2025). Estrategias para involucrar al paciente y a la familia en la mejora de los objetivos de Seguridad del Paciente en el hospital: una revisión del alcance. *Enferm. glob.*, 24(75), 636521.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412025000100016.

- Heidmann, A., Flores, L., Schmidt, C., Loro, M., Fontana, R., & Bernat, A. (2019). Fatores contribuintes para consolidação da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Esc Anna Nery*, 24(1), e20190153. <https://www.scielo.br/j/ean/a/7yVPCnBjTG66pLxn7xfPjzN/?format=pdf&lang=pt>.
- Hernández, A., Rojas, C., & Vargas, R. (2020). Situación de la seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos: revisión integradora. *Rev Salud Pública*, 22(4).
- Leite, R., Ribeiro, A., Cunha, M., Maia, E., Ben, W., & Almeida, F. (2022). Busca de qualidade e segurança no cuidado ao filho: interações familiares com profissionais de Home Care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 26, e20210236. <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1346041>.
- León, H. (2025). Autoevaluación de la cultura de seguridad en estudiantes de enfermería en una institución de educación superior. *Prohominum*, 6(3), 128-140. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2665-01692024000300128&script=sci_arttext.
- Lino, W., Moreira, C., Pinargote, M., & Parrales, K. (2025). Estandarización y control de calidad en los laboratorios de análisis clínico. *Rev UNIANDES*, 8(1), 78-98. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/3692/4378>.
- Mafla, S., Rivadeneira, A., & Fuentala, M. (2024). Enseñanza de la seguridad del paciente y calidad en la atención hospitalaria: Una revisión sistemática. *Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa (REFCaE)*, 12(3), 18-42. <https://refcale.ulead.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3891/2577>.
- Martínez, C., Agudelo, J., Areiza, S., & Giraldo, D. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar*, 17(33), 277-291. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532017000200277.
- Massaroli, A., Pasquetti, D., Foiato, K., Souza, L., Biffi, P., Lima, J., & Conceicao, V. (2021). Estratégias educativas na promoção da comunicação segura: relato de

- experiência. *Ciênc. cuid. saúde*, 20, e50596. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1339619>.
- Miorin, J., Del Pai, C., Ciconet, R., Lima, M., Gerhardt, L., & Indruczaki, N. (2020). Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm* [, 29, e20190073. <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZCSBMjVYZvZ9Q4ZzkG4jhjv/?format=pdf&lang=pt>.
- Moreira, I., Queiroz, A., Teixeira, C., & Da Pádua, Q. (2022). Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enfermería en Foco*, 12(5), 894-900. https://www.researchgate.net/publication/360492306_PERCEPCAO_DE_ENFERMEIROS_SOBRE_NOTIFICACAO_DE_INCIDENTES_PARA_PROMOCAO_DA_SEGURANCA_DO_PACIENTE_HOSPITALIZADO.
- Moreno, B., & Febre, N. (2017). Efecto de un programa de intervención educativa sobre conocimiento de seguridad de pacientes en estudiantes de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 23(1), 97-108. https://www.researchgate.net/publication/321282535_EFECTO_DE_UN_PROGRAMA_DE_INTERVENCION_EDUCATIVA_SOBRE_EL_CONOCIMIENTO_DE_SEGURIDAD_DE_PACIENTES_EN_ESTUDIANTES_DE_PREGRADO_DE_ENFERMERIA.
- Moura, L., Moura, G., Wenger, W., & Hoffmeister, L. (2020). Os pais como pilares para a segurança do paciente em unidade neonatal. *Rev. Enferm. UERJ*, 28, e48578. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116102?src=similardocs>.
- Navarro, X., Pereira, E., & Delacanal, D. (2020). Profesionales de enfermería y la notificación de los eventos adversos. *Texto Contexto Enferm* [, 20, e20190282. <https://www.scielo.br/j/tce/a/psgyFmjZRFRkZ89B9k6PKqd/?format=pdf&lang=es>.
- Novais, C., & De Almeida, M. (2020). Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. *Rev. Enferm*, 28, e43213. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213/35198>.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (septiembre de OMS, 2023). Seguridad del paciente. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366407/9789240062504-spa.pdf>
- Pedroso, C., Fernandes, F., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., & Seisdedos, M. (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12. Obtenido de <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002362>
- Pereira, M., Soares, I., & Freitas, L. (2021). Patient Safety in Primary Health Care in a Brazilian municipality. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310420. <https://www.scielo.br/j/physis/a/xPLNMgwpSbZc4fkYzQLDH7n/?format=pdf&lang=en>.
- Poite, C., Crozeta, K., Kloh, D., Lowen, M., Faria, S., & Almeida, T. (2021). Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas [Patient safety in an emergency care unit: planning strategic actions] [Seguridad del paciente en una unidad de atención de emergencia: planificación de acciones]. *Rev. enferm. UERJ*, 29(1), e55404. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55404>.
- Quevedo, S., Paredes, C., Lainez, D., Cruz, J., Mora, T., Caicedo, E., . . . Orellana, E. (2024). Formación continua en enfermería y seguridad del paciente en cirugía de alta complejidad. Revisión de literatura. *Vitalia*, 5(3), 949-974. <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/309/488>.
- Reudis, R., Hernández, R., & Cazull, I. (2024). Modelo de formación de la competencia profesional en la gestión de seguridad de la persona enferma en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 40, e6159. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v40/1561-2961-enf-40-e6159.pdf>.
- Riera, N., Gutiérrez, G., Reyes, H., Pavón, P., Gogiascoechea, M., & Muños, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of*

Healthcare Quality Research, 37(4), 239-246. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647921001159?via%3Dihub>

Rivera, V., Cardona, D., & Paz, A. (2023). Lineamientos en gestión del riesgo en seguridad del paciente y conocimientos del personal de salud. *Revista cubana de salud pública*, 49(3), e4405. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/4405/1924>.

Rodrigues, T., Pereira, A., Pessanha, P., & Penna, L. (2021). Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 25(2), e20200075. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1149293>.

Rodziewicz, T., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. (2025). Medical Error Reduction and Prevention. *StatPearls*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

Salazar, A., & Restrepo, D. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Rev Cuid*, 11(2), e1040. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200303.

Salcedo, S., Roja, W., & Fuentes, E. (2020). Propuesta para la estandarización de procesos en el área de calidad, seguridad del paciente y Sarlaft (caso entidad oncológica colombiana). *Rev. Ingeniería, Matemáticas y Ciencias de la Información*, 7(14), 39-57. <https://ojs.urepublicana.edu.co/index.php/ingenieria/article/view/667/509>.

Sichieri, K., De Matos, T., Santos, T., & Secoli, S. (2024). Pressure injury prevention in an intensive care unit: implementing the best practices. *Rev Gaucha Enferm*, 45, e20240166. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39699339/>.

Silva, C., Geri, J., De Lima, G., Lope, T., Ruoso, B., & Zugno, R. (2019). Estratégias para o fortalecimento da cultura de segurança em unidades de terapia intensiva. *Rev. Enferm. UERJ*, 27, e38670. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38670/29742>.

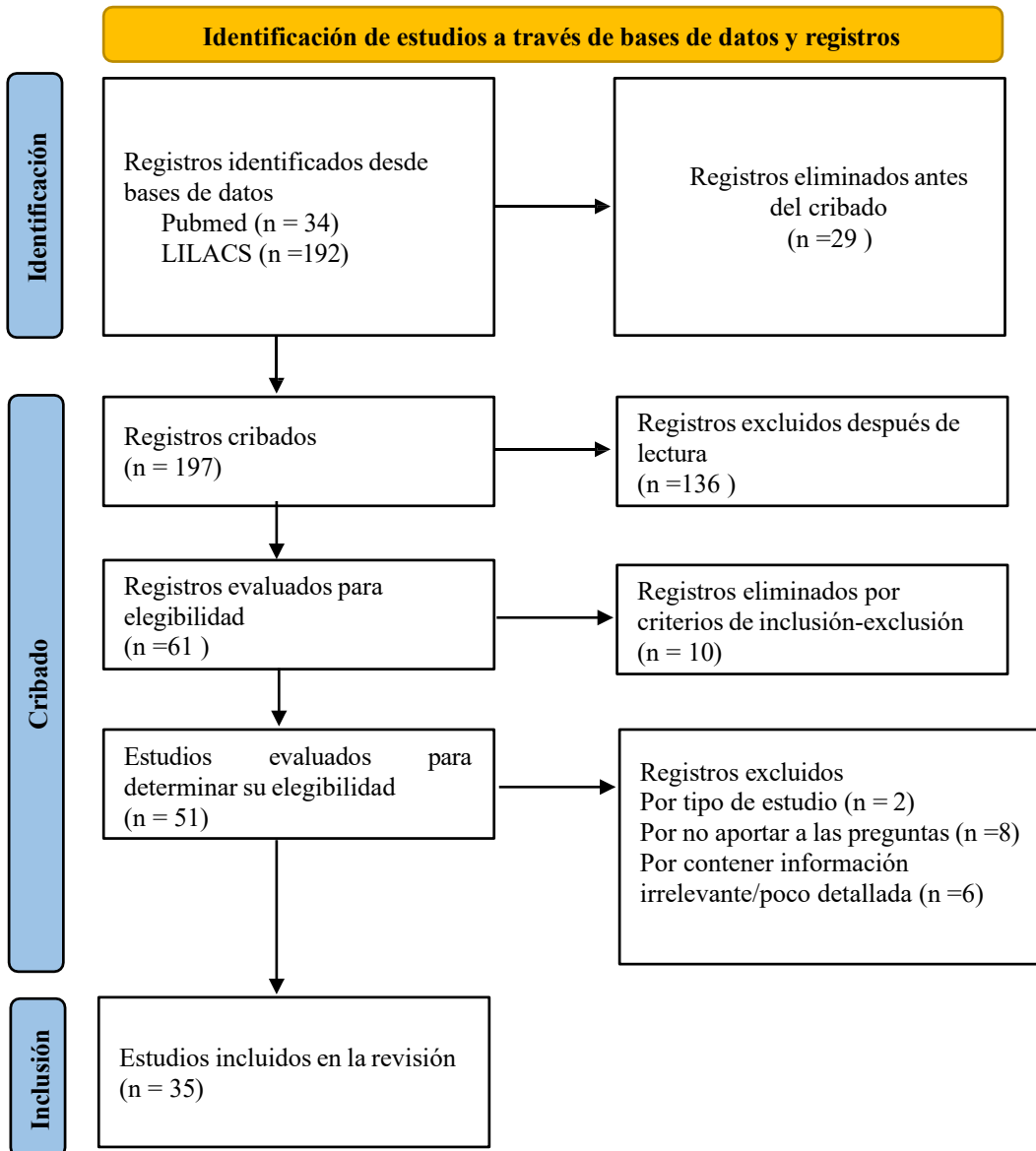
Stroeher, F., Scherer, M., Hoffmann, L., De Ávila, M., Koja, M., & Wenger, W. (2021). Percepção da equipe multiprofissional quanto à segurança do paciente pediátrico

- em áreas críticas. *Rev. enferm.*, 11(42), 1-20.
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/55250/html>.
- Szld, D., Arriaga, A., & León, E. (2021). El debriefing clínico, retos y oportunidades en el ámbito asistencial; aprendizaje en la reflexión colectiva para mejorar los sistemas sanitarios y la colaboración interprofesional. *Simulación Clínica*, 3(2), 69-73. <https://www.medigraphic.com/pdfs/simulacion/rsc-2021/rsc212d.pdf>.
- Teixeira, L., De Souza, F., Pires, N., & Carrilho, A. (2022). Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 26, e20210130. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1346046>.
- Tello, M., Pérez, N., Torres, B., Nuncio, J., Pérez, D., & Covarrubias, I. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(2), 111–138. Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/531691/339051>
- Torres, M., Moya, D., Fernández, E., Gálvez, G., Peinado, L., & Manzanera, R. (2024). Formación en seguridad del paciente para el personal administrativo de una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, impacto inmediato y a los seis meses. *Arch Prev Riesgos Labor*, 125-139. <https://scielo.isciii.es/pdf/apr1/v27n2/1578-2549-apr1-27-02-125.pdf>.
- Torres, Y., Rodríguez, Y., & Pérez, E. (2022). Procedimiento para el análisis y la prevención de errores de medicación usando el enfoque de la ergonomía. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 40(2), e05. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2022000200007.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., & Levac, D. (2018). RISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473.
- Voltman, P., Pereira, A., Sanduchi, F., Gomes, J., & Vilas, V. (2024). Impact of an educational intervention on patient identification adherence by nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*, 33, e20230174. <https://www.scielo.br/j/tce/a/7MKwBpr3MhnnRQKDTj88ZLh/?format=pdf&lang=en>.

Zuleta, L., Silva, D., & Infante, A. (2024). Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente. Una Revisión Narrativa. *Rev. gest. pers. tecnol*, 17(50), 1-20.
<https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/view/3445/43>
69.

8. ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2

Tabla 1. Características principales de los estudios y otras publicaciones seleccionadas durante la revisión de la literatura (2010-2025) sobre estrategias para fomentar la seguridad del paciente en instituciones de salud de Latinoamérica.

No.	Autor	Pais	Institución (nivel de atención)	Población investigada	Objetivo de estudio	Resultado/conclusión
1	Poite de Siqueira et al 2021	Brasil	Unidad de atención (Segundo nivel)	24 Enfermeras de emergencia	planificar acciones estratégicas para mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente en la Unidad de Atención de Emergencias	la planificación estratégica situacional permitió planificar acciones estratégicas para mejorar la atención que rigen las enfermeras.
2	Sichieri et al 2024	Brasil	Hospital universitario (de segundo nivel)	Profesionales de la salud	implementar la mejor evidencia en la prevención de lesiones por presión en pacientes en la unidad de cuidados intensivo	La intervención "Implementación de la mejor evidencia" contribuyó a mejorar las prácticas relacionadas con las lesiones por presión. Esto se evidenció mediante un mayor cumplimiento de los criterios de una auditoría basada en la evidencia y la propuesta de estrategias para superar las barreras detectadas en estas auditorías, basadas en una intervención educativa.
3	Torres et al 2023	Colombia	Hospital público (de segundo nivel)	Documento de procedimientos en un caso de estudio	presentar un procedimiento para el análisis y la prevención de los errores de medicación desde la perspectiva de la ergonomía	En contraste, se ha reconocido que el mejor enfoque para tratar los errores de medicación es el enfoque centrado en el sistema, donde la aplicación de la ergonomía es clave, ya que se centra en optimizar las condiciones bajo las cuales los individuos trabajan, y en diseñar barreras y defensas para evitar errores y mitigar sus efectos.

4	Castro et al 2023	Colombia	Hospital universitario (de segundo nivel)	Documento de recomendaciones	Establecer diferentes estrategias para disminuir el error, entre estas el uso de colores y letras para facilitar su identificación y mejorar la seguridad en anestesia.	Es necesario crear conciencia sobre la importancia del uso de este tipo de medidas en nuestro país y en otros países de la región
5	Rivera et al 2023	Cuba	Hospital (de segundo nivel)	20 profesionales de salud	Relacionar los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento y la experiencia del personal en una institución prestadora de servicios de salud.	Existieron diferentes formas de relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento y experiencias del personal
6	Novais Dias et al 2020	Brasil	Hospital universitario (de segundo nivel)	534 notificaciones de incidentes de salud	perfilar las notificaciones de incidentes de salud en un hospital universitario de Río de Janeiro.	el perfil de notificaciones permitió resaltar debilidades en el sistema que sugieren la existencia de subregistro en la institución, lo cual es un obstáculo para el entendimiento de las ocurrencias.
7	Silva et al 2019	Brasil	Hospital público (de segundo nivel)	5, médicos, 5 enfermeros y 24 técnicos de enfermería	identificar estrategias de promoción que contribuyan al fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos.	surgieron tres categorías implementación de protocolos de seguridad del paciente; participación institucional y multiprofesional y seguridad del paciente en la educación permanente.
8	León et al 2025	Ecuador	Campus Universitario	40 estudiantes de enfermería	analizar la cultura en seguridad del paciente en un grupo de 40 estudiantes de una institución de educación superior para la identificación de áreas de mejora en la formación de los futuros profesionales de la salud	Las habilidades prácticas en seguridad del paciente demostradas por los estudiantes son generalmente sólidas, con competencias altas en áreas como la comunicación clara, el trabajo en equipo, la identificación de riesgos y la administración segura de medicamentos.

9	Reudis-Durán et al 2024	Cuba	Campus Universitario	74 docentes de ciencias médicas	Diseñar un modelo de formación de competencia profesional gestión de la seguridad de personas enfermas en cuidados intensivos.	El modelo se conforma como síntesis dialéctica en la integración funcional del saber, saber hacer y saber ser, que le permiten al estudiante garantizar una atención de calidad a partir de identificar, evaluar, reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un evento adverso que afecte a: personas enfermas, familiares, población, profesionales y a la propia institución.
10	Rodrigues et al 2021	Brasil	Centro obstétrico (de segundo nivel)	18 enfermeras y médicos	describir incidentes en el cuidado de parturientas y recién nacidos, los factores que contribuyen a ellos y las medidas preventivas para evitarlos, desde la perspectiva de enfermeras y médicos.	los principales incidentes corresponden a errores en la identificación de los pacientes, caídas de la madre y el bebé y eventos dañinos causados por prácticas inadecuadas; falta de respeto y maltrato a las parturientas; ausencia de notificaciones de los eventos; restricciones de personal y recursos; limitaciones en los conocimientos del equipo y en el apoyo a la gestión de las acciones de seguridad del paciente.
11	Stroeher 2021	Brasil	Hospitales públicos (de segundo nivel)	20 profesionales de áreas críticas	Conocer la percepción del equipo multidisciplinario sobre las estrategias de seguridad del paciente pediátrico en áreas críticas.	los profesionales perciben que las estrategias descritas demuestran condiciones mínimas para alcanzar la calidad de la atención y prevención de incidentes, imprescindibles para la seguridad del paciente.

12	Navarro et al 2020	Chile	Hospital privado (de primer nivel)	13 enfermeras	identificar como los enfermeros notifican los eventos adversos; conocer los elementos que influyen a una notificación de los eventos adversos y que estrategias sugieren para notificación.	A pesar que los enfermeros notifiquen la ocurrencia de evento adverso, existe a preocupación de la punición, señalando la necesidad de revisar la cultura de seguridad del paciente en una unidad de paciente crítico en el contexto de estudio
13	Condemaita et al 2023	Ecuador	No aplica	Revisión bibliográfica	Analizar las estrategias utilizadas para la seguridad del paciente quirúrgico para correlacionar la técnica correcta en comparación a lo que realiza el personal de salud en los centros hospitalarios.	Las estrategias utilizadas por el personal de salud para la seguridad del paciente son importantes para la prevención y disminución de errores médicos provocados por el personal de salud es por eso que se han implantado estrategias por la OMS, como el reto “ Una Atención Limpia Es Una Atención Más Sana “ para la prevención de infecciones en la herida quirúrgica utilizando como estrategias; el lavado de manos, la técnica aséptica y estéril, aplicación de profilaxis antibiótica, utilización de un antiséptico como la clorhexidina para el lavado de manos y preparación de la piel

ANEXO 3

Tabla 2. Tipos de estrategias utilizadas para fomentar la seguridad del paciente en instituciones de salud de Latinoamérica y resultados obtenidos con su implementación (2010-2025).

No.	Autor	Institución (nivel de atención)	Población investigada	Estrategias planteadas	Resultados de la implementación
1	Massaroli et al 2021	Hospital general (Segundo nivel)	361 profesionales de la salud	Actividades lúdicas-educativas aplicadas -Comunicación segura -Formas de lenguaje y comunicación	La inclusión de actividades educativas, mediante diferentes estrategias metodológicas, fomentó la concienciación y familiarización con las actividades cotidianas de los profesionales sanitarios en relación con la comunicación segura
2	Díaz et al 2024	Hospitales (de segundo nivel)	Profesionales de la salud materna	Capacitación multiprofesional sobre debriefing clínico	los participantes en esta intervención de estudio se sintieron preparados y dispuestos a realizar el debriefing tras la intervención.
3	Voltan et al 2024	Hospital público (de segundo nivel)	Profesionales de enfermería	Auditoria de pulseras de identificación, capacitación en línea y auditorias repetidas	Hubo un impacto positivo en la seguridad del paciente
4	Bajaña et al 2023	Centro de salud (de primer nivel)	19 profesionales de la salud	15 correctos en la administración de medicamentos -Protección personal -Manejo de desechos -Lavado de manos	Con la aplicación de los pasos correctos de medicación se puede mejorar la seguridad del paciente

5	Moreno y Febre 2017	Campus Universitario	95 estudiantes	a intervención consistió en la aplicación de metodología educativa con el apoyo de video instructivo de una hora de duración. Fueron respetados los requisitos éticos de investigación científica	el nivel de conocimiento pasó del 30,5% al 52,3%
6	Cortez 2023	Hospital General (de segundo nivel)	30 profesionales de la salud	Aplicación de protocolo de seguridad	Como resultados se determinó que el 100% del personal de salud del servicio ostenta conocimientos en lo que concierne a higiene de manos, identificación del paciente y administración correcta de los medicamentos, el 40% a veces identifica los eventos adversos y el 87% los notifican

ANEXO 4

Tabla 3. Facilitadores y limitantes identificados en la implementación de estrategias para fomentar la seguridad del paciente en instituciones de salud de Latinoamérica (2010-2025).

No.	Autor	Institución (nivel de atención)	Población investigada	Facilitadores	Limitantes
1	Salazar et al 2020	4 hospitales públicos y 2 privados (de segundo, tercer y cuarto nivel)	514 trabajadores de la salud	No se aplicaron estrategias	Muchos participantes no aceptaron formar parte
2	Heidmann et al 2020	Hospital general (de segundo nivel)	12 Profesionales de la salud (lideres)	El equipo se mostró satisfecho, estimulado y apoyado	Los cambios implementados en la institución para desarrollar una cultura de seguridad exigieron mucho a los equipos
3	Da Silva Júnior et al 2020	Hospital general (de segundo nivel)	110 profesionles	No se aplicaron estrategias	las acciones de gestión se consideran el principal factor que contribuye a la fragilidad de la cultura de seguridad
4	Miorin et al 2020	Servicio móvil de atención (de primer nivel)	28 profesionales	Conocimiento de los profesionales	Escasos recursos materiales y comunicación entre los equipos
5	Teixeira Silva et al 2022	Unidad de atención (Primer nivel)	22 profesionales de enfermería	Apertura al cambio	Infraestructura, sobrecarga de trabajo
6	Díaz et al 2024	Hospitales (de segundo nivel)	Profesionales de la salud materna	Disposición para participar	Elegibilidad de participar

7	Do Nascimento et al 2024	Hospital público (de segundo nivel)	22 profesionales de la salud	Los objetivos educativos estuvieron alineados con los objetivos organizacionales	resistencia al cambio cultural, la adhesión a las actividades, la alta rotación de profesionales y la dificultad de liberación del equipo de enfermería para participar de actividades
8	Moura et al 2020	Hospital público (de segundo nivel)	18 padres de familia	No se aborda en la investigación	No se aborda en la investigación
9	Rocha et al 2021	Centro asistencial (de primer nivel)	2 enfermeros, 3 cirujanos dentistas, servidores públicos	No se aborda en la investigación	No se aborda en la investigación
10	Dos Reis et al 2019	4 Hospitales públicos (de segundo nivel)	72 enfermeros	Se debe contar con educación continua y permanente involucrando a la alta gerencia	Falta de apoyo de la dirección, políticas y adhesión a las estrategias
11	Moreira et al 2021	Hospital Público (de segundo nivel)	60 enfermeras	Conocimiento de la enfermera y el hacer de enfermería	falta de capacitación de los profesionales sobre uso de programas de notificación de incidentes hospitalarios
12	Guimarães-Sandoval et al 2023	Centro asistencial (de primer nivel)	71 profesionales de la salud	No se aborda en la investigación	Falta de capacitación, apoyo gerencial y reducción de la presión laboral así como el ritmo de trabajo

13	De Lima 2019	Hospital privado (de segundo nivel)	262 informes	No se describe	Las principales limitantes al descuido, la falta de atención y la distracción
14	Betancourt et al 2011	Hospital provincial (de segundo nivel)	101 profesioinales de la salud	Nivel de comunicación e información, capacidad de enfrentar imprevistos, ambiente laboral	interconexión y comunicación, el nivel de gestión del conocimiento, la capacidad de enfrentar imprevistos, la capacidad técnica, el cansancio y la pérdida de concentración podrían afectar la seguridad del paciente.
15	Estrada et al 2024	No aplica	Revisión bibliográfica	No se describen	falta de políticas públicas sobre seguridad y las características de los sistemas de salud que repercuten en las condiciones laborales, la prestación de servicios y el cometimiento de errores durante la atención
16	Martínez et al 2017	Hospitales públicos y privados (de primero a cuarto nivel)	4 hospitales	Para dos de las instituciones investigadas el aprendizaje organizacional/mejora continua, resultó ser una fortaleza, indicando que son capaces de aprender de sus errores, analizarlos, y buscar sus causas para evitar que vuelvan a ocurrir, favoreciendo la seguridad del paciente.	Falta de comunicación