



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES
ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE,
MÉXICO 2026.**

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A:

LE. ELIZABETH GRAJALES CASTILLO

DIRECTOR:

DR. RAFAEL ANTONIO ESTÉVEZ RAMOS

CO-DIRECTOR:

DR. IHOSVANY BASSETH MACHADO

TUTOR:

DR. JULIO FLORES VILLEGAS

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO JUNIO 2026



CUVCH

Tabla de Contenido

I.	Introducción	6
II.	Estado del arte	11
III.	Planteamiento del problema	134
IV.	Justificación	138
V.	Objetivos	140
	5.1 Objetivo general	140
	5.2 Objetivos específicos.....	140
VI.	Metodología.....	141
	6.1 Tipo de estudio (diseño, tipo, enfoque)	
	6.2 Universo	
	6.3 Muestra	
	6.4 Tipo de muestreo.....	
	6.5 Criterios de selección	
	6.5.1 Criterios de inclusión	
	6.5.2 Criterios de exclusión	
	6.5.3 Criterios de eliminación	
	6.6 Recolección de datos	
	6.7 Procesamiento de datos.....	
	6.8 Análisis y presentación de los resultados.....	
VII.	Resultados	157
VIII.	Discusión	184
IX.	Conclusiones	190
X.	Referencias	192

I. Introducción

A nivel global, la seguridad del paciente se ha consolidado como un pilar fundamental de los servicios de atención sanitaria y un factor crítico de la gestión de la calidad en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define esta disciplina como un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos y entornos en la atención médica estructurados de forma constante para reducir los riesgos de manera sostenible. El propósito central de este enfoque radica en disminuir la ocurrencia de daños prevenibles, limitar la probabilidad de error y mitigar el impacto de las consecuencias negativas cuando estos incidentes se presentan en el entorno clínico.

A pesar del desarrollo de políticas internacionales, los datos epidemiológicos demuestran que los eventos adversos derivados de una atención insegura constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. De acuerdo con estimaciones globales de la OMS (2024), uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño mientras recibe atención hospitalaria en países de ingresos altos; sin embargo, en naciones de ingresos medianos y bajos, esta frecuencia se duplica, lo que genera no solo secuelas físicas y psicológicas devastadoras en los usuarios, sino también una carga financiera insostenible para los presupuestos públicos destinados a la salud.

Al analizar la naturaleza de estos incidentes clínicos, la evidencia internacional señala que la mayoría de los eventos adversos están ligados a fallas sistémicas y organizacionales, más que a la negligencia aislada del profesional de la salud. La OMS (2024) identifica que los errores de medicación, las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), los procedimientos quirúrgicos inseguros y los diagnósticos erróneos o tardíos representan las principales fuentes de daño prevenible en las unidades de

hospitalización. Estas fallas operativas impactan de forma directa en los indicadores de morbilidad institucional y prolongan de manera innecesaria los días de estancia hospitalaria, lo que fragmenta la confianza de la sociedad en las instituciones de salud.

Frente a esta panorama, las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MIPS), promovidas por la Joint Commission International en consenso con la propia OMS, surgieron como un primer esfuerzo estandarizado para mitigar esos riesgos; dichas metas priorizan seis áreas críticas: la identificación correcta de los pacientes, la mejora de la comunicación efectiva entre el personal, la seguridad de los medicamentos, cirugías en el lugar correcto, reducción del riesgo de infecciones mediante el lavado de manos y la prevención de lesiones por caídas. Este marco internacional configuro la línea base para que otros países transitaran de modelos de supervisión punitivos hacia estrategias de evaluación proactivas y preventivas (OMS, 2021).

En correspondencia con las directrices antes mencionadas, en el contexto mexicano se ha integrado de manera paulatina la seguridad del paciente como un elemento central de sus políticas de salud. Para ello el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), adaptaron inicialmente las MIPS al entorno hospitalario nacional; sin embargo, se identificó que las características del Sistema Nacional Mexicano requerían un marco operativo más amplio que los seis objetivos básicos. Como respuesta a esta necesidad metodológica y de supervisión clínica el 8 de septiembre del 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el cual se declaró la obligatoriedad de las AESP para todos los establecimientos de atención médica en el país, este documento nacional expandió el modelo internacional a un total de ocho acciones estratégicas, la adición de dos

nuevos rubros, en ellos el registro y análisis de eventos adversos, cuasifalla, centinela y la cultura de seguridad del paciente; con un enfoque de aprendizaje y mejora del desempeño profesional (Secretaría de Salud [SS], 2017).

La estructura de las AESP se divide en ocho dimensiones específicas que abarcan los puntos más vulnerables del proceso de atención intrahospitalaria. Las primeras cuatro acciones se enfocan en mitigar los riesgos derivados de la práctica asistencial directa, la Acción Esencial 1 aborda la identificación correcta del paciente a través de datos inequívocos como el nombre completo y la fecha de nacimiento; la Acción Esencial 2 se centra en la mejora de la comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario utilizando el protocolo de escuchar, escribir, leer y confirmar. Por su parte la Acción Esencial 3 regula la seguridad en el proceso de medicación, con especial énfasis en los electrolitos concentrados y medicamentos de alto riesgo; mientras que la Acción Esencial 4 establece los lineamientos para garantizar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos (Consejo de Salubridad General [CSG] y Dirección General de Calidad y Educación en Salud [DGCES], 2023).

Por consiguiente las cuatro dimensiones restantes complementan el marco de seguridad desde un enfoque preventivo, sistémico y organizacional; la Acción Esencial 5 comprende la reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) por medio de la implementación estricta del programa de higiene de manos, la Acción Esencial 6 se orienta a la reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas a través de la evaluación continua de la escala de Dowton o alguna de acuerdo a los lineamientos institucionales de hospitalización. Finalmente, las Acciones Esenciales 7 y 8 consolidan la gestión de la calidad; la primera implementa el registro y análisis clínico de eventos adversos, cuasifalla y centinela para el aprendizaje

institucional, mientras que la octava promueve la medición formal de la cultura de seguridad del paciente para evaluar el clima laboral y el compromiso ético del personal de salud (CSG y DGCES, 2023).

No obstante, las deficiencias operativas en estos procesos continúan siendo una problemática crítica a nivel global, dado que incrementan la probabilidad de producir daños prevenibles que derivan en eventos adversos y para mitigar estos riesgos, en el sistema nacional de salud se han establecido las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) definidas como un conjunto de barreras de seguridad indispensables, cuyo objetivo principal es sistematizar los procesos clínicos y minimizar la ocurrencia de actos inseguros dentro de los establecimientos de salud. Dichas directrices están diseñadas de manera específica para mitigar errores operativos; más allá de su carácter normativo, estas acciones operan como una herramienta estratégica para consolidar una cultura de seguridad del paciente y para fortalecer el desempeño del profesional de la salud, impulsando procesos de mejora continua (Secretaría de Salud [SS], 2017).

A pesar de los beneficios institucionales descritos, la evaluación de las AESP representa un desafío metodológico constante; si bien, la normatividad exige la adopción estricta de estos protocolos, en el entorno clínico diario se requiere de herramientas de supervisión que demuestren un comportamiento métrico riguroso. En este sentido, medir de forma objetiva la adherencia del personal a las barreras de seguridad no solo demanda el diseño de cuestionarios institucionales, sino la verificación científica de sus propiedades psicométricas. Por ello, contar con un instrumento de evaluación representa un elemento estratégico para fortalecer el seguimiento del cumplimiento de la AESP, consideradas uno de los componentes más

relevantes para garantizar la seguridad del paciente y la calidad en la atención; así mismo el instrumento busca aportar una base metodológica sólida para la evaluación, seguimiento y mejora continua de las prácticas seguras.

Desde la perspectiva científica, esto aportará evidencia metodológica y disciplinar al campo de la evaluación en salud, ampliando el conocimiento sobre mecanismos de medición aplicables a la seguridad del paciente, lo que se traduce también en un desempeño cada vez más competente del profesional de la salud y en la provisión de cuidados con mayor calidad, seguridad y satisfacción para el usuario.

Bajo esta perspectiva, el desarrollo de la investigación integra un proceso metodológico estructurado que comprende la construcción, validación y análisis del instrumento mediante la técnica Delphi, orientada al consenso de expertos, así como el procesamiento estadístico, lo que permitirá sustentar empíricamente su validez y confiabilidad. La incorporación de estos procedimientos aporta rigor científico al estudio y garantiza que el instrumento resultante posea la solidez necesaria para su aplicación en los servicios de salud y su potencial impacto en la mejora continua de la calidad y seguridad de la atención.

II. Estado del arte

2.1. Calidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018): “Calidad en salud es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual” y de acuerdo con la Norma ISO 9000:2015: “Calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.”

Desde la perspectiva del Modelo de Gestión de Calidad en Salud, la calidad se relaciona con el nivel en que los servicios de salud contribuyen al logro de resultados favorables en la salud de individuos y comunidades. Para ello, las intervenciones deben fundamentarse en conocimientos científicos vigentes, promover el máximo beneficio para los usuarios, reducir al mínimo los riesgos inherentes a la atención y emplear de manera eficiente los recursos disponibles.

Calidad en la atención de salud

A lo largo de la historia, las instituciones de salud han aplicado diversos mecanismos de control administrativo para gestionar los servicios que prestan; sin embargo, una evaluación con un enfoque limitado puede obstaculizar la mejora de la calidad y afectar la eficacia de la atención médica, la calidad en los servicios sanitarios implica adaptar la atención de manera óptima a las necesidades específicas de individuos, familias y comunidades y para ello, es fundamental ofrecer servicios accesibles con los recursos disponibles, garantizando equidad y profesionalismo; con el

objetivo de tener mejores resultados, minimizando riesgos y aumentando la satisfacción del usuario (Mancilla 2021).

El sistema de salud tiene como objetivo principal proteger y mejorar la salud de la población, lo que requiere garantizar un acceso universal a servicios de calidad; sin embargo, la evidencia demuestra que el acceso por sí solo no es suficiente para lograr buenos resultados en salud, por lo que la gestión y mejora de la calidad deben ser elementos fundamentales dentro del sistema, el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad es una función esencial de la salud pública; además, la calidad en la atención médica no solo influye en los resultados de salud, sino que también actúa como un determinante social, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema y fortaleciendo la seguridad y resiliencia en situaciones excepcionales (Saturno 2024).

De acuerdo con Mancilla (2024), el acceso a servicios de salud de calidad constituye un derecho fundamental de toda persona, cuya garantía depende de la existencia de sistemas sanitarios sólidos, organizados y orientados a responder de manera efectiva a las necesidades de la población. Para alcanzar este objetivo, resulta indispensable implementar estrategias que favorezcan la accesibilidad a los servicios de salud, promuevan la incorporación de tecnologías sanitarias en zonas con mayores condiciones de vulnerabilidad y aseguren la disponibilidad de recursos financieros suficientes para sostener una atención oportuna y de calidad.

Por su parte, Saturno (2024) señala que la mejora de la calidad en los servicios de salud requiere una visión integral y sistémica, sustentada en diversos principios fundamentales. Entre ellos destaca la efectividad, entendida como la provisión de atención basada en la mejor evidencia científica disponible para alcanzar resultados favorables en la salud de los usuarios. La eficiencia se refiere al aprovechamiento

óptimo de los recursos disponibles, evitando su uso inadecuado o innecesario. La seguridad implica la reducción de riesgos y daños asociados a la atención sanitaria, mientras que la atención centrada en la persona considera las necesidades, preferencias, valores y contexto sociocultural de los usuarios y sus comunidades.

Asimismo, la equidad busca garantizar que todas las personas reciban atención de calidad sin distinción por razones de género, origen étnico, condición económica u otras características individuales. La integración promueve la coordinación entre los distintos niveles y servicios de atención para asegurar la continuidad asistencial. Por otra parte, la oportunidad se relaciona con la prestación de servicios en el momento adecuado, disminuyendo retrasos y tiempos de espera que puedan afectar la salud de los usuarios. Finalmente, la sostenibilidad procura que los sistemas de salud mantengan su capacidad de respuesta a largo plazo, optimizando los recursos disponibles y reduciendo el impacto ambiental para beneficio de las generaciones presentes y futuras. Estos principios constituyen referentes fundamentales para la evaluación de la calidad en los servicios de salud, ya que permiten valorar de manera integral los procesos asistenciales y orientar estrategias de mejora continua orientadas a la seguridad del paciente.

La calidad en la atención a partir del Modelo del Dr. Avedis Donabedian

El Dr. Avedis Donabedian define a la calidad de la atención como; el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el usuario de acuerdo con los recursos que se cuentan y con los valores sociales que predominen y que posee cada individuo; pues a partir de ellos influirá la percepción y la variabilidad de los resultados cuando se evalúe la calidad (López et al., 2021).

La evaluación de la calidad en los servicios de salud es una tarea fundamental para garantizar una atención efectiva, segura y centrada en el paciente; en este contexto, el modelo propuesto por Avedis Donabedian ha sido ampliamente reconocido como un marco teórico y metodológico sólido que permite analizar de manera integral el funcionamiento de los sistemas sanitarios; este modelo plantea que la calidad de la atención médica puede evaluarse a través de tres dimensiones interrelacionadas: estructura, proceso y resultado. De acuerdo con diversas investigaciones, los resultados favorables en la atención médica no ocurren de manera aislada, sino que dependen de una estructura organizativa adecuada; que incluye recursos físicos, humanos y normativos, así como de procesos claramente definidos y eficientemente ejecutados. Además, la literatura señala que para lograr una atención de calidad no basta con el dominio técnico, sino que también es necesario incorporar elementos humanísticos que respondan a las expectativas emocionales, sociales y culturales del paciente; este equilibrio entre lo técnico y lo humano ha demostrado tener un impacto positivo en los niveles de satisfacción de los usuarios (Macas et al., 2025).

Los esfuerzos por definir y evaluar la calidad de la atención en salud han evolucionado a lo largo del tiempo mediante múltiples enfoques conceptuales. Sin embargo, fue Avedis Donabedian quien logró consolidar un marco teórico ampliamente aceptado tanto en el ámbito académico como en la práctica sanitaria. De acuerdo con Villa-Velázquez et al. (2023), Donabedian estableció los cimientos para la evaluación sistemática de la calidad clínica a partir de la publicación de sus trabajos en 1966, donde propuso que la calidad debía ser objeto de vigilancia continua para identificar oportunamente las desviaciones de los estándares establecidos y corregirlas de manera oportuna. Su contribución permitió el desarrollo de modelos de evaluación orientados a

mejorar la calidad de la atención clínica y continúa siendo uno de los referentes más utilizados en la evaluación de la atención sanitaria.

De acuerdo con Donabedian, la calidad de la atención en salud se encuentra estrechamente vinculada con los valores y objetivos que orientan los servicios sanitarios. En este sentido, la evaluación de la calidad tiene como finalidad determinar el grado de efectividad de un sistema de atención, mediante el monitoreo continuo de su desempeño y la identificación de fortalezas y áreas susceptibles de mejora. Para ello, considera dos dimensiones fundamentales: la adecuada aplicación de los conocimientos técnicos y científicos por parte de los profesionales de la salud, y la calidad de la relación establecida entre el personal sanitario y el paciente, aspectos que influyen de manera directa en el acceso, la continuidad y los resultados de la atención (López et al., 2022).

Una de las contribuciones principales de Avedis Donabedian en el ámbito de la calidad en salud fue la elaboración de un modelo teórico-metodológico para la evaluación de los servicios sanitarios, basado en tres componentes fundamentales: estructura, proceso y resultado. Este modelo trascendió el ámbito académico y se consolidó como una herramienta de referencia para la valoración y mejora continua de la calidad de la atención médica en diversos sistemas de salud. En México, su enfoque fue retomado y adaptado por destacados especialistas en salud pública, entre ellos Julio Frenk y Enrique Ruelas Barajas, quienes impulsaron su incorporación en las estrategias de evaluación y gestión de los servicios de salud. Esta adaptación permitió contextualizar los principios propuestos por Donabedian a las necesidades y características del sistema sanitario mexicano, favoreciendo su aplicación en la mejora de la calidad de la atención (López et al., 2022).

Desde esta perspectiva, Donabedian propone que la evaluación de la calidad de la atención sanitaria se realice a través de tres componentes interrelacionados: estructura, proceso y resultado (Villa-Velázquez et al., 2023). La estructura comprende los recursos físicos, humanos y organizacionales que hacen posible la prestación de los servicios de salud, incluyendo la infraestructura, el equipamiento, la tecnología disponible, el personal y la normativa que regula su funcionamiento. Este componente proporciona las condiciones necesarias para el desarrollo de una atención de calidad y, de acuerdo con el modelo, contribuye de manera indirecta a los resultados obtenidos.

Por su parte, el proceso engloba todas las actividades y procedimientos realizados por los profesionales de la salud durante la atención del paciente, así como aquellas acciones que el propio usuario lleva a cabo siguiendo las indicaciones recibidas. Este componente refleja la forma en que se utilizan los recursos disponibles y constituye el elemento con mayor influencia en la calidad de la atención, debido a su impacto directo sobre la resolución de los problemas de salud.

Finalmente, el resultado corresponde a los cambios observados en el estado de salud del paciente como consecuencia de la interacción entre la estructura y el proceso. Estos cambios pueden manifestarse en términos de recuperación, mejoría funcional, satisfacción con la atención recibida o disminución de riesgos y complicaciones. De esta manera, el resultado representa la expresión final de la calidad de la atención y permite valorar el efecto de las intervenciones realizadas sobre la salud de los usuarios.

Tabla 1.

Evaluación de la calidad del servicio en clínicas estomatológicas bajo el enfoque Donabedian

Enfoque	Dimensión técnica	Dimensión interpersonal	Dimensión amenidades
Estructura	Contar con las instalaciones adecuadas de acuerdo con la normatividad, material y equipo completo en buen estado.	Instalaciones ergonómicas, limpias y con adecuadas características para la atención, tramites simplificados.	Áreas de espera y de consulta cómodas y agradables.
Proceso	Oportunidad en la atención, atención basada en las normativas, procedimientos eficientes.	Brindar trato digno e integral, comunicación efectiva.	Buen ambiente en el servicio.
Resultado	Presencia de cero complicaciones, tiempo de recuperación idóneo, tratamientos oportunos.	Satisfacción del usuario, con el plan y tratamiento, trato digno.	Paciente satisfecho durante la estancia hospitalaria.

Nota: Adaptado de “Evaluación de la calidad del servicio en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian”, por E. López Ramírez et al., 2021, Entreciencias: Diálogos en la sociedad del conocimiento, 9(23) p. 12 (SciELO). Derechos de autor 2021 por los autores.

De acuerdo con la propuesta metodológica de Donabedian, la evaluación de la calidad considera una contribución aproximada del 25 % atribuible a la estructura y del 75 % relacionada con el proceso. Esta distribución pone de manifiesto que, aunque la disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y organizacionales constituye un requisito indispensable para la prestación de los servicios de salud, son las actividades desarrolladas durante la atención las que ejercen una mayor influencia sobre la calidad. En este sentido, el conocimiento, las competencias técnicas y las actitudes de los

profesionales de la salud adquieren un papel fundamental en la obtención de resultados favorables para los pacientes (Villa-Velázquez et al., 2023).

La amplia aceptación del modelo de Donabedian ha favorecido su aplicación en diversos escenarios de atención sanitaria. Estudios recientes destacan su utilidad para analizar la calidad de los procesos asistenciales, evaluar la seguridad del paciente y orientar estrategias de mejora continua en los servicios de salud. Asimismo, este modelo ha sido utilizado para valorar la calidad de la atención durante la pandemia por SARS-CoV-2 y en distintos programas de atención primaria, considerando las dimensiones de estructura, proceso y resultado como elementos esenciales para la evaluación de los servicios sanitarios (Ferreira et al., 2021). En este sentido, Moayed et al. (2022) señalan que la medición de la calidad requiere el uso de instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar de manera objetiva dichos componentes, ya que los resultados en salud dependen de la interacción entre las condiciones estructurales y los procesos desarrollados durante la atención.

Por consiguiente, la evaluación de la calidad en los servicios de salud trasciende el ámbito clínico, ya que sus implicaciones abarcan dimensiones políticas, sociales y económicas. Su importancia radica en que permite garantizar una atención efectiva, segura y centrada en el paciente, fortaleciendo la confianza de la población en las instituciones sanitarias. En este contexto, la calidad debe analizarse de manera integral a través de la estructura, los procesos y los resultados, considerando no solo la práctica asistencial, sino también la eficiencia en el uso de los recursos y la satisfacción de los usuarios (López Ramírez et al., 2021).

Asimismo, los sistemas de evaluación de la calidad adecuadamente estructurados favorecen la optimización de los recursos disponibles, promueven la transparencia institucional y fortalecen la rendición de cuentas, elementos esenciales para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos y eficientes. En concordancia con ello, la Organización Mundial de la Salud reconoce que la calidad de los servicios constituye un componente indispensable para alcanzar los objetivos de salud pública, al garantizar intervenciones oportunas, seguras y sustentadas en la mejor evidencia científica disponible (López Ramírez et al., 2021).

En el contexto mexicano, la adopción y adaptación de este modelo ha servido como pilar para la formulación de políticas públicas orientadas al fortalecimiento tanto de la infraestructura hospitalaria como de los procesos de atención. Asimismo, ha contribuido a generar mejores resultados en salud mediante la incorporación de estándares de calidad y seguridad del paciente que guían las prácticas clínicas. De esta manera, la evaluación de la calidad se convierte en un instrumento estratégico no solo para medir la eficacia del sistema de salud, sino también para orientar su transformación hacia modelos más justos, eficientes y centrados en las necesidades de la población. Por lo que, constituye una herramienta clave, tanto conceptual como operativa, para evaluar la calidad en los servicios de salud. Su propuesta integra tres dimensiones fundamentales: estructura, proceso y resultado. Esta perspectiva sistémica facilita el análisis no solo de los recursos físicos, tecnológicos y organizativos con los que cuenta una institución, sino también de cómo se lleva a cabo la atención médica y del impacto que esta tiene en el estado de salud de los pacientes (Macas et al., 2025).

En el campo de la enfermería, la implementación de este modelo se vuelve particularmente relevante, ya que promueve prácticas clínicas más seguras, eficaces y centradas en las necesidades del usuario; además, fomenta la reflexión profesional constante, permitiendo detectar áreas de mejora en la atención cotidiana. Un aspecto igualmente relevante es la participación activa del paciente en su propio proceso de atención, así como la incorporación de su retroalimentación en la evaluación de la calidad, estos elementos contribuyen significativamente a fortalecer una cultura de mejora continua, al promover una atención más humana, ética y ajustada a las expectativas sociales; de este modo, el modelo de Donabedian no solo sirve como guía para la evaluación técnica de los servicios, sino que también orienta la transformación del sistema de salud hacia uno más participativo, eficiente y orientado al bienestar integral de la población (Macas et al., 2025).

Por su parte, López et al. (2021) señalan que la atención al paciente no solo implica aspectos técnicos, sino también una dimensión funcional que contribuye a valorar la eficacia del servicio ofrecido en las instituciones de salud. Dentro de esta evaluación se incluye la seguridad del paciente, entendida como una atención centrada en lo humano, la cual representa la dimensión social que los estudiantes deben desarrollar durante su formación profesional. En este proceso, se rescatan y aplican valores éticos y principios bioéticos, fundamentales para ejercer una práctica médica de calidad.

De acuerdo con Santiago Mijangos et al., (2020), la evaluación de la calidad del cuidado, conforme al modelo de Donabedian, se encuentra condicionada por las características y particularidades del sistema de salud en cada país; sin embargo, sus tres dimensiones fundamentales constituyen un marco de referencia universal que debe

guiar el diseño de los indicadores nacionales de calidad, especialmente en el ámbito de la actividad de enfermería, ya que dichos indicadores no solo permiten valorar la disponibilidad de recursos y la organización de los servicios, sino también la forma en que se desarrolla la atención y las interacciones entre profesionales y pacientes, así como los efectos concretos de la atención sobre la salud de los usuarios.

Para los profesionales de enfermería, cuya labor se centra en la gestión y provisión del cuidado, este enfoque representa una herramienta estratégica que favorece la planeación y ejecución de acciones orientadas a generar un impacto positivo en la salud de los pacientes, particularmente aquellos que presentan dolor, la definición de estándares claros respecto a los productos, servicios y procesos que conforman el trabajo enfermero se traduce en una mejora tangible de la calidad del cuidado y de esta manera, la adopción del modelo de Donabedian permite a las instituciones de salud establecer lineamientos consistentes, promover la mejora continua y garantizar prácticas de enfermería basadas en evidencia que fortalezcan la seguridad y el bienestar del paciente (Santiago Mijangos et al., (2020).

Finalmente, en los resultados que presenta Santiago Mijangos et al., (2020) la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería, basada en el modelo de Donabedian, evidenció resultados favorables en sus tres dimensiones; en la dimensión de estructura, los puntajes reflejaron un promedio elevado ($90.14 \pm 8.68\%$), lo que indica una adecuada disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y humanos, aunque con variaciones que sugieren áreas susceptibles de mejora, respecto al proceso, se obtuvo una media de $92.97 (\pm 9.55\%)$, lo que pone de manifiesto que las intervenciones de enfermería, así como la organización del trabajo y las interacciones con los pacientes, se desarrollan de manera satisfactoria en la mayoría de los casos, si

bien algunos valores bajos (58) señalan prácticas heterogéneas que pueden afectar la uniformidad de la atención, mientras que en la dimensión de resultados presentó una media de 93.05 ($\pm$ 9.50%), lo cual se traduce en efectos positivos de la atención sobre la salud de los pacientes, incluyendo su recuperación y bienestar general. Estos hallazgos muestran que, aunque los indicadores globales son altos, la existencia de brechas entre los valores mínimos y máximos en cada dimensión subraya la importancia de fortalecer los estándares institucionales y garantizar la consistencia en la práctica clínica de enfermería.

La utilidad del modelo de Donabedian radica en que proporciona un marco conceptual que permite evaluar de manera integral la calidad de los servicios de salud. Es por ello que se tomó como referencia para la organización y clasificación de los elementos que integran el Instrumento para la evaluación del cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, considerando aspectos relacionados con la estructura, el proceso y los resultados derivados de la atención clínica al paciente.

Calidad en la atención de enfermería.

A nivel mundial, los profesionales de enfermería, representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo del cuidado para la salud siendo aproximadamente un 70% del total, Enfermería entrega el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del continuo del cuidado, lo que representa una proporción significativa de los costos operativos de las respectivas instituciones de salud; además se calcula, que representan el 25% o más de los gastos operativos anuales y hasta el 40% de los costos de atención directa (Febre et al., 2018).

La Enfermería es reconocida desde inicios como la profesión responsable del cuidado, siendo este su objeto y centro de estudio, representando el cuidado como uno de los pilares para cumplir con la calidad en salud, una manera para entregar cuidado de calidad es brindando seguridad al paciente, sin embargo, siempre existe una posibilidad de que no se cumpla y ocurra algún evento adverso (González et al., 2023)

Para Febre et al. (2018), el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en los procesos de atención sanitaria, ya que su estrecha relación con los pacientes les permite influir directamente en su seguridad y en la calidad del servicio asistencial y gracias a esta cercanía, los enfermeros no solo contribuyen al bienestar de los pacientes, sino que también actúan como agentes clave en la prevención y reducción de eventos adversos, mejorando así los resultados en la atención médica.

Por lo que queda claro que la calidad en salud, debe de ser una garantía en las instituciones, para el profesional de enfermería es importante llevar acabo la gestión del cuidado ya que de ahí se basa la realización de actividades como; la gestión de horas de atención y la coordinación con los demás profesionales de la salud, por ende a través de esto la atención de enfermería busca mejorar la salud, reducir las complicaciones, la morbilidad, orientándose a la prevención, y el cuidado de la salud (Castillo et al., 2023)

En este sentido, el cuidado enfermero se fundamenta en un conocimiento sólido que permite ofrecer intervenciones basadas en evidencia científica, con el propósito de modificar favorablemente el curso de una enfermedad o mejorar las condiciones de salud de la población y esto implica que la enfermería no solo atiende a los pacientes, sino que también desarrolla estrategias para garantizar la seguridad y calidad del

cuidado, mediante la gestión de recursos, implementación de estándares y medición de resultados en los servicios de salud (Febre et al., 2018).

Para González et al. (2023) una parte importante a destacar en la gestión y calidad del cuidado enfermero, son los factores que influyen en este; encontramos factores externos como la carga laboral pues algunos estudios mencionan que a mayor carga laboral menor será la calidad de los cuidados entregados, además interfieren otras características como la cantidad de horas laboradas, la falta de personal, la escasez de material y equipo, así como la complejidad del paciente, pues a mayor complejidad mayor será el tiempo que requiere de atención directa.

Es así que se evidencia la estrecha relación entre el entorno laboral de enfermería con los resultados de la atención, en los últimos años estudios han evidenciado que la cantidad de personal de enfermería influye significativamente en la tasa de mortalidad y en la incidencia de eventos adversos; tal es el caso de un estudio realizado en Estado Unidos que encontró que ante el incremento del 10% de personal de enfermería se reduce aproximadamente un 4% la mortalidad de los pacientes (Febre et al., 2018).

Por otro lado, González et al. (2023) habla de los factores internos que son características propias de cada profesional, entre ellas la fatiga moral que se asocia al síndrome de burnout, el desgaste psicológico, el estrés laboral, la edad, el sexo, la experiencia laboral, la insatisfacción laboral y los vínculos familiares y sociales; que si bien son propios del profesional y no se repiten de manera constante, llegan a impactar significativamente en el actuar y en la calidad de los cuidados, pues el trabajo con el dolor y sufrimiento de las personas, expone al profesional a tener conflictos de conciencia, estrés y agotamiento.

Es primordial entender que la calidad y seguridad del paciente deben de mantenerse como un proceso continuo, que se pueda evaluar para generar mejoras, sabemos que el cuidado basado en el Proceso enfermero permite brindar cuidado holístico e integral al paciente, por lo que la humanización en el cuidado debe de ser una responsabilidad del profesional de enfermería (Castillo et al., 2023).

Este hallazgo resalta el papel fundamental de la enfermería en la seguridad del paciente, ya que una mayor dotación de personal permite ofrecer cuidados más oportunos, reduciendo riesgos y la presencia de eventos adversos; así mismo en este contexto es crucial que las instituciones de salud reconozcan el papel del personal de enfermería en la mejora de los resultados clínicos y adopten estrategias para optimizar la gestión del cuidado, garantizando una atención segura y de calidad para los pacientes (Febre et al., 2018).

La evaluación de la calidad de la atención de salud.

De acuerdo con Saturno (2024), la finalidad esencial de todo sistema de sanitario es promover, proteger y optimizar la salud pública, lo que requiere asegurar el acceso universal a servicios de salud con estándares adecuados de calidad. Cuando los servicios que se ofrecen no son de calidad generara problema y deficiencias; para que se cumpla con ello, se tienen que determinar políticas específicas, sólidas y una estructura coherente que permita desarrollar las intervenciones necesarias para el logro de los objetivos.

A lo largo de la historia, las instituciones de salud han implementado distintos mecanismos de control administrativo para supervisar los servicios que brindan, no

obstante, cuando la evaluación de las unidades de salud se realiza de manera limitada, las oportunidades de mejorar la calidad se ven restringidas, afectando negativamente la prestación de los servicios; para brindar calidad en la atención se requiere ajustar los servicios a las necesidades específicas de individuos, familias y comunidades con altos estándares profesionales y el objetivo es obtener los mejores resultados posibles, minimizando riesgos y garantizando la máxima satisfacción (Ramírez J, 2021).

En México, la evaluación de la calidad en la atención médica se realiza a través de la acreditación y certificación de establecimientos de salud, implementada en 2003; el objetivo de la acreditación es asegurar que los Establecimientos y Servicios de Atención Médica (ESAM) cumplan con estándares mínimos de capacidad, seguridad y calidad y para ello, se siguen los lineamientos establecidos en la normatividad vigente sobre la prestación de servicios de salud, con la finalidad de reducir las desigualdades sociales y garantizar el acceso equitativo a servicios médicos de calidad; por otra parte la certificación se refiere a la calidad de los servicios de salud y a la modernización de la gestión, de los registros clínicos y que el personal de salud este certificado al igual que los establecimientos de atención médica (Ramírez J, 2021).

Asimismo la acreditación fue implementada con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), resultado de una reforma a la Ley General de Salud (LGS), según el artículo 18, fracción XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) asumió la responsabilidad de este proceso, su objetivo es asegurar que los Establecimientos y Servicios de Atención Médica (ESAM), encargados de atender a los beneficiarios del SPSS, cumplan con los estándares mínimos de capacidad, seguridad y calidad establecidos en la normatividad vigente; este mecanismo busca reducir las

desigualdades sociales y garantizar el acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad (Mancilla 2024).

Si bien es cierto que el sistema de salud en México esta fragmentado, por lo que dificulta la cobertura universal, por lo que favorece la desigualdad en la calidad; para ello se publicó en el Diario Oficial de la Federación un modelo de rutas de atención medica continua, que permita obtener atención de acuerdo con las condiciones de salud, ya sean preventivas, curativas, rehabilitarías o paliativas a través de los diferentes niveles de atención (Saturno P., 2024).

Mancilla (2024) señala que, en el sistema de salud mexicano, la evaluación de los servicios constituye un elemento fundamental para garantizar la calidad de la atención. Dicha evaluación debe realizarse considerando aspectos relacionados con la accesibilidad, la gratuidad de los servicios, la disponibilidad de insumos y medicamentos, así como el respeto a principios éticos, de equidad y no discriminación. Como ejemplo de la importancia de estos procesos, el autor refiere la contingencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 en 2020, periodo en el que fue necesario reconvertir diversos hospitales para la atención de pacientes afectados por esta enfermedad. Durante este proceso se evaluaron componentes relacionados con la infraestructura, los recursos humanos y la disponibilidad de equipo médico, evidenciándose diferencias significativas entre las instituciones de salud en cuanto a sus capacidades operativas y condiciones de funcionamiento.

La evaluación de la calidad constituye un elemento esencial para la gestión de los servicios de salud, ya que proporciona información que facilita la toma de decisiones orientadas a la mejora continua. En este sentido, la gestión de la calidad se sustenta en la participación y el compromiso de todos los integrantes de la organización,

promoviendo el análisis permanente de los resultados obtenidos y la implementación de estrategias dirigidas a optimizar los procesos asistenciales. Su finalidad es satisfacer e incluso superar las expectativas de los usuarios, la comunidad y la población en general, mediante la generación de valor en los servicios de salud. Para ello, se favorece el trabajo colaborativo entre instituciones gubernamentales, organismos reguladores, aseguradoras, proveedores de servicios y otros actores del sistema sanitario, apoyándose además en procesos de asesoría técnica y mejora continua (Secretaría de Salud, 2024).

Percepción de la calidad de los cuidados de enfermería.

La percepción de la calidad constituye un aspecto destacado en la evaluación de los servicios de salud, ya que refleja el nivel de consenso entre las expectativas de los usuarios y la atención recibida. En este sentido, la satisfacción del paciente se encuentra estrechamente vinculada con diversos factores, entre ellos la competencia del personal, la facilidad de interacción con los profesionales de la salud, el ambiente de atención, la disponibilidad de los servicios y la capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios (Luna et al., 2021).

La valoración que realizan los pacientes sobre la calidad percibida representa una base importante de información para la mejora de los servicios de salud. Conocer la percepción de los usuarios permite detectar fortalezas y áreas de oportunidad, favoreciendo el diseño de estrategias orientadas a la mejora continua y al fortalecimiento de la calidad del cuidado, particularmente en el ámbito de enfermería, donde el contacto directo con el usuario desempeña un papel fundamental en la experiencia asistencial.

De acuerdo con Ruiz et al. (2020), la calidad en los cuidados de enfermería está estrechamente relacionada con el perfeccionamiento de los procesos asistenciales y con la seguridad del paciente. Los autores señalan que la ocurrencia de eventos adversos incrementa la morbilidad, los costos de atención, los días de estancia hospitalaria y las complicaciones clínicas, afectando de manera significativa la satisfacción de los usuarios. Por ello, las intervenciones oportunas y seguras constituyen elementos esenciales para afianzar la seguridad de los pacientes y mejorar los resultados de la atención.

Respecto al tema, en Ecuador han implementado estrategias de evaluación para la satisfacción del usuario, creando un binomio enfermera-paciente que toman en cuenta para la interacción que se genera desde el primer momento de la atención; para tal efecto dependerá de las intervenciones oportunas y seguras el fortalecimiento de la calidad (Burgueño et al., 2021).

Diversos estudios han mostrado que los usuarios otorgan especial importancia a la comunicación establecida con el personal de enfermería, al respeto por su autonomía y a la información proporcionada durante el proceso de atención. Aspectos como la solicitud del consentimiento informado, la claridad de las explicaciones y el trato recibido son percibidos como indicadores de calidad que influyen directamente en la satisfacción del paciente y en el cumplimiento de los objetivos institucionales (Ruiz et al., 2020). Asimismo, de acuerdo a una serie de estudios realizados en México se han encontrado factores relacionados que se toman en cuenta, respecto a las instituciones públicas se hace mención de la atención de enfermería como una de las más importantes, la limpieza de las instalaciones; mientras que para las instituciones privadas las características relacionadas son las instalaciones como la iluminación y la

temperatura, los horarios de atención y la atención del personal administrativo (Luna et al., 2021).

Aunque la percepción de los usuarios constituye un pilar valioso de la calidad clínica, la evaluación integral de los servicios de salud requiere además herramientas objetivas que permitan valorar el cumplimiento de indicadores relacionados con la calidad y la seguridad del paciente. En este contexto, la seguridad del paciente se consolida como una pieza fundamental de la calidad en los servicios de salud, al promover la prevención de eventos adversos y la implementación de prácticas seguras que protejan la integridad de las personas durante el proceso de atención. Por ello, resulta necesario profundizar en el sustento teórico de la seguridad del paciente y su relevancia dentro de los sistemas de salud.

2.2 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente constituye uno de los componentes fundamentales de la calidad de la atención en salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), se define como la reducción del riesgo de daño asociado a la atención sanitaria hasta un nivel mínimo aceptable. En concordancia con esta definición, el Consejo de Salubridad General y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2023) la describen como una atención libre de lesiones accidentales, sustentada en sistemas y procesos diseñados para disminuir la probabilidad de error y prevenir la ocurrencia de daños. Desde una perspectiva organizacional, la seguridad implica el control de los riesgos y condiciones potencialmente dañinas con la finalidad de proteger la salud y el bienestar del usuario. Asimismo, la seguridad del paciente puede entenderse como un grupo de valores, comportamientos y procesos compartidos que

orientan las acciones individuales e institucionales hacia la prevención del daño derivado de la atención en salud.

La seguridad del paciente se ha consolidado como una de las principales premisas de los sistemas de salud a nivel mundial. En respuesta a la creciente preocupación por los daños asociados a la atención sanitaria, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud constituyeron en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de promover estrategias, investigaciones e iniciativas orientadas a fortalecer la seguridad en los servicios de salud. En México, estos esfuerzos se materializaron mediante la emisión, en 2017, de un acuerdo de observancia obligatoria para las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, el cual establece la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente como una estrategia dirigida a prevenir eventos adversos y mejorar la calidad de la atención (Hernández-Herrera et al., 2021).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (2023) reconoce a los pacientes, sus familias y las comunidades como actores fundamentales en la promoción de una atención más segura. La evidencia señala que su participación activa en los procesos asistenciales contribuye a mejorar la seguridad, incrementar la satisfacción con los servicios de salud y favorecer mejores resultados clínicos. Al integrarse como miembros activos del equipo de atención, los pacientes pueden colaborar en la identificación de riesgos, la prevención de errores y el fortalecimiento de las estrategias orientadas a la mejora continua de la calidad y la seguridad de la atención.

En concordancia con este enfoque, la Organización Mundial de la Salud (2023) promueve la participación activa de los pacientes, sus familias y las comunidades en todos los niveles de atención, incluyendo el desarrollo de políticas, la toma de

decisiones y el diseño de estrategias orientadas a la seguridad del paciente. Para lograrlo, es indispensable generar espacios que favorezcan la comunicación y permitan a los usuarios expresar sus necesidades, expectativas y preocupaciones, fortaleciendo su papel como colaboradores activos en el cuidado de su salud. Este enfoque contribuye a consolidar entornos de atención más seguros, transparentes y equitativos.

La relevancia de estas acciones cobra mayor importancia en un contexto sanitario caracterizado por una creciente complejidad. Los avances en tecnología, los nuevos tratamientos y la diversificación de los modelos de atención han ampliado las posibilidades terapéuticas disponibles para los pacientes; sin embargo, también han incrementado los riesgos asociados a la atención sanitaria. Por ello, la seguridad del paciente ha sido reconocida como una prioridad de salud pública a nivel mundial, debido al impacto que los eventos adversos continúan teniendo sobre la calidad de la atención, la morbilidad, la mortalidad y los costos de los sistemas de salud (OMS, 2019).

La magnitud de esta problemática se refleja en las cifras reportadas a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (2019) estima que la atención poco segura ocasiona la pérdida de aproximadamente 64 millones de años de vida ajustados por discapacidad, lo que sitúa a los eventos adversos entre las diez principales causas de muerte y discapacidad a nivel global. Asimismo, en los países menos adelantados se producen alrededor de 134 millones de eventos adversos cada año como consecuencia de prácticas asistenciales inseguras. Por su parte, en los países desarrollados se estima que uno de cada diez pacientes experimenta algún tipo de daño durante la atención sanitaria. Estos datos evidencian el impacto que la atención insegura tiene sobre la salud de la población y resaltan la necesidad de fortalecer las

estrategias orientadas a la prevención de riesgos y a la mejora de la calidad de la atención.

A pesar de las múltiples iniciativas internacionales implementadas para mitigar los daños asistenciales, los avances alcanzados durante los últimos años han sido limitados. La Organización Mundial de la Salud (2019) señala que, incluso en aquellos contextos donde se han desarrollado estrategias innovadoras en materia de seguridad del paciente, los resultados han sido variables y, en algunos casos, insuficientes para lograr mejoras sostenibles. Asimismo, muchas de estas intervenciones han sido diseñadas para sistemas de salud con mayores recursos, lo que dificulta su adaptación y efectividad en entornos con características diferentes.

En las últimas décadas, gran parte de la investigación en seguridad del paciente se ha centrado en las infecciones asociadas a la atención de la salud; sin embargo, actualmente se reconoce que otros eventos adversos también generan importantes repercusiones clínicas, económicas y sociales. Entre ellos destacan las úlceras por presión, las caídas de pacientes, los errores de medicación, los procedimientos realizados en pacientes o sitios incorrectos y las fallas en la identificación de los usuarios, entre otros. La magnitud de estos problemas ha impulsado cambios en las políticas sanitarias y en los mecanismos de regulación y vigilancia de la calidad, favoreciendo el desarrollo de estrategias orientadas a fortalecer la seguridad del paciente y reducir la ocurrencia de daños prevenibles durante la atención médica (Hernández-Herrera et al., 2021).

Entre los principales riesgos asociados a la atención sanitaria identificados por la Organización Mundial de la Salud se encuentran los errores de medicación, las infecciones asociadas a la atención de la salud, los procedimientos quirúrgicos

inseguros, las prácticas de inyección y transfusión inadecuadas, los errores diagnósticos, los incidentes relacionados con la radiación, el retraso en el diagnóstico de septicemia, los eventos tromboembólicos venosos y los problemas derivados de una atención insegura en salud mental (OMS, 2019). La persistencia de estos riesgos evidencia que es imperativo adoptar medidas integrales orientadas a fortalecer la seguridad del paciente y reducir la ocurrencia de daños prevenibles durante la atención médica.

En este contexto, la calidad de la atención y la seguridad del paciente son conceptos estrechamente relacionados que requieren procesos permanentes de medición para verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y promover la mejora continua. En consecuencia, la evaluación constituye un componente estratégico dentro de los sistemas de gestión de la calidad, al proporcionar evidencia objetiva sobre el desempeño de los procesos asistenciales y orientar la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, es necesario revisar los fundamentos teóricos de la evaluación como base para el desarrollo de instrumentos destinados a medir el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

2.3 Evaluación

En el ámbito de la salud, la evaluación constituye una herramienta indispensable para valorar el desempeño de los servicios, identificar oportunidades de mejora y verificar el cumplimiento de estándares orientados a garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Surgimiento de la evaluación.

De acuerdo con la Real Academia Española, la evaluación consiste en el proceso de valorar, estimar o determinar el mérito o importancia de un objeto, fenómeno o situación. En este sentido, Ávalos y Del Huerto (2021) señalan que la evaluación forma parte inherente de la actividad humana, ya que desde los primeros momentos de la historia las personas han recurrido a ella para analizar tanto actividades cotidianas como procesos de mayor complejidad. Gracias a este proceso ha sido posible impulsar la innovación, perfeccionar productos y servicios, optimizar la calidad y fortalecer el desarrollo de procedimientos en diversos ámbitos del conocimiento.

Según Márquez et al., (2023) el término "evaluar" tiene su origen etimológico en la acción de estimar, valorar y calcular el mérito o el valor de algo, la evaluación está presente en todas las actividades humanas, siendo un elemento esencial de ellas, ya que cumple una función clave: la regulación de la actividad que puede darse por medio de un control externo aplicado a quienes participan en determinada acción, por un ajuste interno realizado por el propio sujeto, o mediante una combinación de ambos mecanismos.

Martínez (2023) define la evaluación como un proceso sistemático que comprende la recopilación, organización y análisis de información con el propósito de determinar la efectividad de las acciones implementadas y verificar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos. El autor señala que la evaluación puede adoptar distintos enfoques, de acuerdo con las necesidades, finalidades y contexto de la institución, incluyendo funciones relacionadas con el control, la medición, la valoración del logro de los objetivos y la rendición de cuentas. En consecuencia, la

selección del tipo de evaluación dependerá de las características del proceso que se pretende analizar y de la información requerida para sustentar la toma de decisiones.

En el ámbito de la salud, la evaluación constituye una herramienta indispensable para valorar el desempeño de los procesos asistenciales, verificar el cumplimiento de estándares de calidad e identificar oportunidades de mejora que contribuyan a fortalecer la seguridad del paciente. En este sentido, la evaluación es un aspecto social que adquiere características específicas en el ámbito educativo, no se limita solo al control, sino que implica un juicio de valor esencial para la toma de decisiones; de tal forma que implica un proceso amplio y estructurado, compuesto por la evaluación docente, curricular, institucional y del aprendizaje (Ley y Espinoza, 2021).

De acuerdo con las ideas anteriores; Arzola-Franco (2017) menciona que la evaluación está intrínsecamente ligada a toda actividad humana, ya que constantemente se necesita información que permita valorar el desarrollo de las acciones emprendidas y esa puede tener distintos propósitos como acreditar, supervisar, regular, perfeccionar u optimizar los procesos en curso; por lo que en este contexto, la evaluación puede aplicarse para medir, verificar, comparar, emitir valoraciones o establecer reconocimientos.

La evaluación del aprendizaje.

Por otro lado la evaluación del aprendizaje, en particular, es una herramienta pedagógica que permite al docente identificar las fortalezas y debilidades cognitivas de los estudiantes y del grupo, facilitando la implementación de estrategias que contribuyan a alcanzar los objetivos establecidos, esta se caracteriza por su continuidad, sistematicidad, integralidad, interrelación, objetividad, eficacia y eficiencia,

cumpliendo funciones clave como diagnóstico, discriminación, clasificación, control y retroalimentación (Ley N., Espinoza E. 2021).

A su vez la evaluación educativa, se concibe como un proceso sistemático orientado a la recopilación de evidencias relativas al aprendizaje, con el propósito de emitir juicios fundados conforme a criterios previamente establecidos, este proceso constituye un componente esencial del binomio enseñanza-aprendizaje, al proporcionar insumos clave para el análisis del desempeño y la identificación de áreas susceptibles de mejora; asimismo, facilita la retroalimentación continua y promueve la optimización progresiva de los aprendizajes mediante el ajuste y la reorientación de las prácticas pedagógicas (Aburto Garcés 2023).

Martínez (2023) refiere que la evaluación constituye una herramienta indispensable para la toma de decisiones, ya que permite recopilar e interpretar información con el propósito de valorar el cumplimiento de los objetivos planteados e identificar oportunidades de mejora. Desde esta perspectiva, la evaluación representa un proceso sistemático y continuo que favorece el análisis del desempeño, la optimización de los procesos y el fortalecimiento de la calidad en los distintos ámbitos donde se aplica. Asimismo, sus resultados orientan la implementación de acciones encaminadas al perfeccionamiento y al logro de mejores resultados.

En consecuencia, el enfoque de evaluación ha experimentado una transformación significativa, pasando de una comparación de los logros de los estudiantes con los de sus compañeros a una planificación estratégica destinada a optimizar la enseñanza y el aprendizaje en el aula, por lo tanto la evaluación se centra en identificar las fortalezas y áreas de mejora en el proceso de aprendizaje y basado en esto ha cobrado relevancia la evaluación para el aprendizaje, cuyo propósito es

impulsar activamente el desarrollo educativo de los estudiantes (Sánchez-López et al., 2023).

En el proceso de evaluación del aprendizaje, es importante analizar los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a los estudiantes, así estos resultados no servirán solo como datos informativos sobre el nivel de conocimiento en diversas áreas y disciplinas, ni limitarse a evaluar la eficacia de la enseñanza; deberán servir como base para identificar y corregir posibles debilidades dentro del proceso de aprendizaje, ya sea por factores relacionados con el contexto, las características de los estudiantes, el currículo, o por el uso de estrategias pedagógicas que no resulten adecuadas en la práctica educativa (Martínez M. 2023).

Cualquier tipo de evaluación que se realice en el ámbito educativo, debe cumplir con funciones como las que se citan a continuación (Martínez M. 2023).

- **Función formativa:** Enfocada en el fortalecimiento de competencias y el avance hacia los objetivos establecidos, esta busca reflejar los logros obtenidos mediante diversas estrategias y métodos empleados por los docentes para elevar la calidad educativa. Se le considera una de las más efectivas, ya que potencia tanto la toma de decisiones pedagógicas como el aprendizaje estudiantil al promover una retroalimentación constante.
- **Función sumativa:** tiene como objeto saber en donde se encuentra el estudiante con respecto a los objetivos, no existe la idea de usar los resultados para ayudar a los estudiantes a mejorar o avanzar.

Por otra parte, Ley y Espinoza (2021) describen la evaluación como un proceso sistemático orientado a valorar las características o cualidades de personas, objetos, procesos o fenómenos. Desde esta perspectiva, evaluar implica obtener información

que permita medir, clasificar, calificar, certificar, inspeccionar o emitir un juicio fundamentado sobre el objeto de análisis. En consecuencia, la evaluación cumple diversas funciones que facilitan la toma de decisiones, el seguimiento de los procesos y la identificación de oportunidades de mejora.

- **Función de diagnóstico:** Facilita la valoración del estado actual de un proceso y de sus posibilidades de mejora, proporcionando información objetiva para la toma de decisiones y el diseño de estrategias que favorezcan la calidad, la eficiencia y el cumplimiento de los estándares establecidos.
- **Función de discriminación:** Consiste en identificar las diferencias en el desempeño o en el nivel de cumplimiento de los criterios evaluados al finalizar un periodo determinado, proporcionando información útil para la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora.
- **Función de clasificación:** Facilita la organización de los resultados de la evaluación mediante criterios cualitativos y cuantitativos, permitiendo establecer niveles de cumplimiento, comparar el desempeño e identificar oportunidades de mejora.
- **Función de control:** Permite supervisar de manera sistemática el grado de cumplimiento de los objetivos previamente establecidos, facilitando la identificación de desviaciones y la implementación de acciones correctivas que contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos.
- **Función de retroalimentación:** Favorece el análisis de los resultados derivados de la evaluación para determinar la efectividad de los procedimientos aplicados,

facilitando la toma de decisiones y el establecimiento de estrategias que contribuyan al fortalecimiento de la calidad y a la mejora continua.

En concordancia con lo anterior, la evaluación representa un proceso que requiere la selección adecuada de estrategias, métodos e instrumentos que permitan valorar de manera objetiva el cumplimiento de los objetivos planteados. Como señala Aburto Garcés (2023), la correcta aplicación de estos recursos exige una preparación metodológica que garantice la obtención de información confiable para sustentar la toma de decisiones y promover la mejora continua. Estos principios son igualmente aplicables al ámbito de la salud, donde la evaluación constituye una herramienta esencial para valorar la calidad de la atención y el cumplimiento de los estándares establecidos.

Estos principios son igualmente aplicables al ámbito de la salud, donde la evaluación constituye una herramienta esencial para valorar la calidad de la atención y el cumplimiento de los estándares establecidos.

Instrumentos de Evaluación

Una vez definido el proceso de evaluación, resulta necesario contar con herramientas que permitan obtener información objetiva y sistemática sobre el fenómeno de interés. Estas herramientas corresponden a los instrumentos de evaluación, los cuales desempeñan un papel fundamental en la recopilación de evidencias para la toma de decisiones.

Los instrumentos de evaluación constituyen herramientas diseñadas para registrar, organizar y documentar de manera sistemática la información obtenida mediante la aplicación de diferentes técnicas de evaluación. Su finalidad es facilitar la

recopilación de evidencias que permitan valorar de forma objetiva el desempeño, el grado de cumplimiento de determinados criterios o el comportamiento de las variables de interés dentro de un proceso de evaluación (Torres et al., 2021).

De acuerdo con López et al. (2019), un instrumento de evaluación debe diseñarse de manera que permita obtener información objetiva, cuantificable y útil para responder a los objetivos de la investigación. Cuando no existe una herramienta previamente desarrollada que satisfaga las necesidades del estudio, resulta necesario construir un nuevo instrumento y someterlo a un proceso metodológico que permita verificar su calidad antes de su aplicación definitiva. Para ello, es indispensable demostrar que el instrumento posee propiedades métricas adecuadas, particularmente en términos de validez y confiabilidad, con el propósito de garantizar que las mediciones obtenidas sean consistentes y representen de manera precisa el fenómeno de interés.

En este contexto, la selección y el uso de instrumentos de evaluación adecuados constituyen un aspecto fundamental para garantizar la calidad de los resultados obtenidos en una investigación. La utilización de herramientas que no han sido diseñadas o validadas de manera apropiada puede introducir sesgos en la medición de las variables, comprometer la precisión de los datos y afectar la validez de las conclusiones. Por ello, es responsabilidad del investigador seleccionar o desarrollar instrumentos acordes con los objetivos del estudio y verificar que estos posean propiedades métricas suficientes para generar información objetiva, confiable y útil para la toma de decisiones (Villasís-Keever et al., 2018).

De acuerdo con el propósito de la evaluación y la naturaleza de la información que se pretende obtener, existen diversos instrumentos que pueden emplearse para recopilar evidencias de manera sistemática y objetiva.

Tipos de instrumentos de evaluación:

Los instrumentos de evaluación constituyen herramientas fundamentales para obtener información objetiva y sistemática sobre el fenómeno de interés, ya que permiten valorar el grado de cumplimiento de criterios, indicadores o variables previamente establecidos. Debido a que los procesos de evaluación pueden perseguir distintos objetivos, no existe un único instrumento capaz de responder a todas las necesidades de medición. Por ello, resulta indispensable conocer los diferentes tipos de instrumentos disponibles y seleccionar aquel que mejor se adapte a las características del estudio, garantizando la obtención de información válida, confiable, objetiva y representativa (García Aretio, 2020).

Los instrumentos de evaluación pueden clasificarse de diversas maneras, dependiendo del propósito de la evaluación, del tipo de información que se pretende obtener y de la naturaleza de las variables que serán medidas.

De acuerdo con García Aretio (2020), una prueba o instrumento de evaluación es un recurso diseñado para obtener evidencias sobre el desempeño, el cumplimiento de criterios o el logro de los objetivos establecidos, permitiendo valorar de manera sistemática las características del fenómeno que se pretende evaluar.

Los instrumentos de evaluación pueden clasificarse de acuerdo con la forma en que recopilan la información y con el propósito para el cual fueron diseñados. Cada uno presenta ventajas y limitaciones, por lo que su selección dependerá de los objetivos de

la evaluación, del tipo de información que se desea obtener y de las características del fenómeno de estudio. Entre los principales instrumentos de evaluación se encuentran los siguientes:

Pruebas escritas como instrumento de evaluación: Constituyen instrumentos de evaluación mediante los cuales los participantes responden por escrito a una serie de reactivos previamente diseñados. Dependiendo de la forma en que se estructuren las respuestas, pueden clasificarse en pruebas objetivas, de desarrollo o mixtas. Su principal fortaleza radica en que permiten registrar las respuestas de manera permanente, facilitando un análisis sistemático y una valoración más objetiva de los resultados. No obstante, la calidad de este tipo de instrumentos depende del adecuado diseño de los reactivos y de su congruencia con los objetivos de la evaluación, ya que un planteamiento inadecuado puede favorecer la memorización de contenidos en lugar de valorar competencias o conocimientos de mayor complejidad (Arzola-Franco, 2017).

La mayoría de las pruebas escritas se rigen por la subjetividad de quienes la elaboran, evaluándose en muchas ocasiones la reproducción literal del saber, la acumulación de datos, conceptos y habilidades básicas, produciendo un aprendizaje superficial, así mismo constituyen una estrategia de evaluación que brindan beneficios como la objetividad a la hora de realizar la evaluación ya que intentan eliminar la percepción de los docentes al analizar la prueba mediante la elaboración de preguntas con respuestas previamente establecidas (Arzola-Franco 2017).

Pruebas orales: Son instrumentos de evaluación que permiten obtener información mediante la exposición verbal de los conocimientos, habilidades o competencias de la persona evaluada. Su principal ventaja es que favorecen la interacción directa entre el evaluador y el evaluado, lo que permite aclarar respuestas,

profundizar en determinados aspectos y valorar el nivel de comprensión del tema en tiempo real. Asimismo, brindan la posibilidad de identificar y corregir imprecisiones durante el proceso de evaluación, enriqueciendo la interpretación de los resultados obtenidos.

De acuerdo con García Aretio (2020), las pruebas orales se utilizan con menor frecuencia que otros instrumentos de evaluación; sin embargo, representan una alternativa pertinente cuando se requiere valorar de manera directa los conocimientos, habilidades o competencias del evaluado, ya sea en modalidad presencial o mediante recursos tecnológicos.

Técnica de observación: La observación constituye una técnica de evaluación que permite obtener información de manera directa y sistemática sobre un fenómeno, proceso o situación de interés. Cuando se emplea con fines científicos, requiere una planificación previa, criterios claramente definidos y el registro estructurado de la información, con el propósito de garantizar la validez y confiabilidad de los datos obtenidos. Dependiendo de sus características, puede desarrollarse de forma abierta, cuando la recopilación de información no se encuentra condicionada por criterios específicos, o estructurada, cuando el proceso de observación se realiza conforme a parámetros previamente establecidos (García Aretio, 2020).

Las técnicas de observación suelen complementarse con instrumentos que facilitan el registro objetivo de la información, entre los que destacan las guías de observación, los registros anecdóticos, los diarios de campo, las escalas de actitudes y las listas de cotejo. Estos recursos permiten documentar de manera sistemática la ocurrencia de eventos, conductas o actividades, favoreciendo una evaluación más objetiva y organizada (García Aretio, 2020).

En el ámbito de la salud, la observación constituye una técnica ampliamente utilizada para verificar el cumplimiento de normas, protocolos, procedimientos y estándares de calidad, por lo que suele apoyarse en instrumentos estructurados, como las listas de cotejo o las cédulas de evaluación.

Listas de cotejo: La lista de cotejo es un instrumento de evaluación diseñado para verificar de manera sistemática la presencia o ausencia de determinados criterios, actividades o características previamente establecidas. A diferencia de las escalas de estimación, que permiten valorar el grado de cumplimiento o la frecuencia con la que ocurre una determinada conducta, la lista de cotejo se basa en respuestas dicotómicas, generalmente expresadas como «sí» o «no». Este instrumento resulta especialmente útil para evaluar procedimientos, actividades o procesos que pueden desagregarse en una secuencia de acciones claramente definidas, facilitando el registro objetivo y organizado de la información durante la evaluación.

En el ámbito de la salud, las listas de cotejo son ampliamente utilizadas para evaluar el cumplimiento de normas, protocolos, procedimientos y estándares de calidad, ya que permiten documentar de manera objetiva la ejecución de actividades específicas y detectar áreas susceptibles de mejora. Por esta razón, constituyen una herramienta de gran utilidad en los procesos de auditoría, supervisión y evaluación de la calidad de la atención.

Rúbricas: Las rúbricas son instrumentos de evaluación que establecen criterios y niveles de desempeño previamente definidos para valorar de manera sistemática la ejecución de una actividad, el desarrollo de un proceso o la calidad de un producto. Generalmente se presentan en forma de matriz, donde se describen los indicadores de evaluación y los diferentes niveles de logro esperados. Su principal ventaja consiste en

proporcionar criterios claros y objetivos para la valoración, favoreciendo la consistencia del proceso de evaluación y facilitando la interpretación de los resultados.

Las rúbricas son ampliamente utilizadas en contextos educativos y de formación profesional, aunque también pueden emplearse en procesos de evaluación institucional y de calidad cuando es necesario valorar el nivel de cumplimiento de criterios previamente establecidos.

Portafolios: El portafolio es un instrumento de evaluación que consiste en una recopilación organizada y sistemática de evidencias generadas durante un periodo determinado, con la finalidad de documentar el progreso, desempeño y logro de los objetivos establecidos. Puede incluir diversos productos, registros o trabajos que permiten valorar la evolución del evaluado a través del tiempo, así como favorecer el análisis y la reflexión sobre el proceso desarrollado. En su modalidad digital (e-portafolio), amplía las posibilidades para el almacenamiento, organización y seguimiento de las evidencias de evaluación (García Aretio, 2020).

Cuestionarios y encuestas: Los cuestionarios y las encuestas constituyen técnicas ampliamente utilizadas para la recolección de información en los procesos de investigación y evaluación. Se fundamentan en la obtención de respuestas proporcionadas por los participantes a partir de un conjunto estructurado de preguntas, lo que permite recopilar información de manera estandarizada sobre las variables de interés. Dependiendo de su diseño, las preguntas pueden ser abiertas o cerradas, facilitando la obtención de información tanto cuantitativa como cualitativa y permitiendo abordar diversas dimensiones del fenómeno estudiado.

El cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados en investigación debido a su facilidad de aplicación, economía y capacidad para recopilar información de un

número considerable de participantes en un tiempo relativamente corto. Está integrado por un conjunto organizado de preguntas diseñadas de acuerdo con los objetivos del estudio y puede aplicarse en diferentes modalidades, como formato impreso o electrónico. Su adecuada construcción permite obtener información objetiva, uniforme y útil para el análisis de las variables de interés, siempre que el instrumento presente evidencias suficientes de validez y confiabilidad.

En las investigaciones del área de la salud, los cuestionarios representan uno de los instrumentos más utilizados para evaluar conocimientos, percepciones, actitudes, prácticas y el grado de cumplimiento de procesos, debido a que permiten obtener información de manera sistemática y estandarizada.

Autoevaluación: La autoevaluación es un proceso mediante el cual los propios participantes valoran su desempeño, sus prácticas o el grado de cumplimiento de determinados criterios previamente establecidos. Este tipo de evaluación favorece la reflexión crítica sobre las actividades desarrolladas, permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad y contribuye a la mejora continua de los procesos. En el ámbito de la salud, la autoevaluación constituye una estrategia útil para conocer la percepción del personal respecto al cumplimiento de normas, protocolos o estándares de calidad, proporcionando información que puede orientar la implementación de acciones de mejora (Arzola-Franco, 2017).

En conjunto, los instrumentos de evaluación constituyen herramientas indispensables para la obtención de información objetiva y sistemática en los procesos de investigación. La selección del instrumento más apropiado dependerá del propósito de la evaluación, de las características del fenómeno que se pretende analizar y de los objetivos planteados en el estudio. En el ámbito de la salud, el empleo de instrumentos

válidos y confiables permite valorar de manera estructurada el cumplimiento de procesos, normas y estándares de calidad, favoreciendo la identificación de oportunidades de mejora y la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la seguridad del paciente y de la calidad de la atención.

2.4 Validación

La validez constituye uno de los criterios fundamentales en la evaluación de instrumentos de medición, ya que permite determinar el grado en que estos cumplen con el propósito para el cual fueron diseñados. De acuerdo con Urrutia et al. (2021), la validez se sustenta en la evidencia empírica y en los fundamentos teóricos que respaldan las interpretaciones derivadas de los resultados obtenidos mediante un instrumento. En este sentido, se entiende como el nivel de precisión con el que una herramienta logra medir el constructo o fenómeno que pretende evaluar, garantizando que los datos obtenidos sean pertinentes y representativos del objeto de estudio. Asimismo, desde una perspectiva conceptual, validar implica aportar evidencia que otorgue solidez y sustento científico a un instrumento, fortaleciendo su utilidad dentro de los procesos de investigación y evaluación.

La validación de instrumentos constituye una etapa fundamental dentro del proceso de investigación, ya que permite garantizar que las herramientas utilizadas para la recolección de datos sean adecuadas, confiables y pertinentes para el fenómeno que se pretende evaluar. La obtención de evidencia de validez contribuye a fortalecer el rigor metodológico de los estudios científicos y a mejorar la calidad de los resultados obtenidos. No obstante, López et al. (2019) señalan que diversas investigaciones presentan limitaciones metodológicas derivadas de la utilización de instrumentos que no

han sido sometidos a procesos formales de validación, situación que resulta particularmente frecuente en áreas donde predominan fenómenos complejos y constructos de difícil medición.

La validez en investigación

La validez en investigación se refiere al grado en que los resultados obtenidos reflejan de manera precisa la realidad que se pretende estudiar. En términos generales, un estudio se considera válido cuando se encuentra libre de errores sistemáticos o sesgos que puedan afectar la interpretación de los hallazgos. De acuerdo con Villasís-Keever et al. (2018), para determinar la validez de una investigación es necesario analizar aspectos fundamentales como el diseño metodológico, los criterios de selección de los participantes y los procedimientos utilizados para registrar y evaluar las variables de estudio.

En este sentido, la validez depende en gran medida de la adecuada planificación y ejecución del proceso de investigación. La selección del diseño más apropiado, acorde con los objetivos planteados, así como la definición clara de los criterios de inclusión y exclusión y la utilización de métodos adecuados para la medición de las variables, constituyen elementos esenciales para minimizar sesgos y fortalecer la calidad científica de los resultados obtenidos (Villasís-Keever et al., 2018).

La validación de instrumentos de investigación

La validación de instrumentos de investigación representa una etapa fundamental dentro del proceso científico, ya que permite asegurar la calidad, precisión y confiabilidad de los datos obtenidos. El uso de herramientas que no han sido

sometidas a procedimientos de validación puede generar resultados inconsistentes o erróneos, comprometiendo la interpretación de los hallazgos y la credibilidad de las conclusiones derivadas de la investigación (Landeta C., 2024).

En este contexto, Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) señalan que la validez representa una de las propiedades más importantes de un instrumento de medición, ya que permite determinar el grado en que este evalúa realmente el fenómeno o constructo para el cual fue diseñado. Por ello, la validación busca obtener evidencias que respalden la capacidad del instrumento para medir de manera adecuada y consistente la información de interés.

De acuerdo con López et al. (2019), la validación de instrumentos constituye un proceso con rigor científico propio, que involucra procedimientos metodológicos específicos orientados a garantizar la calidad de las mediciones. Debido a su complejidad e importancia dentro de la investigación, algunos autores consideran que los estudios de validación poseen características metodológicas comparables a las de investigaciones experimentales y cuasiexperimentales.

Para que un instrumento sea considerado adecuado, debe cumplir principalmente con dos propiedades fundamentales: validez y confiabilidad. La validez hace referencia al grado en que la herramienta mide efectivamente la variable o constructo de interés, mientras que la confiabilidad se relaciona con la consistencia y estabilidad de las mediciones obtenidas. En este sentido, la validez puede evaluarse desde diferentes perspectivas, entre las que destacan la validez de contenido, la validez de criterio y la validez de constructo (Almada Martínez & Selva, 2019).

De acuerdo con López (2019) un instrumento de investigación debe contar con dos elementos esenciales: validez y confiabilidad, para alinearse con el estándar de

referencia más preciso; si no existe un estándar previamente establecido, el instrumento debe cumplir con ciertos criterios que garanticen su fiabilidad y permitan confiar en sus resultados dentro de una investigación científica.

La validación del instrumento implica dos aspectos clave. En primer lugar, es necesario evaluar los métodos utilizados hasta ahora y determinar si son adecuados y seguros; en segundo lugar, se debe medir la precisión del nuevo instrumento para compararlo con aquel que la comunidad científica reconoce como fiable y preciso en sus mediciones (López et al., 2019)

Una problemática presente en la investigación es que sea confiable, para que se logre se necesita que el instrumento cuente con validez para asegurar la recolección de información y así se garantice que los resultados sean confiables y que el investigador obtenga información útil; por lo cual es importante entender que la validez se refiere al grado en el que el instrumento mide lo que pretende medir y así la confiabilidad permitirá que la información sirva y aporte a la investigación (Herrera, et al., 2022).

Validez de contenido

La validez de contenido permite determinar si los reactivos diseñados para un instrumento reflejan de forma apropiada las dimensiones del fenómeno que se pretende evaluar, asegurando que exista correspondencia entre el contenido de los ítems y el constructo de interés. Su propósito es determinar si las preguntas o reactivos incluidos abarcan de forma suficiente y pertinente los conocimientos, habilidades, características o dimensiones del fenómeno de interés. Este tipo de validez se obtiene durante las etapas iniciales de construcción del instrumento y constituye un componente

fundamental de la validez interna. Para su desarrollo, es necesario realizar una aproximación al contexto y a la población de estudio, así como someter el instrumento a la valoración de expertos que permitan juzgar la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems propuestos, fortaleciendo así la validez racional de la herramienta (López et al., 2019).

Validez de criterio

La validez de criterio hace referencia al grado de relación existente entre las puntuaciones obtenidas mediante un instrumento y un criterio externo considerado como referencia para medir el mismo fenómeno. Su propósito es determinar la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes con una medida previamente validada, pudiendo evaluarse mediante enfoques concurrentes o predictivos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Para Bermejo y González (2024) la validez de criterio se refiere a un coeficiente de correlación que mide la relación entre las puntuaciones obtenidas en una prueba y aquellas de un criterio establecido, su evaluación sigue el mismo procedimiento que la validez de constructo: primero, se aplica la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para determinar si los datos siguen una distribución normal y de ser así, se utiliza la prueba de Correlación de Pearson; en caso contrario, se emplea la prueba de Correlación de Spearman, considerando en este caso la suma de todos los ítems del instrumento.

Validez de constructo

La validez de constructo se refiere al grado en que un instrumento representa adecuadamente el constructo teórico que pretende medir. Este tipo de validez busca determinar si los ítems y dimensiones del instrumento reflejan de manera coherente los conceptos teóricos que sustentan la variable de interés, constituyendo un elemento fundamental para la interpretación de los resultados obtenidos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Es aquella que se le realiza al instrumento en función de que este explique el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés; esta unificará la validez de contenido y de criterio; para llevarla a cabo se deberá verificar que los datos presentan una distribución normal, se aplica el método de dominio total utilizando la prueba de Correlación de Pearson, comparando la suma de los ítems de cada dimensión con los ítems correspondientes y en caso de que la distribución no sea normal, se emplea la prueba de Correlación de Spearman; para cualquier escenario, el instrumento final incluirá únicamente las dimensiones con correlaciones estadísticamente significativas (Bermeo J, González A., 2024).

La validación de instrumentos de investigación en el área de la salud.

La validación de instrumentos en el ámbito de la salud constituye un proceso esencial para garantizar la calidad, precisión y confiabilidad de la información obtenida. Debido a que las decisiones clínicas, administrativas y de investigación se fundamentan en los datos recolectados, es indispensable que las herramientas utilizadas sean sometidas a procedimientos rigurosos que aseguren la validez de las mediciones y la consistencia de los resultados. De acuerdo con Bermejo y González (2024), la precisión

y fiabilidad de los instrumentos empleados en investigación son fundamentales, ya que las conclusiones derivadas de los estudios dependen directamente de la calidad de la información recopilada.

En términos generales, el proceso de validación contempla una fase cualitativa y una fase cuantitativa. La primera incluye actividades orientadas a evaluar aspectos como la claridad, comprensión, pertinencia y relevancia de los ítems mediante procedimientos como la revisión por expertos. Por su parte, la fase cuantitativa aporta evidencia sobre las propiedades métricas del instrumento, incluyendo diferentes tipos de validez y estimaciones de confiabilidad, con la finalidad de garantizar que las mediciones obtenidas sean adecuadas para el fenómeno que se pretende evaluar.

Para que un instrumento de medición sea considerado adecuado, debe demostrar evidencias tanto de validez como de confiabilidad. La validez se relaciona con la capacidad del instrumento para medir de manera precisa el fenómeno o constructo de interés, permitiendo que las interpretaciones derivadas de los resultados sean consistentes con los objetivos para los cuales fue diseñado. En este sentido, la evidencia de validez puede obtenerse mediante diferentes enfoques, entre los que destacan la validez de contenido, de criterio y de constructo.

Por otra parte, la confiabilidad hace referencia al grado de estabilidad y consistencia de las mediciones obtenidas cuando el instrumento es aplicado en condiciones similares. Un instrumento confiable produce resultados homogéneos y reproducibles, disminuyendo la posibilidad de errores atribuibles al proceso de medición. Para su evaluación se emplean diversos procedimientos estadísticos, entre los que destaca el coeficiente Alfa de Cronbach, ampliamente utilizado para determinar

la consistencia interna de escalas e instrumentos de investigación en el área de la salud (Bermejo & González, 2024).

Bermejo y González (2024) señalan que la validación de instrumentos en el área de la salud puede desarrollarse mediante tres fases fundamentales: construcción del instrumento, validación cualitativa y validación cuantitativa.

La fase de construcción comprende la definición del problema de investigación, la identificación de las dimensiones que integran el fenómeno de estudio, la caracterización de la población objetivo y la elaboración de los ítems que conformarán el instrumento. Esta etapa constituye la base para garantizar la congruencia entre los objetivos de investigación y las variables que se pretenden evaluar.

La fase de validación cualitativa tiene como finalidad valorar la claridad, comprensión, pertinencia y relevancia de los ítems propuestos. Dentro de esta fase pueden emplearse procedimientos como el análisis de legibilidad, mediante herramientas como INFLESZ, así como la evaluación por expertos, quienes emiten juicios sobre la coherencia, claridad y relevancia del contenido incluido en el instrumento.

Por su parte, la fase de validación cuantitativa busca aportar evidencia sobre las propiedades métricas del instrumento a través de procedimientos estadísticos que permitan evaluar su desempeño. Dependiendo de los objetivos del estudio, esta etapa puede incluir el análisis de diferentes tipos de validez y la estimación de la confiabilidad mediante indicadores de consistencia interna.

En el ámbito de las ciencias de la salud y particularmente en enfermería, la validación de instrumentos constituye un proceso indispensable para garantizar la calidad de las mediciones y fortalecer la generación de evidencia científica. Landeros-

Olvera et al. (2024) señalan que la evaluación de las propiedades psicométricas permite determinar la capacidad de un instrumento para producir mediciones válidas y confiables, contribuyendo a la precisión de los resultados y a la toma de decisiones fundamentadas en evidencia. Por ello, el desarrollo y validación de instrumentos representan una estrategia fundamental para el avance de la investigación y la mejora de la práctica profesional.

Tipos de Validación.

Validación por juicio de expertos

La validación por juicio de expertos se presenta como una técnica eficaz para evaluar la calidad y utilidad de un instrumento; implica la revisión del instrumento por profesionales con experiencia en el área de estudio para evaluar su validez de contenido y/o constructo, para ello los expertos analizan aspectos como la formulación de ítems, la presentación del instrumento y la pertinencia de las preguntas. El concepto de "experto" puede ser interpretado de diversas maneras y no se define únicamente por títulos académicos, cargos o jerarquía; su verdadera distinción radica en su capacidad de anticipar escenarios futuros, además, si los expertos carecen de independencia, esto podría afectar la objetividad de sus juicios, por ello, se recomienda recopilar sus opiniones de manera anónima, reduciendo así la posibilidad de que el proceso grupal distorsione la información obtenida (Balderas et al., 2022).

Para cumplir con la validación por juicio de expertos, algunos autores mencionan que mínimo se debe de contar con 5 a 7 expertos, otros autores mencionan que deben de ser más, sin embargo, aún no existe un acuerdo unánime para determinar el número de expertos; pero una parte importante es que el número de expertos se debe de

considerar de acuerdo con la facilidad de acceso a ellos sobre todo a aquellos que conozcan sobre el tema, el nivel de experiencia y conocimiento (Balderas et al., 2022).

Algunas características relevantes de los expertos es que deben de estar vinculados con la problemática, contar con experiencia profesional, tener cualidades para ser colaboradores en investigaciones y saber decidir qué datos utilizar ante una problemática importante, es por ello por lo que los expertos brindan opiniones basadas en un amplio conocimiento, experiencia y por ende están cualificados para dar respuesta a dicha situación (Herrera, et al., 2022).

De acuerdo con Herrera et al. (2022), el juicio de expertos constituye una estrategia útil cuando el fenómeno de estudio requiere conocimientos especializados, existe limitada disponibilidad de información empírica o la complejidad del problema demanda una valoración fundamentada por profesionales con experiencia en el área. Asimismo, este procedimiento favorece la documentación sistemática de las decisiones metodológicas y contribuye a disminuir la incertidumbre durante el proceso de construcción y validación de instrumentos, existen múltiples razones que justifican el uso de expertos a continuación se detallan las mencionadas:

- Acceso a datos inaccesibles: Cuando hay información clave para el estudio que solo puede obtenerse a través del conocimiento experto, o cuando los datos disponibles mediante experimentación son insuficientes para reducir la incertidumbre, es recomendable seguir un procedimiento estructurado.
- Relevancia del tema: En investigaciones sobre asuntos fundamentales, la calidad del juicio de los expertos influirá significativamente en los resultados. Dado que los temas cruciales suelen estar sujetos a revisión frecuente, es preferible estructurar el análisis con documentación clara y comunicación efectiva.

- Complejidad del análisis: Si el tema tratado es altamente complejo y requiere la participación de varios expertos, es recomendable aplicar un método formalizado. Esto garantiza que todos los participantes comprendan los procedimientos y los apliquen de manera consistente.
- Exigencias de documentación: Cuando el proceso investigativo requiere una revisión exhaustiva, es conveniente implementar un método que asegure un acceso amplio a la información disponible y garantice una adecuada documentación de cada etapa.

La validación por expertos es una herramienta sumamente valiosa, que cuando se utiliza correctamente, mejora la calidad y la confiabilidad de la toma de decisiones en la investigación, sin embargo, es importante mencionar que esto es un complemento no un sustituto de otros medios de información (Herrera, et al., 2022).

La construcción y validación de instrumentos en el ámbito de la salud requiere de procesos metodológicos rigurosos que garanticen la calidad y pertinencia de los ítems. En este sentido, González Arroyo y Bermeo Escalona (2024) destacan que la validación por expertos constituye una estrategia central para asegurar la representatividad del constructo, ya que permite evaluar la claridad, coherencia y relevancia de cada reactivo desde la perspectiva de profesionales con experiencia en el área. Este procedimiento no solo fortalece la validez de contenido, sino que también contribuye a la depuración del instrumento y a su adecuación conceptual antes de su aplicación definitiva. Así, la posición de estos autores reafirma la importancia de integrar evaluaciones cualitativas y cuantitativas durante el proceso de construcción de instrumentos, garantizando su utilidad en entornos clínicos, educativos y de investigación.

Además de la experiencia y el conocimiento especializado, resulta indispensable que los expertos emitan sus valoraciones con independencia y objetividad. Por esta razón, diversos autores recomiendan implementar procedimientos que favorezcan el anonimato y reduzcan la influencia de factores externos sobre las opiniones emitidas, características que constituyen la base de métodos de consenso como la técnica Delphi (Balderas et al., 2022).

Importancia del estudio piloto en el proceso de validación

La prueba piloto constituye una etapa fundamental dentro del proceso de desarrollo y validación de instrumentos de medición. Su finalidad es aplicar la herramienta de manera preliminar a un grupo reducido de participantes con características similares a la población objetivo, permitiendo identificar dificultades de comprensión, problemas en la redacción de los ítems, aspectos operativos relacionados con la aplicación y posibles oportunidades de mejora antes de su implementación definitiva. De acuerdo con Díaz (2020), el uso de estudios piloto ha incrementado significativamente en las últimas décadas debido a su contribución al fortalecimiento del rigor metodológico y a la mejora de la calidad de los instrumentos de investigación.

Asimismo, Fernández et al. (2023) señalan que los estudios piloto permiten obtener información relevante sobre la viabilidad de los procedimientos propuestos y el desempeño preliminar de los instrumentos de medición. En el caso de las investigaciones orientadas al diseño y validación de instrumentos, esta etapa facilita la evaluación inicial de las propiedades métricas y constituye un paso previo para el análisis de la confiabilidad y la aplicación definitiva de la herramienta en la población de estudio.

Debido a las ventajas que ofrece el juicio de expertos para la obtención de evidencias de validez de contenido, diversos estudios recurren a métodos estructurados de consenso que permiten organizar, sistematizar y fortalecer las opiniones emitidas por los especialistas. Entre estos procedimientos destaca la técnica Delphi, ampliamente utilizada en la validación de instrumentos de investigación en el ámbito de la salud.

Método Delphi

La técnica Delphi es un método estructurado de consulta a expertos ampliamente utilizado en investigación en salud y enfermería para la construcción de indicadores, la definición de competencias profesionales, la priorización de problemas de investigación y la validación de instrumentos. Su principal característica es la obtención de consenso mediante rondas sucesivas de evaluación, en las que los participantes emiten sus opiniones de manera independiente y reciben retroalimentación controlada sobre los resultados obtenidos en cada etapa. Este proceso favorece la reflexión individual, reduce la influencia de factores externos y fortalece la objetividad de los juicios emitidos por los expertos, contribuyendo al desarrollo de instrumentos con mayor solidez metodológica (Lara-Jaque et al., 2024).

Diversos estudios han demostrado la utilidad de la validación por expertos durante las etapas iniciales de construcción de instrumentos. Baliza et al. (2024) señalan que la evaluación realizada por un panel de especialistas permitió establecer la validez de contenido mediante la combinación de análisis cualitativos y cuantitativos, favoreciendo la obtención de una estructura más clara, comprensible y pertinente. Los autores destacan que este procedimiento constituye una fase fundamental dentro del

proceso de validación, ya que facilita la identificación de oportunidades de mejora en los ítems antes de su aplicación en la población objetivo. Asimismo, reconocen que la validación por expertos debe complementarse posteriormente con pruebas empíricas que permitan evaluar otras propiedades métricas del instrumento.

Los estudios descritos evidencian que la técnica Delphi y la validación por juicio de expertos son procedimientos ampliamente utilizados en el desarrollo y validación de instrumentos en el ámbito de la salud y la enfermería. Asimismo, destacan la importancia de evaluar aspectos como la claridad, coherencia y relevancia de los ítems para garantizar la validez de contenido. Sin embargo, a pesar de la existencia de investigaciones orientadas a la validación de instrumentos en diversas áreas de la atención sanitaria, se identificó una limitada evidencia relacionada con instrumentos específicos para evaluar el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención en México, lo que justifica la realización del presente estudio.

V de Aiken

La V de Aiken es uno de los coeficientes más utilizados para cuantificar la validez de contenido de instrumentos mediante el juicio de expertos. Este índice permite estimar el grado de acuerdo entre los jueces respecto a la pertinencia, claridad, coherencia o relevancia de los ítems evaluados, expresando los resultados en una escala de 0 a 1, donde los valores más cercanos a la unidad indican una mayor representatividad del contenido evaluado (Domínguez-Lara, 2018). Diversos estudios en el área de la salud han utilizado este coeficiente para fortalecer la validez de contenido de instrumentos de medición. Por ejemplo, Baliza et al. (2024) emplearon la

V de Aiken durante la validación de una lista de verificación para evaluar la adherencia al protocolo de prevención de lesiones por presión, mientras que Díaz-Rincón et al. (2025) la utilizaron para validar un cuestionario sobre percepciones y actitudes hacia las tecnologías sanitarias, obteniendo niveles elevados de acuerdo entre los expertos y confirmando la utilidad de este procedimiento para respaldar la calidad de los instrumentos desarrollados.

Finalmente, la validez de contenido constituye una de las propiedades psicométricas fundamentales en el desarrollo de instrumentos de medición, ya que permite garantizar que los ítems representen de manera adecuada el constructo que se pretende evaluar. En este sentido, el empleo del coeficiente V de Aiken permitió obtener evidencia sobre la claridad, coherencia y relevancia de los reactivos que conforman el instrumento diseñado para evaluar el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. No obstante, la validación metodológica debe complementarse con la fundamentación teórica del contexto disciplinar en el que será utilizado. Por ello, resulta pertinente abordar el papel de la enfermería como profesión esencial en la implementación de estrategias orientadas a la calidad de la atención y a la seguridad del paciente, considerando que este grupo profesional participa de manera directa en la ejecución de las acciones encaminadas a prevenir eventos adversos y garantizar una atención segura.

2.5 Enfermería

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la enfermería comprende la prestación de cuidados de manera autónoma y en colaboración con otros profesionales de la salud, dirigidos a personas, familias, grupos y comunidades,

independientemente de su edad o condición de salud. Sus funciones abarcan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención integral de personas enfermas o con discapacidad y los cuidados proporcionados a pacientes en situación terminal, desempeñando un papel esencial en la continuidad y calidad de la atención sanitaria.

Dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, el profesional de enfermería ocupa una posición estratégica debido a su contacto permanente con los pacientes y a su participación en la ejecución, supervisión y seguimiento de los procesos asistenciales. Esta cercanía favorece la identificación de riesgos, la implementación de prácticas seguras y el cumplimiento de los estándares de calidad, convirtiendo a la enfermería en un actor fundamental para fortalecer la seguridad del paciente y promover la mejora continua de los servicios de salud.

Historia de la Enfermería

Los antecedentes de la enfermería en México se remontan a la época prehispánica, donde las prácticas de cuidado formaban parte de la organización social y de los sistemas de atención desarrollados por las culturas originarias.

Durante la época de Moctezuma, en Tenochtitlan existía el hospital de Tuihuacan, institución destinada a la atención de soldados veteranos incapacitados. En este espacio se realizaba el traslado oportuno y la asistencia inmediata de los combatientes heridos, actividades que pueden considerarse como una de las primeras manifestaciones de la enfermería militar en México. De acuerdo con Cuevas y Guillén (2012), la atención de estos pacientes era proporcionada exclusivamente por hombres, de acuerdo con la organización social y sanitaria de la época.

De acuerdo con Cuevas y Guillén (2012), en el ámbito doméstico tanto hombres como mujeres podían desempeñar funciones relacionadas con el cuidado de la salud, actuando como enfermeros, médicos o curanderos. No obstante, las mujeres asumían principalmente la atención de los enfermos dentro del entorno familiar, proporcionando cuidados básicos, remedios tradicionales y apoyo en la alimentación y el bienestar de las personas enfermas. En la sociedad azteca, una de las figuras más representativas fue la tlamatqui-ticitl o partera, quien acompañaba a la mujer desde el inicio del embarazo hasta el periodo posparto, brindando cuidados tanto a la madre como al recién nacido durante los primeros meses de vida.

Estas mujeres desarrollaban conocimientos y habilidades que les permitían atender el embarazo, el parto y el puerperio mediante prácticas terapéuticas propias de la época. Por lo que, la formación de las parteras se transmitía de manera tradicional entre generaciones, generalmente de madres o abuelas a sus descendientes, quienes heredaban los conocimientos necesarios para desempeñar esta labor. De acuerdo con Cuevas y Guillén (2012), estas mujeres contaban con experiencia en la atención del embarazo, el parto y el puerperio, empleando remedios herbales y diversas prácticas propias de la época para favorecer el nacimiento y brindar cuidados tanto a la madre como al recién nacido. Su participación representa uno de los antecedentes más importantes del cuidado materno-infantil y de la evolución de la práctica de enfermería en México.

Durante la época colonial, la Nueva España enfrentó numerosas epidemias que incrementaron la demanda de atención a la población enferma y herida. En este contexto surgió la figura de la matrona, quien participaba en el cuidado de los pacientes y en la asistencia a personas lesionadas. Asimismo, la necesidad de fortalecer la

atención sanitaria favoreció la creación de instituciones hospitalarias, entre ellas el Hospital de la Inmaculada Concepción, actualmente conocido como Hospital de Jesús (Cuevas y Guillén, 2012).

Posteriormente, en 1804, Isabel Zendala es reconocida como la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica por su participación en el cuidado de los niños que integraron la expedición de vacunación contra la viruela. A partir de este periodo, las órdenes religiosas desempeñaron un papel relevante en la atención de las personas enfermas, contribuyendo al desarrollo de los cuidados y a la consolidación de la práctica de enfermería en México (Cuevas y Guillén, 2012).

La profesionalización de la enfermería en México comenzó a consolidarse durante la segunda mitad del siglo XIX. De acuerdo con Cuevas y Guillén (2012), en 1854 se establecieron los primeros antecedentes de la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Posteriormente, el Dr. Eduardo Liceaga, director de los servicios médicos del Hospicio, la Maternidad y el Consultorio, impulsó la creación de una escuela formal de enfermería, para lo cual solicitó en 1900 al presidente Porfirio Díaz la autorización correspondiente. Como resultado de estas gestiones, en 1907 se emitió el reglamento que formalizó su funcionamiento, marcando un hito en la formación profesional de la enfermería en México.

Durante la Revolución Mexicana, numerosas mujeres participaron en la atención y cuidado de los heridos directamente en los campos de batalla, brindando asistencia y apoyo a quienes resultaban afectados por los enfrentamientos armados. Un ejemplo representativo fue Refugio Estévez Reyes, conocida como “La Madre Cuca”, quien dedicó su vida al cuidado de los combatientes y, en el ejercicio de esta labor, resultó herida por un proyectil que la acompañó el resto de su vida. Su trayectoria constituye un

símbolo del compromiso, la vocación de servicio, el altruismo y el sentido humanitario que han caracterizado históricamente a la profesión de enfermería (Cuevas y Guillén, 2012).

En relación con el estudio histórico de la profesión, Sacristán (2022) señala que la historiografía de la enfermería en México es relativamente reciente. En 2004, la historiadora Elsa Malvido reconoció que la reconstrucción de la historia de la enfermería aún se encontraba en proceso de consolidación y destacó el papel de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México como una institución comprometida con el desarrollo de esta línea de investigación. Asimismo, refiere que gran parte del conocimiento histórico sobre la profesión ha sido generado por las propias enfermeras, quienes han contribuido a documentar y difundir la evolución de la disciplina mediante diversas publicaciones académicas.

La evolución histórica de la enfermería refleja la transformación de una actividad basada en el cuidado empírico hacia una profesión sustentada en conocimientos científicos, formación académica y práctica basada en la evidencia. En la actualidad, el personal de enfermería constituye uno de los pilares fundamentales de los sistemas de salud, participando activamente en la promoción de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Aunque la práctica de la enfermería en México tiene antecedentes que se remontan a la época prehispánica, su estudio desde una perspectiva histórica es relativamente reciente. De acuerdo con Sacristán (2022), fue hace aproximadamente dos décadas cuando comenzaron a publicarse de manera sistemática investigaciones orientadas a reconstruir la evolución de la profesión. Estos trabajos han permitido reconocer la contribución de instituciones, personajes y acontecimientos que han

favorecido el desarrollo de la enfermería en el país. Asimismo, el autor destaca que este interés ha fortalecido el vínculo entre profesionales de enfermería e historiadores, enriqueciendo el conocimiento sobre la evolución y consolidación de la disciplina.

La evolución histórica de la enfermería refleja la transformación de una actividad basada inicialmente en el cuidado empírico hacia una profesión sustentada en conocimientos científicos, formación académica y práctica basada en la evidencia. En la actualidad, el personal de enfermería constituye uno de los principales integrantes de los equipos de salud y desempeña un papel esencial en la promoción de la calidad de la atención, la prevención de riesgos y la implementación de estrategias orientadas a fortalecer la seguridad del paciente.

Como resultado de esta evolución histórica, la enfermería se ha consolidado como una profesión indispensable dentro de los sistemas de salud. En la actualidad, el personal de enfermería participa activamente en la implementación de prácticas seguras, la vigilancia del cumplimiento de protocolos institucionales y la mejora continua de la calidad de la atención, desempeñando un papel estratégico en las acciones dirigidas a fortalecer la seguridad del paciente. En este contexto, resulta pertinente analizar las características de la profesión y su desarrollo desde distintas perspectivas, entre ellas la relacionada con el género.

La enfermería y el género.

Desde la década de 1970, los estudios sobre la historia de las mujeres han experimentado un importante desarrollo, favoreciendo el reconocimiento de su participación en distintos ámbitos sociales, entre ellos el cuidado de la salud. En este contexto, la enfermería ocupa un lugar relevante debido a que, desde el siglo XIX, ha

sido una profesión ejercida predominantemente por mujeres. Como señala Sacristán (2022), diversos acontecimientos vinculados con la evolución de la enfermería mantienen una estrecha relación con la historia de las mujeres, particularmente por la asociación histórica entre el cuidado de las personas y el ámbito doméstico.

Padalines Tene et al. (2022) señalan que, históricamente, la enfermería ha sido una profesión integrada mayoritariamente por mujeres, debido a que el cuidado se asoció social y culturalmente con atributos tradicionalmente vinculados al rol femenino, como la sensibilidad, la empatía y la vocación de servicio. No obstante, con el paso del tiempo, la participación de los hombres en la profesión ha incrementado de manera progresiva, reflejando la transformación de los roles de género y de los estereotipos sociales conforme evolucionan las normas, los valores y las concepciones culturales de cada sociedad. En la actualidad, la enfermería es una profesión ejercida tanto por mujeres como por hombres, cuyo desempeño se fundamenta en competencias científicas, técnicas y humanísticas, independientemente del género de quienes la ejercen.

Con el paso del tiempo, la enfermería continúa siendo una profesión integrada mayoritariamente por mujeres. No obstante, a nivel mundial persisten desigualdades relacionadas con el género, reflejadas en aspectos como la remuneración, las oportunidades de desarrollo profesional, el acceso a puestos de liderazgo, los mecanismos de promoción y las condiciones laborales. Estas diferencias han motivado la implementación de estrategias orientadas a fortalecer la equidad dentro del ejercicio profesional de la enfermería (Cuevas y Guillén, 2012).

A pesar de los cambios que ha experimentado la profesión en relación con la participación de hombres y mujeres, la enfermería mantiene como eje central el cuidado

integral de las personas, sustentado en principios científicos, éticos y humanísticos. En la actualidad, el ejercicio profesional se fundamenta en las competencias y responsabilidades propias de la disciplina, independientemente del género de quienes la desempeñan.

Velásquez et al. (2021) señalan que el cuidado constituye una acción inherente a la experiencia humana y que, a lo largo de la historia, también ha sido desempeñado por hombres en distintos ámbitos, como el religioso, el militar, el clínico y el comunitario. Desde esta perspectiva, los autores reconocen la contribución masculina al desarrollo histórico de la enfermería, destacando la participación de diversas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de las personas enfermas, entre las que sobresalen:

- Los Caballeros Hospitalarios, quienes fundaron hospitales y brindaban atención a las personas enfermas y heridas.
- Los Caballeros de San Lázaro, dedicados principalmente al cuidado de personas con lepra.
- Los Caballeros Teutónicos, cuyos integrantes, además de profesar votos religiosos, asumían el compromiso de atender y cuidar a las personas enfermas.

Padalines Tene et al. (2022) señalan que, aunque la participación masculina en la enfermería ha aumentado de manera progresiva, aún persisten algunos estereotipos sociales asociados a la profesión. Asimismo, los autores refieren que la atención de pacientes del sexo opuesto puede representar retos para algunos profesionales, principalmente en procedimientos que implican el cuidado de zonas íntimas, situación

que ha impulsado la adopción de estrategias orientadas a fortalecer el respeto, la comunicación y la ética profesional durante la prestación de los cuidados.

Velásquez-Vergara et al. (2021) destacan que la participación de los hombres ha contribuido de manera significativa al desarrollo de la enfermería, tanto en el ámbito asistencial como en la generación de conocimiento científico. Entre sus principales aportaciones se encuentran la formulación de modelos y teorías de enfermería, como el Modelo de la Marea, desarrollado por Phil Barker para el cuidado de personas con trastornos de salud mental, así como la teoría bioética sinfonológica, propuesta por James H. Husted y Evelyn Husted, orientada a fortalecer la toma de decisiones éticas en la práctica profesional. Asimismo, investigadores como Chad O'Lynn y Russell E. Tranbarger han contribuido a documentar la evolución histórica de la participación masculina en la enfermería y a promover una mayor inclusión dentro de la profesión.

Estos aportes evidencian que el desarrollo de la enfermería ha sido resultado de la participación conjunta de mujeres y hombres, quienes, desde distintos ámbitos, han contribuido al fortalecimiento científico, ético y profesional de la disciplina (Velásquez-Vergara et al., 2021).

En las últimas décadas, la enfermería ha despertado un interés creciente entre los hombres, motivado por factores como la vocación de servicio, las oportunidades de desarrollo profesional y las perspectivas laborales que ofrece la disciplina. Padalines Tene et al. (2022) refieren que, en algunos contextos, los profesionales de enfermería del sexo masculino manifiestan un mayor interés por ocupar puestos de liderazgo y gestión dentro de las instituciones de salud, lo que refleja una participación cada vez más activa en el desarrollo y fortalecimiento de la profesión.

En conjunto, la evidencia disponible muestra que la enfermería ha experimentado importantes avances en materia de equidad de género. No obstante, aún persisten desafíos relacionados con la representación masculina, la permanencia de algunos estereotipos y determinadas barreras durante la práctica profesional. Estos cambios reflejan la evolución de la disciplina hacia un ejercicio sustentado en competencias científicas, técnicas y humanísticas, donde el desempeño profesional prevalece sobre las diferencias de género (Padalines Tene et al., 2022).

La evolución histórica de la enfermería demuestra que el cuidado ha sido una responsabilidad compartida por mujeres y hombres, aunque las condiciones sociales y culturales de cada época han influido en la distribución de estos roles. En la actualidad, la profesión se fundamenta en competencias científicas, técnicas, éticas y humanísticas, por lo que el ejercicio de la enfermería trasciende las diferencias de género y se orienta al cuidado integral de las personas.

La práctica profesional de enfermería constituye un elemento fundamental para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente, debido a que el personal de enfermería mantiene un contacto permanente con los usuarios durante todo el proceso de atención, participando en actividades relacionadas con la identificación del paciente, la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, la administración segura de medicamentos, la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, la prevención de caídas, el reporte de eventos adversos y el fortalecimiento de la cultura de seguridad. En este contexto, resulta indispensable que las intervenciones de enfermería se desarrollen bajo lineamientos estandarizados que orienten la práctica clínica y favorezcan la disminución de riesgos.

En México, estos lineamientos se encuentran establecidos en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), las cuales constituyen la estrategia nacional para promover una atención segura, de calidad y centrada en el paciente, mediante la implementación de procesos sistemáticos dirigidos a prevenir eventos adversos evitables en los establecimientos de atención médica.

Como respuesta a la necesidad de fortalecer la seguridad de la atención y reducir la ocurrencia de eventos adversos prevenibles, en México se estableció en 2017 un acuerdo de observancia obligatoria para las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, el cual contempla la implementación de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Asimismo, el Gobierno Federal incorporó la seguridad del paciente como un eje prioritario dentro de las políticas públicas de salud, incluyéndola en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud 2019–2024. Estas acciones reflejan el compromiso institucional de promover una atención más segura, fortalecer la calidad de los servicios y disminuir los riesgos asociados a la atención sanitaria (Hernández-Herrera et al., 2021).

Asimismo, con el propósito de fortalecer la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud (2019) propone diversas intervenciones orientadas a mejorar la calidad y seguridad de la atención, entre las que destacan el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la incorporación de nuevos conocimientos a las políticas sanitarias, el empoderamiento de pacientes, familias y comunidades, el desarrollo de liderazgos efectivos, la formación de personal competente y comprometido, la disponibilidad oportuna de información, el uso de tecnologías digitales y el fortalecimiento de los sistemas de aprendizaje organizacional.

2.6 Acciones Esenciales Para la Seguridad del Paciente

El sistema Nacional de salud (SNS) en México enfrenta el reto de ofrecer acceso y cobertura universal a los servicios de salud, garantizando la gratuidad y calidad en la atención, cabe resaltar que este desafío abarca la población derechohabiente como a la no derechohabiente y para alcanzar este objetivo es fundamental acceder a los servicios de manera efectiva y con el mínimo de riesgos posibles (CGS y DGCES,2023).

Para tal efecto en el año 2017 un grupo interdisciplinario estableció las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente y se publicó un acuerdo que establece como obligatoria la implementación de estas, con el propósito de mejorar la atención que se le brinda a la población; así mismo facilitarían la recopilación de información relevante sobre la aparición de eventos para la mejora en la toma de decisiones y reforzar la cultura de seguridad en la atención médica, dichas Acciones se presentan a continuación (CGS y DGCES,2023).

Así mismo, cabe recalcar que, a través del Consejo General de Salubridad se definió a las AESP con el fin de fortalecer la implementación de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente anteriormente conocidas, en los Establecimientos de Atención Médica (EAM) del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que además, integraron dos acciones adicionales para mejorar la toma de decisiones y consolidar la cultura de calidad, la Acción Esencial 7, sobre Prevención y análisis de eventos adversos, la cual busca registrar y analizar cuasifallas, eventos adversos y centinelas, utiliza herramientas que faciliten el análisis y la toma de decisiones, permite prevenir estos eventos a nivel local y emitir alertas a nivel nacional; y la Acción Esencial 8 de la Cultura de Seguridad del Paciente, esta mide la percepción de la cultura de

seguridad en los EAM, ayuda a identificar áreas de mejora continua en la atención médica y promueve decisiones informadas para fortalecer el clima de seguridad (CGS y DGCEs,2023).

Estas acciones complementan los esfuerzos internacionales y nacionales para garantizar una atención médica más segura y de mayor calidad.

Acción esencial 1. Identificación correcta de los pacientes

Tiene como objetivo mejorar la precisión de la identificación de pacientes, al utilizar al menos dos datos, considerando el nombre completo y fecha de nacimiento; para prevenir errores que involucren a un paciente equivocado; así mismo esta acción esencial cuenta con 6 incisos del 1 A hasta el 1 F, enlistados a continuación:

Acción Esencial 1 A. De la identificación general del paciente: uso del nombre y fecha de nacimiento al solicitar atención, tomando en cuenta que en el caso de nacimientos múltiples se hará uso de un número progresivo, por otra parte para pacientes desconocidos se agregaran datos relevantes como género, edad aparente, señas particulares y el medio por el que ingreso. Así mismo es importante que se le indique al familiar la importancia de mantener los medios de identificación.

Acción Esencial 1 B. De la estandarización en pacientes encamados/hospitalizados: se utilizaran como estándares la tarjeta de cabecera a pie de cama para pacientes hospitalizados o algún tratamiento especial como quimioterapia, hemodiálisis, recuperación quirúrgica, entre otros; pudiendo agregar además del nombre y fecha de nacimiento datos extras como el factor Rh, edad, alergias. Otro estándar para utilizar es el brazalete o pulsera que deberá colocarse una extremidad que en donde no se interponga para la atención y se reemplazara cuando no sea legible o exista duda de la información; así mismo para el caso de recién

nacidos se colocaran 2 brazaletes una en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo con los datos de la madre.

Figura 1.
Ejemplo de tarjeta de identificación del paciente.

 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA		Nombre de Paciente: BEATRIZ JIMENA LÓPEZ HERNÁNDEZ
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Fecha de Nacimiento:	17/08/1976	No. de Registro: C-023658/2019
Sexo: <u>Femenino</u>	Edad: <u>43a.</u>	Fecha de Ingreso: <u>04/07/2019</u>
Servicio: <u>Traumatología</u>	Cama: <u>315</u>	
Diagnóstico:	<u>Fractura de Cadera Izquierda</u>	
Cirugía Realizada:	<u>Osteosíntesis de Cadera Izquierda</u>	
Fecha de Cirugía: <u>05/07/2019</u>	Médico Tratante: <u>Fernando Ramírez Matus</u>	
Grupo Sanguíneo: <u>0</u>	Rh: <u>(+)</u>	
Alergias:	<u>Penicilina, AINES</u>	
Comorbilidad:	<u>Diabetes Mellitus</u>	

Nota: Tomado de PRT-SEN-01: Protocolo para el cumplimiento de las AESP (Gráfico), por el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, 2021, p. 9 (<https://www.inmr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-01.pdf>). En el dominio público.

Acción Esencial 1 C. De la identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención: es de importancia que el personal de salud compruebe los datos de identificación antes de la realización de momentos críticos como la administración de medicamentos, transfusión sanguínea, procedimientos quirúrgicos, traslados, aplicación de biológicos, procedimientos invasivos, entre otros;

siendo relevante mencionar que para pacientes que no puedan comunicarse, se corroborarán estos datos con el familiar o cuidador presente.

Acción Esencial 1 D. De la identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente: para dicha acción el personal registrará en los membretes los datos de identificación, nombre, duración, fecha y hora de la solución, sin olvidar el registro correspondiente.

Figura 2.

Ejemplo de identificación para soluciones intravenosas.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		MEMBRETE PARA SOLUCIONES PARENTERALES		 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra INSTITUCIÓN DE REPOSICIÓN DE Subdirección de Enfermería	
NOMBRE: <u>Alberto Hernández Ramírez</u>					
F.Nac:	<u>01/06/2019</u>	Reg:	<u>C-014523/2019</u>	F.Inst:	<u>13/06/2019</u>
No. cama:	<u>104</u>	Servicio:	<u>Ortopedia Pediátrica</u>		
Prescripción:	<u>Solución Cloruro de Sodio 0.9%</u>				
H. de Inicio:	<u>14:00</u>	H. de Termina:	<u>22:00</u>		
Tiempo:	<u>P/8 Hrs</u>	Velocidad:	<u>125 ml/hr</u>	Gts. x min:	<u>41</u>
Enfermera (O):	<u>L.E Jovita Hernández Hernández</u>				
Doble Verificación:	_____				
SIN CODIGO REV.15 JUN 19					

Nota: Tomado de PRT-SEN-01: Protocolo para el cumplimiento de las AESP (Gráfico), por el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, 2021, p. 14 (<https://www.inmr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-01.pdf>). En el dominio público.

Acción Esencial 1 E. De la identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología: además de contar con los datos de identificación deberá tener fecha y hora de estudio así como datos de la institución.

Acción Esencial 1 F. De la identificación de piezas anatómicas y cadáveres: Es de importancia identificarlos con nombre y fecha de nacimiento y algún otro que contemple la institución.

Figura 3.

Ejemplo de identificación para piezas anatómicas y cadáveres.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		Membrete de Identificación Piezas Patológicas	 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra Subdirección de Enfermería
Fecha de Cirugía (Día/Mes/Año):	Servicio:		
Nombre del Paciente:			
Fecha de Nacimiento:			
No. Registro			
Muestra Patológica:			
Médico Tratante			
Enfermera Circulante:			

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Membrete para la Identificación de Cadáveres	 Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra Subdirección de Enfermería
Nombre del Paciente: _____		
Fecha de Nacimiento: _____		
Número de Registro: _____		
Sexo: _____ Edad: _____		
Fecha de Defunción: _____		
Hora de Defunción: _____		
Diagnóstico de Defunción: _____		
Servicio: _____		
Médico: _____		

Nota: Tomado de PRT-SEN-01: Protocolo para el cumplimiento de las AESP (Gráfico), por el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, 2021, p. 15 (<https://www.inmr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PRT-SEN-01.pdf>). En el dominio público.

Relacionado con lo anterior, es sabido que una correcta identificación del paciente es esencial para asegurar su seguridad y garantizar una atención médica de calidad, y un error en la identificación puede conllevar consecuencias graves, como la aplicación equivocada de tratamientos, administración de medicamentos indebidos o intervenciones quirúrgicas erróneas, es por ello que resulta crucial establecer procedimientos sólidos para identificar a los pacientes, empleando al menos dos elementos verificables como se menciona anteriormente, uno de ellos es el nombre completo y la fecha de nacimiento, además de utilizar pulseras identificativas y tecnologías avanzadas como códigos de barras o registros clínicos electrónicos. Ya que la identificación errónea del paciente se asocia a errores médicos graves: como errores en la medicación, en las transfusiones, cirugías y diagnósticos, sin embargo, es bien sabido que los errores no residen solo en la actividad directa del profesional: influyen la cultura institucional, la formación del personal, la carga laboral y la comunicación interna; por lo que es importante optar por iniciativas que combinen tecnología, protocolos claros y estrategias educativas continuas. La confusión en la identificación del paciente es una de las causas más comunes de errores y estos afectan tanto la administración de medicamentos como los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos (Alrawaili et al., 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que una parte considerable de los casos en los que se atiende al “paciente equivocado” se debe a errores de identificación, lo que puede resultar en la entrega de medicamentos erróneos o la realización de intervenciones inadecuadas; mientras que los errores quirúrgicos que involucran al paciente o sitio equivocado pueden tener consecuencias

devastadoras, de acuerdo con datos de la Joint Commission (2020), este tipo de eventos ocurre en cerca de 1 de cada 112,000 cirugías en Estados Unidos.

Así mismo, estudios realizados indican que la identificación del paciente es esencial para brindar atención de calidad y segura al paciente, ya que los errores en la identificación son causa raíz de otros que se presentan en las instituciones, estos demuestran que el nivel de apego a esta acción esencial está en un 78%, siendo aun por debajo de lo establecido para poder afirmar un adecuado apego. La identificación por medio de la pulsera o brazalete no cumple con los requerimientos establecidos para una identificación adecuada, sin embargo, se encuentra un área de oportunidad para mejorar el proceso, mediante la implementación de estrategias educativas que coadyuvarían en la reducción de eventos adversos y centinela derivados de la inadecuada identificación del paciente (Jiménez et al., 2018).

Los errores referentes al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento, ya que los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no completamente alerta, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta (Ramírez et al., 2011).

Para Meijome (2011) la identificación errónea es causa de Eventos adversos en la atención sanitaria, estos son alarmantes porque a pesar de ser fáciles de evitar llegan a afectar a más de un paciente, de acuerdo a los resultados mostrados indica que el 74% del personal no comprueba la identidad del paciente con el brazalete; sin embargo el 91% pregunta al paciente su nombre; así mismo insiste que es necesaria la

formación, y realizar cambios en los procesos y la tecnología para lograr mejoras y fiabilidad en la identificación correcta de los pacientes.

De igual manera la seguridad del paciente se ve comprometida cuando la identificación es errónea, ya que se presentan errores clínicos relacionados con la administración de medicamentos y también problemas en el incorrecto etiquetado de muestras para laboratorio, estos retrasan el diagnóstico clínico y puede acarrear consecuencias graves en la evolución del paciente (Alrawaili et al. 2024).

Por otro lado Serrano (2023) menciona que el grado de apego a las Acciones Esenciales para la seguridad del paciente es proporcional al nivel de atención y de acuerdo a los resultados mostrados en su artículo, indica que la Acción Esencial 1 de la identificación del pacientes alcanzo un 86.42%, esto después de una ronda de implementación de las Acciones Esenciales por lo que destaca la importancia de crear políticas de salud basadas en la calidad y la seguridad de los pacientes, con periodos continuos de monitoreo y evaluación para evidenciar los avances; así mismo recomienda que se unifique el proceso de identificación con al menos dos datos que nos permitan evitar y prevenir errores por la incorrecta identificación del paciente.

Una parte importante para mencionar, son los costos y las implicaciones legales, por un lado, los costos aproximados están en 1.5 mil millones de dólares anuales debido a estancias prolongadas y la repetición de procedimientos, mientras que las implicaciones legales abarcan daños en la reputación de la institución y demandas legales para el personal de la salud, situaciones que pudieran evitarse con una correcta identificación del paciente (Alrawaili et al. 2024).

Como complemento, es importante mencionar un rubro que está integrado en la Acción Esencial 1A cuando nos habla de la identificación en pacientes desconocidos,

pues este es un agravante en la atención del paciente pues al no conocer la identidad del paciente puede complicar o ser un problema adicional para brindar la atención; para tal caso un estudio realizado en Colombia hace mención de un protocolo para identificar a pacientes NN “Nomen Nescio” en español “ningún nombre” (Vivas, Muñoz & Castro, 2020).

De acuerdo con Vivas, Muñoz y Castro (2020), este protocolo cuenta con líneas a seguir dentro del área administrativa; en donde incluyen el uso de dos formatos donde describen las características físicas del paciente, dando reporte a través de ellos al área legal y a todas las áreas, a fin de encontrar a alguien que lo reconozca; así mismo consideran que la aplicación del protocolo mejora la atención, brindando atención de calidad e integral; por lo que mencionan como un aspecto fundamental la capacitación del personal en temas relevantes y nuevos protocolos.

Es de importancia mencionar que la identificación errónea en el paciente sigue representando una amenaza grave pero evitable para la seguridad y la eficacia en la atención médica, sin embargo, mediante la adopción de un enfoque integral que combine protocolos rigurosos, el uso de tecnologías innovadoras y la capacitación continua del personal, las instituciones de salud pueden lograr una reducción considerable en la incidencia de errores; la evidencia estadística respalda con fuerza tanto la necesidad como la efectividad de estas medidas, abriendo camino hacia sistemas sanitarios más seguros y confiables a nivel global (Alrawaili et al. 2024).

Finalmente, los errores relacionados con la atención a un paciente equivocado pueden presentarse en casi cualquier actividad asistencial. Esto se debe a que los pacientes, en algunos casos, pueden encontrarse sedados, desorientados o con un nivel de alerta reducido. Asimismo, suelen ser trasladados a diferentes espacios dentro

de la unidad o experimentar cambios en su diagnóstico, en la especialidad o en la disciplina que los atiende. A esto se suma que ciertas limitaciones sensoriales o condiciones particulares pueden favorecer equivocaciones en su identificación adecuada (Consejo de Salubridad General, 2017).

Acción Esencial 2: Comunicación Efectiva

El objeto de la comunicación es transmitir información de un medio a otro a través de códigos, señas o escritos; en el ámbito de la salud es esencial para establecer la relación médico- paciente o enfermera – paciente, cuando se implementa de manera eficiente, mejora la calidad y la seguridad en la atención pues se es empático y se crea una comunicación clara, efectiva y fácil de recabar al generar confianza en el paciente (Ramírez et al., 2011).

Para tal efecto la acción esencial 2, de comunicación efectiva, tiene como objetivo mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, paciente, familiar o cuidador para reducir los errores relacionados con la emisión de indicaciones verbales y/o telefónicas, durante el traslado de pacientes, cambios de turno; utilizando el protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar y la Técnica SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación). Dicha acción cuenta con los incisos del 2 A al 2 G; presentes a continuación:

Acción Esencial 2 A. Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico: entre ellas el uso del protocolo escuchar-escribir-leer-confirmar para recibir órdenes verbales o telefónicas que permita la comunicación clara y precisa.

Acción Esencial 2 B. Emisión y recepción de indicaciones verbales y/ o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de

laboratorio o gabinete: este inciso se compone del 2B1 del proceso escuchar-escribir-leer-confirmar y 2B2 del proceso escuchar-repetir y confirmar para ordenes en servicios de urgencias o críticos.

Acción Esencial 2 C. Comunicación durante la transferencia de pacientes: se hará uso de la técnica SAER o alguna otra para la transferencia de pacientes o en los cambios de turno, considerando los datos de a continuación:

- **Situación:** se deben comunicar los datos de identificación del paciente, área o servicio donde se encuentra internado, así como una descripción concisa de su estado actual, el problema de salud que presenta y los aspectos clínicos más relevantes, incluyendo los signos vitales recientes.
- **Antecedentes:** Es necesario proporcionar información relacionada con la fecha y motivo de ingreso, antecedentes clínicos importantes, diagnósticos de ingreso, procedimientos efectuados, tratamiento farmacológico y soluciones administradas, antecedentes de alergias, resultados de estudios de laboratorio de relevancia, así como la presencia de dispositivos invasivos u otros elementos pertinentes para la atención
- **Evaluación:** Consiste en exponer el juicio clínico respecto a la condición del paciente y las posibles causas que la originan. Para ello, se recomienda considerar el nivel de conciencia, la evolución observada durante el turno, así como los resultados de escalas de valoración aplicadas, tales como riesgo de caídas, lesiones por presión, dolor u otras que resulten relevantes según el estado clínico del paciente.

- **Recomendación:** deben plantearse las acciones sugeridas para la continuidad del cuidado, indicando los tiempos estimados para su ejecución. Esta información adquiere especial importancia cuando existen incidentes, eventos relevantes o actividades pendientes que requieren seguimiento para garantizar una atención segura y continua.

Acción Esencial 2 D. Prescripciones médicas y anotaciones en documentos:

sobre las prescripciones y anotaciones en el expediente clínico deben de ser con letra legible, sin abreviaturas en el caso de referirse a microgramos, una vez al día, por razón necesaria, unidades internacionales, subcutáneo, intravenoso, etc. y usar adecuadamente los números decimales para las dosis de medicamentos, considerando lo siguiente:

- Cuando la dosis corresponda a un número entero, no deberá agregarse un punto decimal ni ceros posteriores a este. Por ejemplo, se considera correcto escribir 30 y no 30.0.
- En aquellos casos en que la dosis sea inferior a una unidad, deberá colocarse un cero antes del punto decimal, seguido de la cantidad correspondiente. Por ejemplo, la forma adecuada es 0.50, mientras que .50 se considera incorrecta.
- Para expresar dosis mayores a 1,000 unidades, se recomienda utilizar una coma para separar los millares, o bien emplear términos como “mil” o “un millón”, según corresponda. Por ejemplo, la representación correcta es 1,000, en lugar de 1000.

Acción Esencial 2 E. Notificación de valores críticos de laboratorio,

patología y estudios de gabinete: el personal de laboratorio, patología o gabinete

informaran de inmediato al personal clínico usando el protocolo escuchar-escribir-leer y confirmar, este a su vez registrará en el expediente clínico.

Acción Esencial 2 F. Referencia y/o contra referencia del paciente: deberá elaborarla un médico y mencionar los datos de identificación, resumen clínico, motivo del envío, diagnóstico y tratamiento; así mismos los datos de la institución que envía y que recibe, nombre completo y firma de quien lo envía y recibe con la fecha y hora.

Acción Esencial 2 G. Egreso del paciente: tendrá que elaborarlo un médico y contemplar datos de identificación del paciente, fecha de ingreso, motivo y fecha de egreso, diagnósticos finales, resumen, manejo durante la estancia, problemas pendientes, recomendaciones, pronóstico.

En relación con lo anterior, las investigaciones realizadas sugieren que, la comunicación entre los profesionales de la salud y con los pacientes debe ser eficiente, amplia, efectiva; permitiendo reducir los problemas que puedan presentarse durante la atención, cuando existen fallas en la comunicación se generan errores que comprometen la seguridad del paciente pues la deficiente comunicación amenaza intervenciones como; la identificación del paciente, la prescripción de medicamentos, administración de medicamentos y la prevención de caídas, por lo que es importante se sigan los lineamientos que marca la Acción esencial 2 que permita brindar atención apropiada (Ramírez et al., 2011).

Por consiguiente, la comunicación efectiva en equipos de trabajo es un factor decisivo para el buen funcionamiento y la eficiencia; pues genera sinergia y aumenta la productividad, ya que el personal se siente escuchado, valorado y promueve un ambiente de empatía para el desarrollo de actividades.

Sin duda al hablar de comunicación efectiva es importante mencionar que esta forma parte de las habilidades sociales necesarias para brindar cuidado humanizado, y parte de este es respetar la dignidad como ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades en salud, por lo que estas habilidades deben de ser trabajadas para fortalecerlas mediante programas de capacitación y educación continua, a fin de que el profesional se pueda desenvolver adecuadamente (Díaz Oviedo et al., 2020)

Para Ramírez et al., (2011) una comunicación clara, efectiva, que sea oportuna, completa y comprensible, contribuye a reducir errores y fortalecer la seguridad del paciente; además la comunicación puede darse de manera electrónica, verbal o escrita, dependiendo del contexto, y es fundamental mencionar que las situaciones más propensas a presentar errores son aquellas en las que se emiten órdenes verbales para la atención del paciente o cuando estas se transmiten por teléfono.

Otro escenario de riesgo es la comunicación de resultados críticos en análisis de laboratorio, pues es de vital importancia que el encargado de esta área informe de manera urgente a la unidad de atención del paciente, de los resultados, recordando que la comunicación puede adoptar distintas formas, ya sea verbal, telefónica o electrónica, y debe garantizarse su claridad para evitar confusiones (Ramírez et al., 2011).

Una parte importante en el proceso de la comunicación efectiva que nos menciona la Acción esencial 2, es en el apartado C y para ello es fundamental que se mantenga la continuidad de los cuidados en el paciente y esto contribuya en el alta hospitalaria, para tal actividad se sugiere brindar atención sin interrupción entre los distintos turnos o instituciones, asegurando el cuidado continuado, integral e

individualizado, en donde se refleje la responsabilidad profesional y el uso de las habilidades de la comunicación (Gómez-Torres et al., 2023).

De acuerdo con Gómez-Torres et al., (2023) destaca habilidades como la gestión, coordinación de servicios, uso de Tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), negociación y la comunicación; que a continuación se detallan algunas de las actividades en las que el profesional de enfermería participa:

- Habilidades de gestión: Mediante la gestión de recursos y servicios necesarios para que se continúen los cuidados del paciente, mediante la identificación de necesidades, dentro o fuera de la institución.
- Habilidades para coordinar: el profesional de enfermería debe de coordinar las actividades con los demás participantes del equipo interdisciplinario a fin de utilizarlo en beneficio del paciente, de tal manera que todo favorezca el proceso de alta hospitalaria.
- Habilidades de comunicación: el profesional mantiene comunicación no solo con otros profesionales, sino también con familiares, cuidadores y pacientes por lo que además de una adecuada comunicación se debe emplear la escucha de las necesidades de los pacientes.
- Habilidades de negociación: resulta fundamental para lograr acuerdos por lo que se obtenga condiciones ideales para brindar la atención y el seguimiento.
- Habilidad en el uso de las TIC's: el uso de las herramientas digitales ha sido de importante utilidad pues facilita la visualización, la obtención y registro de datos, estos serán útiles en el control de dicha información para realizar seguimiento de las necesidades.

Para tal efecto, es importante que el profesional posea estas habilidades que serán enfocadas para proporcionar cuidado de calidad e integral al usuario, pues mediante la comunicación efectiva se transmiten ideas claras que permiten razonar y comprender mejor los mensajes, considerando que es una herramienta vital para establecer una gestión eficaz de recursos (Gómez-Torres et al., 2023).

Por otra parte, Díaz Oviedo et al., (2020) analizan las habilidades sociales necesarias para fortalecer la comunicación en enfermería que influyen en la relación con el usuario tales como: empatía, respeto, amabilidad y comprensión; por lo que el desarrollo de estas habilidades creara una influencia positiva en la calidad de la atención reflejándose en el trato digno.

Moaidah et al. (2024) refiere que la comunicación clara y eficaz entre los profesionales de la salud constituye un elemento esencial para ofrecer una atención de excelencia, por lo que esta práctica desempeña un rol determinante en la seguridad del paciente, en la mejora de los resultados clínicos y en el fortalecimiento de un ambiente colaborativo dentro del sistema de salud, al facilitar la coordinación entre los distintos profesionales involucrados y apoyar decisiones fundamentadas, se disminuye la probabilidad de errores. No obstante, factores como las jerarquías establecidas, las diferencias en los estilos comunicativos y la sobrecarga laboral pueden entorpecer el intercambio fluido de información, generando posibles deficiencias en la atención médica, sin embargo para contrarrestar estas barreras, es fundamental incorporar herramientas de comunicación estandarizadas, promover un entorno basado en la transparencia y aprovechar los recursos tecnológicos disponibles; a fin de que estas acciones permiten reducir los vacíos en la comunicación, fortalecer el trabajo colaborativo y elevar tanto la eficiencia clínica como la satisfacción de los pacientes y

en conjunto, esto evidencia que la comunicación efectiva debe ser considerada un elemento clave dentro de la práctica asistencial.

Mientras que, para Díaz Oviedo et al., (2020) es importante fortalecer las habilidades mencionadas mediante una actividad socioeducativa pues la evaluación obtenida en el ámbito de la empatía se evaluó con un 33.3% para un nivel medio, un 63.3% para un nivel alto y un 3.3% para un nivel bajo; en el ámbito de respeto se obtuvo un 80% en el nivel medio y en el trato digno se encuentra en un 70% en el nivel bajo; por lo que estos aspectos ponen en evidencia la necesidad de reforzar el proceso comunicativo e incorporar las habilidades sociales, es importante que las instituciones eduquen al personal pues la deficiencia de estas habilidades disminuyen la calidad de los servicios.

Finalmente cabe destacar que, La comunicación en el ámbito sanitario puede establecerse de manera electrónica, oral o escrita. No obstante, los mayores riesgos de error se presentan en las órdenes clínicas transmitidas verbalmente o por vía telefónica, incluyendo las solicitudes o modificaciones en la dieta del paciente. Asimismo, la transmisión verbal o telefónica de resultados de laboratorio o estudios diagnósticos constituye otra fuente frecuente de fallas. La seguridad del paciente se ve favorecida cuando la información es emitida y recibida de forma clara, precisa, completa, oportuna e inequívoca, ya que ello reduce la probabilidad de errores (CSG, 2017).

Este estándar debe ser adoptado en todas las instituciones de salud que reciben y procesan indicaciones clínicas y resultados de laboratorio, sin importar si el medio de transmisión es presencial o telefónico. La implementación pone énfasis en el receptor, quien debe seguir el procedimiento de escuchar, escribir y leer la información, a fin de que el emisor confirme su exactitud (CSG, 2017).

Acción Esencial 3. Seguridad en el proceso de medicación

Esta acción se centra en optimizar los procesos involucrados en el manejo seguro de los medicamentos, incluyendo su selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración, con la finalidad de minimizar la ocurrencia de errores y reducir el riesgo de eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

Acción Esencial 3 A. De la adquisición electrolitos concentrados: tendrán que cumplir lo indicado para el etiquetado de los mismos de acuerdo a la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios, como se observa a continuación:

Figura 4.
Etiquetado de los electrolitos Concentrados.

Bicarbonato de sodio 7.5%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	AZUL
Sulfato de Magnesio 10%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	VERDE
Gluconato de calcio 10%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	AMARILLA
Cloruro de potasio 14.9%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	ROJO
Fosfato de Potasio 15%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	NARANJA
Cloruro de sodio 17.7%, solución inyectable en ampolla de 10 ml.	BLANCO

Nota. Tomado de Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios, por la Secretaría de Salud, 2012, Diario Oficial de la Federación (https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5278341&fecha=21/11/2012). En el dominio público.

Acción Esencial 3 B. Almacenamiento de medicamentos: el personal responsable del almacenamiento deberá mantener un control actualizado de los lotes y fechas de caducidad de todos los medicamentos. Asimismo, los electrolitos concentrados deberán resguardarse en áreas seguras y claramente identificadas. Los medicamentos de alto riesgo deberán contar con una alerta visual de color rojo, mientras que los medicamentos LASA (Look-Aike, Sound-Aike) deberán distinguirse mediante una señalización visual de color azul, con el fin de facilitar su identificación y prevenir errores durante su manejo.

Acción Esencial 3 C. De la prescripción: Las prescripciones médicas deberán elaborarse de manera clara, legible, evitando el uso de abreviaturas, enmendaduras o tachaduras que puedan generar errores de interpretación. Asimismo, deberán incluir la identificación del profesional que prescribe, la fecha de emisión, los datos del paciente y la información completa del tratamiento, especificando nombre del medicamento, dosis, presentación, frecuencia de administración, vía de administración y duración del tratamiento.

En el caso de la Nutrición Parenteral Total (NPT), la solicitud deberá contener información precisa y completa, incluyendo nombre completo del paciente, peso corporal, número de expediente clínico, servicio solicitante, fecha y hora de la solicitud, composición y concentración de la mezcla, aporte calórico total, así como el nombre y número de cédula profesional del personal responsable de la prescripción.

Acción Esencial 3 D: Medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo: Con el propósito de disminuir el riesgo de errores de medicación, los medicamentos con nombres o presentaciones similares (LASA, por sus siglas en inglés Look-Alike, Sound-Alike) y los medicamentos de alto riesgo

deberán identificarse mediante alertas visuales que permitan diferenciarlos de manera clara durante su almacenamiento, dispensación y administración.

- Los medicamentos clasificados como de alto riesgo deberán identificarse mediante el uso de letras mayúsculas sostenidas. Ejemplo: SULFATO DE MAGNESIO.
- En el caso de los medicamentos LASA, se utilizará un recurso gráfico que resalte las diferencias entre nombres semejantes, como el subrayado o resaltado de caracteres distintivos. Ejemplo: Digoxina y Dorixina.
- Cuando un medicamento reúna ambas características, es decir, sea considerado de alto riesgo y además forme parte de un grupo LASA, deberán emplearse simultáneamente ambas estrategias de identificación. Ejemplo: ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 MG y ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 60 MG.

Acción Esencial 3 E. Transcripción: La transcripción de prescripciones médicas a formatos complementarios deberá efectuarse respetando estrictamente la información consignada en la orden original, preservando las barreras de seguridad destinadas a prevenir errores de medicación. Además, la documentación generada deberá mantenerse legible y sin alteraciones, evitando la presencia de tachaduras, enmendaduras o cualquier modificación que dificulte su correcta interpretación.

Acción Esencial 3 F. Dispensación: Dentro del proceso de dispensación, corresponde al personal de farmacia corroborar la validez de la solicitud antes de proporcionar el medicamento, verificando que este disponga de datos de identificación como número de lote y fecha de vencimiento. Además, dichos elementos deberán estar

registrados en el sistema de inventario institucional, favoreciendo el control, seguimiento y uso seguro de los medicamentos dentro del entorno hospitalario.

Acción Esencial 3 G. La recepción de los medicamentos: En la etapa de recepción de medicamentos, el personal de enfermería será responsable de confirmar la correspondencia entre el medicamento dispensado y la indicación médica prescrita. Adicionalmente, deberá verificarse que el producto se encuentre correctamente etiquetado con los datos de identificación del paciente, favoreciendo la trazabilidad y reduciendo el riesgo de errores de medicación.

Acción Esencial 3 H. La preparación: se realizará solo por personal autorizado, capacitado y en un ambiente aséptico, tomando en cuenta los correctos correspondientes (paciente, medicamento, dosis, vía y horario) los datos de identificación del paciente y del medicamento tomando en cuenta que el etiquetado solo se omitirá en casos críticos.

Así mismo deberá etiquetar los medicamentos, posterior a la preparación con: datos de identificación del paciente, nombre, dosis, concentración, vía, dilución y fecha y hora de preparación del medicamento.

Acción Esencial 3 I. La administración: se efectuará solo por personal autorizado, capacitado y se administraran siempre y cuando estén etiquetados, corroborando con el paciente, familiar o cuidador si existen alergias, los datos de identificación y los correctos designados para dicha acción (paciente, medicamento, dosis, vía, velocidad, horario, caducidad, registro) tomando en cuenta que al omitir la administración de alguno se hará registro en la hoja de enfermería señalando las causas de la omisión. Para el caso de electrolitos, insulinas y anticoagulantes deberán prepararse justo antes de la administración.

Acción Esencial 3 J. Doble verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo: se implementara con el fin de disminuir la aparición de errores en la mediación sobre todo para anestésicos, opioides y medicamentos de alto riesgo.

Acción Esencial 3 K. Notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados con la medicación: posterior a estabilizar al paciente se hará notificación inmediata y realizar análisis de causa raíz.

Acción Esencial 3 L. Control de todos los medicamentos, equipos, dispositivos e insumos: se establecerá un protocolo para el control, inactivación, reutilización, de equipos e insumos en apego a la normativa vigente.

Si bien, la finalidad de la terapia farmacológica es alcanzar objetivos terapéuticos específicos que contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir posibles riesgos, la seguridad puede verse gravemente comprometida por los errores relacionados con la administración de medicamentos, es por ello que se hace primordial identificar los puntos críticos donde suelen generarse dichos errores, dentro de estos destacan; fallas en la comunicación, equivocaciones técnicas, errores por aplicación inadecuada de normas y deficiencias en el conocimiento (Primama et al., 2023).

Referente a los errores en la medicación; se sabe que es necesaria la capacitación en este proceso para fortalecer e implementar estrategias que disminuyan la aparición del error, pues de los errores que se cometen el 12.4% causan un daño al paciente; sin embargo, aún se relaciona la sobrecarga laboral con este problema, por lo que se recomienda el equilibrio entre la carga de trabajo con el número del personal asignado (Castro et al., 2020).

Por otra parte, los Errores en la medicación que se presentan con mayor frecuencia es en la etapa de administración, con un 44,7%, lo que coincide con lo

indicado en otros estudios donde los porcentajes son superiores al 50%; además, la etapa de la administración es señalada como la etapa en que el error puede provocar más daño al paciente, los resultados coinciden con otros estudios del área y es señalado como falla en el procedimiento ocasionado por no verificar los correctos para la administración de medicamentos (Poblete-Troncoso et al., 2021).

En cuanto a la preparación y administración de medicamentos se sabe que es una actividad compleja pero fundamental, pues el profesional de enfermería lo realiza a diario y a pesar de los esfuerzos siguen ocurriendo errores de manera frecuente, por lo que se identificaron cuatro temas primordiales que influyen en la aparición del error; el entorno asistencial, la competencia enfermera, las influencias del sistema y el paradigma del error; pues el profesional de enfermería atribuyen la aparición del error a la sobrecarga de trabajo y las interrupciones; por lo que se debe de trabajar en estas barreras para garantizar la disminución de errores atribuibles a la medicación (Arkin et al., 2023).

De acuerdo con Mejía et al., (2023) el 73% de los errores ocurridos no afectaron al paciente, esto no quiere decir que no sea algo grave, sino que los errores fueron identificados, reportados y se pudo modificar el error, ya que no llegaron al paciente; por otro lado un 10% de estos si llegaron al paciente y causaron daño reflejándose en el retardo de la mejoría; cabe destacar que en este caso también se atribuye un porcentaje considerado a la aparición del error a causa de la carga de trabajo, al estrés y la falta de conocimientos.

De igual manera el error “paciente incorrecto” es considerado como un problema repetitivo, y se sugiere que los profesionales utilicen medidas que ayuden a prevenir estos errores, tal es el caso de la identificación del paciente previa a la administración

de medicamentos como de soluciones intravenosas; además, se sugiere promover la participación del paciente en la identificación, cabe mencionar que estos errores tiene alto impacto en el ámbito de enfermería , pues la administración de medicamentos es una actividad inherente del profesional de Enfermería, por lo que se deben de respetar e implementar estrategias que aminoren esta situación (Poblete-Troncoso et al., 2021).

Por su parte Castro et al., (2020) refiere que el turno nocturno es en el que se presentan más errores con un 33.9% y de igual manera el proceso implicado es durante la administración con un 34.8% y de estos el 59.5% se debieron a la omisión de la dosis y el 22.2% al horario incorrecto; de los medicamentos que se involucran con mayor frecuencia son los antihipertensivos, y los antibióticos; cabe destacar que el 12.3% presento daño al paciente, como fiebre, ansiedad, crisis hipertensiva e hiper o hipoglicemia.

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y la calidad en la atención, es esencial brindar educación tanto a los usuarios como al personal de salud sobre el uso seguro de los medicamentos; esto requiere implementar estrategias de vigilancia y detección de errores, permitiendo la notificación en un ambiente libre de sanciones, analizar las causas de la aparición del error, ajustar los procesos en función de las lecciones aprendidas y establecer un seguimiento continuo; para poder diseñar estrategias que promueva prácticas de medicación más seguras y efectivas (Primama et al., 2023).

Finalmente cabe resaltar que, según el CSG (2017), la seguridad en el manejo de medicamentos enfrenta riesgos significativos, entre los cuales destaca la preparación y administración inadecuada de electrolitos concentrados, estos errores suelen originarse por múltiples causas, tales como la carencia de supervisión al

personal de reciente incorporación, la insuficiente capacitación y orientación del personal encargado de la atención, así como la gestión deficiente de situaciones de urgencia. Diversos estudios señalan que la medida más efectiva para reducir la incidencia de este tipo de eventos adversos consiste en restringir la presencia de electrolitos concentrados en las áreas de atención clínica, evitar su almacenamiento continuo en dichas unidades y garantizar su separación física del resto de los medicamentos, con el fin de minimizar riesgos y fortalecer la seguridad del paciente.

Acción Esencial 4. Seguridad en los procedimientos

La Acción Esencial para la Seguridad del Paciente relacionada con los procedimientos tiene como propósito promover el cumplimiento de estrategias estandarizadas que permitan prevenir errores durante intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos de alto riesgo. La implementación del Protocolo Universal constituye una herramienta fundamental para reducir la incidencia de eventos adversos prevenibles y fortalecer la cultura de seguridad en los servicios de salud.

Acción Esencial 4 A. Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano: incluido el 4 A1 del marcado del sitio quirúrgico a realizarse sobre la piel del paciente, previo al ingreso a sala involucrando al paciente, familiar o cuidador si es necesario, omitiéndose solo en casos de urgencia, fracturas expuestas o tumoraciones evidentes. Así mismo el 4 A2 de la lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC) el coordinador para su llenado se recomienda que sea el circulante; cumpliendo con las fases correspondientes (entrada, tiempo fuera o pausa quirúrgica y salida) tomando en cuenta que todos los integrantes del equipo quirúrgico registraran nombre y firma integrando al expediente del paciente.

Acción Esencial 4 B. Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano: realizado con el propósito de disminuir los riesgos por equivocación de procedimiento, tratamiento o paciente.

Acción Esencial 4 C. Insumos reutilizables: se realizara de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

Figura 5.
Ejemplo de lista de verificación de cirugía segura de la DGCES

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía	 DGCES DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
FASE 1: ENTRADA Antes de la inducción de la anestesia			
<i>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería en presencia del paciente han confirmado:</i> ☐ Su identidad. ☐ El sitio quirúrgico. ☐ El procedimiento quirúrgico. ☐ Su consentimiento.			
<i>¿El Anestesiólogo ha confirmado con el Cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico?</i> ☐ Sí ☐ No procede			
<i>El Cirujano ha confirmado la realización de asepsia en el sitio quirúrgico:</i> ☐ Sí ☐ No			
<i>El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, equipo (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente.</i> ☐ Sí ☐ No			
<i>El Anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente</i> ☐ Sí ☐ No			
<i>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</i> <i>¿Alergias conocidas?</i> ☐ No ☐ Sí <i>¿Vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración?</i> ☐ No ☐ Sí, y se cuenta con material, equipo y ayuda disponible. <i>¿Riesgo de hemorragia en adultos >500 mL. (niños >7mL./kg)?</i> ☐ No ☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías centrales <i>¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles?</i> ☐ No ☐ Sí, y se ha realizado el cruce de sangre previamente.			
FASE 2: PAUSA QUIRURGICA Antes de la incisión cutánea			
<i>La Instrumentista ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones.</i> ☐ Cirujano ☐ Anestesiólogo ☐ Ayudante de Cirujano ☐ Circulante ☐ Otros			
<i>El Cirujano, ha confirmado de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de Enfermería (Instrumentista y Circulante):</i> ☐ Paciente Correcto. ☐ Procedimiento Correcto ☐ Sitio quirúrgico Correcto ☐ En caso de cirugía bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda ☐ En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar ☐ Posición correcta del paciente			
<i>¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?</i> ☐ Sí ☐ No ☐ No Procede			
<i>¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?</i> ☐ No procede. ☐ Sí			
PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS			
<i>El Cirujano ha informado:</i> ☐ Los pasos críticos o no sistematizados ☐ La duración de la operación. ☐ La pérdida de sangre prevista.			
<i>El Anestesiólogo ha informado:</i> ☐ La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.			
<i>El personal de Enfermería ha informado:</i> ☐ La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental. ☐ La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo.			
FASE 3: SALIDA Antes de que el paciente salga de quirófano			
<i>El Cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería, ha aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</i> ☐ El nombre del procedimiento realizado. ☐ El recuento COMPLETO del instrumental, gasas y agujas. ☐ El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general). ☐ Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados y resueltos.			
<i>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería han comentado al Circulante:</i> ☐ Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria ☐ El plan de tratamiento ☐ Los riesgos del paciente			
<i>¿Ocurrieron eventos adversos?</i> ☐ No ☐ Sí			
<i>¿Se registró el evento adverso?</i> ☐ No ☐ Sí ¿Dónde? _____			
LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN:			
CIRUJANO(S): Nombre(s): _____ Firma: _____ ANESTESIÓLOGO(S): Nombre(s): _____ Firma: _____ PERSONAL DE ENFERMERÍA: Nombre(s): _____ Firma: _____			

Nota. Tomado de Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía, por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs). En el dominio público.

Los errores quirúrgicos relacionados con procedimientos en el lugar incorrecto, el paciente equivocado o con técnicas inadecuadas son una preocupación en las organizaciones sanitarias, pues estas fallas suelen originarse por una comunicación deficiente entre el equipo médico, la falta de participación del paciente en el marcado del sitio, la ausencia de protocolos de verificación, una cultura que no fomenta la comunicación efectiva, así como problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas, contribuyen a estos errores. La OMS (2019) reporta que anualmente los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en alrededor del 25 % de los pacientes quirúrgicos, de ellos aproximadamente 7 millones presentan complicaciones significativas, de los cuales un millón fallece durante o inmediatamente después de la cirugía.

En esta perspectiva, el informe anual de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias de Estados Unidos señala que se revisaron 3,548 eventos centinela, de los cuales el 12.80 % ocurrió en un sitio incorrecto, el 12.50 % presentó complicaciones postoperatorias y el 1.60 % estuvo vinculado a la anestesia. De manera similar, el estudio IBEAS, realizado en cinco países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), indica una prevalencia de eventos adversos del 10.50 %. Entre los más recurrentes, destacan aquellos asociados a procedimientos quirúrgicos, de los cuales el 55 % podrían haberse evitado con medidas adecuadas (Palomino et al., 2020).

A razón de ello, la OMS (2019) desarrolló la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) dentro del programa “La cirugía segura salva vidas” con el objetivo de garantizar intervenciones quirúrgicas seguras y reducir los riesgos prevenibles que pueden comprometer la salud y el bienestar de los pacientes, en este proceso, se

destaca la participación esencial del equipo de enfermería, tanto en la elaboración como en la implementación de la lista; así mismo se establece la necesidad de designar a un único responsable del control de la lista durante la cirugía, denominado “Coordinador de la lista”, cargo que debería ser asumido por un enfermero circulante o un miembro del equipo quirúrgico con la capacitación adecuada para su correcta aplicación.

De acuerdo con Palomino et al. (2020), el 66 % del personal de enfermería consideró que la Lista de Verificación para la Cirugía Segura (LVCS) constituye una herramienta útil para la atención quirúrgica. Respecto a su implementación, el 56.5 % de los profesionales refirió aplicarla de manera habitual. Al analizar cada una de sus etapas, se observó una mayor adherencia en la fase de entrada (63 %), seguida de la fase de pausa (52.2 %), mientras que la fase de salida presentó el menor nivel de cumplimiento (32.6 %). Los autores señalan además que, en ocasiones, el equipo quirúrgico no otorga la importancia ni el compromiso necesarios para completar adecuadamente la lista de verificación. Estos hallazgos coinciden con los reportados en investigaciones realizadas en Túnez, otros países de África y Perú. En contraste, estudios desarrollados en Argentina evidencian una percepción menos favorable hacia la LVCS, atribuida principalmente al desconocimiento de sus objetivos y beneficios dentro de la práctica clínica.

Por otro lado, de acuerdo con la secretaria de Salud (2019) se reportaron 9,301 casos de Infecciones del sitio quirúrgico y aquellos pacientes que las presentan corren el riesgo de ingresar a una Unidad de Cuidados intensivos en un 60%, esto impacta en el riesgo de reingreso y en el aumento de la mortalidad relacionado con malas prácticas quirúrgicas, pues estas infecciones se contraen durante el procedimiento quirúrgico, y

se calcula que aproximadamente el 50% de estas son prevenibles con el uso adecuado de antisépticos, con el uso de profilaxis antimicrobiana, evitando la tricotomía y haciendo uso adecuado de las técnicas de barrera máxima.

De acuerdo con un metaanálisis realizado en Etiopía que incluyó 13 estudios observacionales realizados a nivel mundial, hace referencia que la tasa general de cumplimiento con la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud fue del 73%, los factores que mejoran la tasa de cumplimiento incluyen la exposición previa a la Lista de verificación de seguridad quirúrgica, la capacitación, un entorno de trabajo positivo, el apoyo de la gerencia y el monitoreo regular con retroalimentación (Habtie et al., 2025).

A pesar de la importancia de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica para mejorar los resultados de la atención médica, su índice de cumplimiento general en los centros de salud sigue siendo deficiente, con una tasa de completitud notablemente baja. Esto pone de relieve la frecuente omisión o la aplicación inconsistente de componentes críticos de la lista. Maximizar el potencial de la lista requiere un esfuerzo continuo, que incluye apoyo continuo, auditorías periódicas y un firme compromiso de todas las partes interesadas. Es importante resaltar que la implementación de la LVCS favorece la comunicación, el trabajo en equipo y ello es vital para aminorar las complicaciones o la aparición de Eventos adversos, pues su implementación es un paso fundamental para la reducción de errores; por el contrario, barreras como la dotación de personal insuficiente, las altas cargas de trabajo, la falta de propiedad de la LVCS, la resistencia al cambio, los sistemas de auditoría débiles y la rápida rotación del personal obstaculizan la implementación y el cumplimiento efectivos (Habtie et al., 2025).

De acuerdo con el CSG (2017), la realización inadecuada de procedimientos representa una de las principales fuentes de eventos adversos en los establecimientos de atención médica y estas deficiencias se originan, en gran medida, por factores relacionados con la dinámica del equipo de salud, tales como la comunicación insuficiente o deficiente entre los profesionales que intervienen en el procedimiento. Asimismo, la exclusión o la limitada participación del paciente en el proceso asistencial y la omisión de barreras de seguridad previas a la ejecución constituyen elementos críticos que incrementan la probabilidad de error. Dichas condiciones evidencian la necesidad de implementar protocolos estandarizados de verificación y estrategias de comunicación efectiva que fortalezcan la seguridad del paciente y garanticen la calidad en la práctica clínica.

El marcado del sitio anatómico constituye una práctica esencial en la prevención de errores durante procedimientos quirúrgicos y debe, en la medida de lo posible, contar con la participación del paciente; en aquellos casos en los que el paciente no se encuentre en condiciones de colaborar, esta responsabilidad recae en el tutor legal o representante autorizado. El procedimiento consiste en la aplicación de una señal estandarizada, inequívoca y definida por la institución, directamente sobre la piel del paciente, la cual debe permanecer visible incluso después de los procesos de asepsia y antisepsia, para garantizar uniformidad y seguridad, la marca debe ser la misma en toda la organización y realizada exclusivamente por un integrante del equipo multidisciplinario que participará en la intervención y de preferencia, este proceso se lleva a cabo cuando el paciente está despierto y consciente, asegurando además que la marca continúe siendo visible una vez que el paciente ha sido preparado y cubierto, con

el fin de fortalecer la trazabilidad y minimizar riesgos durante la práctica clínica (CSG, 2017).

Acción Esencial 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Esta acción tiene como finalidad disminuir la incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud mediante la implementación de estrategias integrales orientadas a promover la higiene de manos como una práctica fundamental para la seguridad del paciente. Su aplicación busca fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones durante todas las etapas del proceso asistencial.

Acción Esencial 5 A. Acciones generales de la Institución para reducir el riesgo de adquirir IAAS: Como parte de las estrategias para reducir el riesgo de infecciones, las instituciones de salud deberán desarrollar programas permanentes de capacitación y actualización dirigidos al personal sanitario, estudiantes, familiares y cuidadores, enfocados en la correcta higiene de manos. Asimismo, deberán garantizar la disponibilidad de insumos, infraestructura y equipo necesarios para la ejecución adecuada de esta práctica, de acuerdo con las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud y sus cinco momentos para la higiene de manos.

Figura 6.
Los cinco momentos para la Higiene de Manos de la OMS



Nota. Tomada de Cinco momentos para la higiene de manos, por la Organización Mundial de la Salud, 2021. En el dominio público.

Acción Esencial 5 B. Programa Integral de Higiene de Manos Implementar los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos: para tal efecto se contempla la infraestructura necesaria, capacitación, evaluación y retroalimentación, colocar recordatorios visuales en puntos estratégicos a fin de fomentar la cultura de seguridad.

Figura 7.

Pasos de la técnica de lavado de Manos con agua y jabón de la OMS

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Nota. Tomada de ¿Cómo lavarse las manos? Con agua y jabón, por la Organización Mundial de la Salud, 2021. En el dominio público.

Figura 8.

Pasos de la técnica de desinfección de manos con preparaciones alcoholadas de la OMS

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Nota. Tomada de ¿Cómo desinfectarse las manos? Con preparaciones alcoholadas, por la Organización Mundial de la Salud, 2021. En el dominio público.

Las IAAS, definidas por la OMS como “infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso, estas pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta hospitalaria (SS, 2019).

Dentro del conjunto de IAAS, podemos mencionar las enlistadas en el Manual para la Implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las IAAS:

- Infección del Torrente sanguíneo asociado al uso de Catéter Venoso Central (CVC): entendidos como dispositivos invasivos con acceso al torrente sanguíneo a grandes vasos, se utilizan para administrar medicamentos, soluciones nutrición, realizar monitorización hemodinámica o hemodiálisis; se calcula que se presentan aproximadamente 250 000 infecciones asociadas a los CVC, en México ocupan el primer lugar de infecciones reportadas y se asocian a altas tasas de morbilidad y mortalidad.
- Infección de Vías Urinarias Asociadas al uso de Catéter Urinario: el catéter urinario es frecuentemente usado para la cuantificación urinaria, y las Infecciones de Vías Urinarias producidas por el uso de catéter urinario son de las más frecuentes a nivel mundial, al día se producen aproximadamente un 3% a 7% de bacteriurias.
- Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAC): A pesar de que la ventilación mecánica es una acción esencial para los pacientes, al momento de la intubación se pierden mecanismos de defensa por lo que se presenta el riesgo de desarrollar neumonía, esta se presenta al redor de un 20% en pacientes con

ventilación asistida y es una de las IAAS que tienen mayor asociación con mortalidad de pacientes.

- Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ): Usualmente se adquiere durante la cirugía y aproximadamente el 50% de estas son prevenibles, los pacientes que las adquieren corren el riesgo de un 60% de ingresar a una Unidad de cuidados intensivos.

Es importante destacar que alrededor de 1.4 millones de pacientes contraen una IAAS anualmente, en México se estiman porcentajes de 2.1 a 21%, un punto importante es que las IAAS son susceptibles de prevención y control, por lo que se exhorta a hacer uso de estrategias para la reducción, como son las recomendaciones de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) así como la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, que tiene por objetivo establecer los criterios para la vigilancia, prevención y control de las IAAS en las unidades médicas del país (SS, 2019).

Actualmente las instituciones de salud priorizan la prestación de servicios seguros y libres de riesgos, en México, una de las estrategias fundamentales es la prevención de IAAS, siendo la higiene de manos un componente esencial en esta tarea, aunque la práctica de la Higiene de Manos es obligatoria para todo el personal sanitario, es importante resaltar que el personal de enfermería cumple un papel decisivo debido a su contacto continuo con los pacientes y la falta de adherencia a esta medida incrementa significativamente la incidencia de IAAS (Interior Guzmán et al., 2020).

Es importante saber que las IAAS se transmiten principalmente a través de las manos contaminadas, por lo que el uso de la estrategia de Higiene de manos es de suma importancia, pues reduce la aparición de IAAS y de organismos multirresistentes, así mismo la importancia se extiende no solo en el ámbito hospitalario, sino en el comunitario cuando se presentan brotes o pandemias, a pesar de ello el cumplimiento de la estrategia es apenas del 40% en países de altos ingresos y por debajo del 20% en los países de bajos ingresos (Lotfinejad et al., 2021).

Por otra parte, la higiene de manos en el ámbito hospitalario es una de las medidas más efectivas y esenciales para prevenir IAAS, proteger la seguridad del paciente y reducir la propagación de microorganismos multirresistentes; su importancia radica en varios aspectos fundamentales: prevención de infecciones, protección del paciente y del personal, costo efectividad, sencillez y alta efectividad, indicador clave de calidad en salud; por lo que su práctica debe de ser prioridad en todas las instituciones de salud.

Existe evidencia científica ha demostrado que la capacitación en Higiene de Manos tiene un efecto positivo tanto en la percepción como en el conocimiento del personal sanitario, mejorando su cumplimiento y reduciendo los riesgos para el paciente (Interrial Guzmán et al., 2020).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 045-SSA2-2005, indica que todo el personal de salud que este en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua y jabón, secarse con toallas desechables, tomando en cuenta los 5 momentos para la Higiene de manos, mientras que la descontaminación de las manos puede hacerse también con productos alcoholados, y es fundamental que el personal de salud que está en contacto con pacientes debe recibir capacitación al ingreso y cada seis meses a fin de contribuir en la reducción de IAAS (SS, 2009).

En cuanto a la relación costo efectividad del uso de la estrategia multimodal Higiene de manos se implementó un sistema automatizado de higiene de manos y otro donde no se implementó; tomando en cuenta los indicadores de tasa de infecciones por cada 1000 días-paciente y los ahorros económicos derivados de la prevención, por lo que el costo total estimado fue de un ahorro de \$308,927 a \$546,795 dólares estadounidenses en comparación con la no implementación del sistema, la efectividad se reflejó en la disminución del número de IAAS, por lo que la Higiene de manos es una alternativa eficiente y económica (Salinas et al., 2023)

Por otro lado, Interrial Guzmán et al., (2020) en su estudio reporta que el profesional de la salud sugiere que la Higiene de manos es una actividad efectiva para la disminución de IAAS, así mismo que 8 de cada 10 enfermeras y enfermeros perciben que sus compañeros realizan una adecuada Higiene de Manos, sin embargo encuentra una área de oportunidad en la implementación de medidas de prevención como la capacitación del personal mediante técnicas innovadoras en donde el personal pueda ver que realiza de manera correcta el procedimiento.

Por su parte el Consejo de Salubridad General (2017), la estrategia más efectiva para prevenir y erradicar las infecciones asociadas a la atención sanitaria radica en la correcta práctica de higiene de manos, pues esta acción puede realizarse mediante el lavado tradicional con agua y jabón o a través de soluciones desinfectantes, como geles a base de alcohol u otros productos aprobados por la institución de salud.

Por lo que la implementación sistemática de esta medida requiere que cada organización diseñe y ejecute un Programa Integral de Higiene de Manos, el cual debe sustentarse en la adopción o adecuación de lineamientos internacionales reconocidos. Entre ellos destacan las recomendaciones de la OMS, que establecen estándares para

garantizar una práctica uniforme, eficaz y sostenible en todos los niveles de atención y dicho programa no solo constituye un componente esencial en la prevención de eventos adversos, sino que también fortalece la cultura de seguridad del paciente y la calidad en la atención clínica (Consejo de Salubridad General (2017)).

Finalmente, es la institución quien tiene la responsabilidad de recolectar, examinar y convertir los datos en información significativa que permita generar conocimiento útil, con el fin de respaldar la toma de decisiones y promover la mejora continua de los procesos vinculados con la implementación de la barrera de seguridad establecida en este estándar.

Acción Esencial 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Esta acción está orientada a prevenir lesiones y otros eventos adversos relacionados con las caídas durante la atención sanitaria. Para ello, promueve la identificación oportuna de los factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas que contribuyan a proteger la integridad física del paciente y fortalecer su seguridad durante la estancia hospitalaria.

Acción Esencial 6 A. Evaluación y reevaluación del riesgo de caídas: La identificación del riesgo de caídas deberá realizarse de manera sistemática mediante el uso de instrumentos de valoración previamente validados. Asimismo, será necesario efectuar reevaluaciones periódicas o cuando exista algún cambio en la condición clínica del paciente, con la finalidad de detectar oportunamente variaciones en el nivel de riesgo y establecer las intervenciones preventivas correspondientes.

Acción Esencial 6 B. De las acciones de seguridad para prevención de caídas: mantener levantados los barandales durante la estancia o traslado, verificar el adecuado funcionamiento y en su defecto informar de manera inmediata las fallas

encontradas, informar al familiar o cuidador del uso adecuado cuando el paciente permanezca en cama, tomar en cuenta la condición clínica del paciente para acompañarlo al baño, identificar riesgo de caídas en la tarjeta de cabecera, colocar interruptor de timbre cercano al paciente, mantener adecuada iluminación, colocar banco del altura cerca de la cama, evitar cambios bruscos de postura, educar al familiar o cuidador; en caso de caída del paciente se deberá dar seguimiento clínico y registro de acuerdo al protocolo de evento señalado en el AESP7.

Figura 9.

Valoración del riesgo de caída		
FACTORES DE RIESGO		PUNTOS
Limitación física		2
Estado mental alterado		3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos		2
Problemas de idioma o socioculturales		2
Pacientes sin factores de riesgo evidente		1
Total de puntos		12

Escala de clasificación de riesgo		
ESCALA	PUNTOS	COLOR DE LA TARJETA
Alto riesgo	4- 10	Rojo
Mediano riesgo	2 – 3	Amarilla
Bajo riesgo	1	Verde

Escala para la valoración del riesgo de caídas en el adulto mayor

Nota. Tomada de intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con síndrome de inmovilidad: evidencias y recomendaciones, por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2024, Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. En el dominio público.

Acción Esencial 6 C. De las acciones de la organización: Se asignara a un responsable que verifique los factores arquitectónicos asociados al riesgo de caídas, así mismo el personal de limpieza contribuirá manteniendo los pisos secos o colocando señalizaciones.

De acuerdo con Tirado et al., (2024) las caídas en pacientes son eventos adversos relacionados con la hospitalización, pues el paciente se encuentra en una situación de fragilidad, a pesar de que el origen es multifactorial se pueden clasificar en factores intrínsecos y extrínsecos; estos a su vez se clasifican en accidentales, imprevisibles y fisiológicas anticipables.

Las caídas dentro del entorno hospitalario representan una problemática significativa en materia de salud y generan gran inquietud entre los servicios asistenciales; las personas hospitalizadas se encuentran en una condición de particular vulnerabilidad, lo que hace que una caída pueda derivar en consecuencias graves, como el aumento del tiempo de estancia hospitalaria, un mayor riesgo de complicaciones clínicas o incluso la muerte. (Mateo Cervera & Fernández Carrasco, 2023).

Para otros autores, la caída es considerada un síndrome geriátrico y un problema de salud pública, considerada como la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales en el mundo, además de estar considerada un evento externo en los códigos W00-W10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en las características de las caídas el 34.1% cae de su propia altura, 6.8% hacen uso de alcohol y el 54,5% de medicamentos, cabe mencionar que un 2.3% son caídas dentro de una institución hospitalaria y de estas el 20.5% de los pacientes necesitaron sutura, el 6.8% sufrieron fracturas y el 13.6% una luxación (Silva et al., 2018).

Con respecto al momento de aparición estudios realizados, mencionan que el 50.2% se presentan en los primeros 8 días de ingreso y de estos el 68.3% ya había tenido caídas previas, respecto al turno con mayor frecuencia son el matutino y el

nocturno, los lugares en donde sucede son la habitación, el baño y normalmente suceden cuando se encuentran sin un acompañante, algunos de los factores extrínsecos mencionados son, obstáculos, mala iluminación y en los intrínsecos se mencionan el uso de tranquilizantes/sedantes o diuréticos (Tirado et al., 2024).

Existen herramientas que ayudan a prevenir la aparición de caídas en el paciente hospitalizado, son las escalas de valoración de caídas, como escala Dowton, Morse, Stratify, Hendrich y Tinetti, siendo herramientas cruciales para identificar a personas con alto riesgo, permitiendo implementar medidas preventivas y reducir el riesgo de lesiones; estas escalas ayudan a personalizar la atención y a implementar intervenciones específicas para cada individuo, mejorando su seguridad y calidad de vida.

La importancia de ver a la prevención como piedra angular para la disminución de cualquier evento adverso, en este caso las caídas, debe de ser eje en las estrategias; pues al detectar los factores de riesgo reales del paciente nos va a ayudar a diseñar una combinación de intervenciones adaptada a la persona y al entorno asistencial (Mateo Cervera & Fernández Carrasco, 2023).

En este sentido, Moreira Ximenes et al. (2023) evaluaron el efecto de una intervención educativa sobre la percepción del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, encontrando que las estrategias de educación para la salud contribuyen significativamente a mejorar el reconocimiento de los factores asociados a este evento. Los autores destacan que la efectividad de dichas intervenciones aumenta cuando la información se adapta a los riesgos específicos de cada paciente, favoreciendo la identificación de conductas inseguras y la adopción de medidas preventivas. Entre estas se incluyen solicitar apoyo para la deambulaci3n, evitar levantarse de la cama sin

asistencia, utilizar calzado adecuado y tomar precauciones durante el traslado al baño. De esta manera, el fortalecimiento del conocimiento del paciente favorece su participación activa en el autocuidado y contribuye a disminuir la probabilidad de sufrir caídas durante la hospitalización.

Es fundamental que el profesional de enfermería fortalezca su rol como agente educativo en salud, promoviendo la prevención de caídas y garantizando un entorno seguro para los pacientes; esto debe realizarse a partir de una evaluación clínica integral y mediante la aplicación de estrategias educativas apoyadas en recursos tecnológicos. En este contexto, se plantea la necesidad de realizar investigaciones adicionales que exploren nuevas tecnologías aplicables a la orientación del paciente. Asimismo, se recomienda profundizar en estudios que aborden la percepción del riesgo de caídas en poblaciones con características diversas y su posible relación con factores intrínsecos individuales (Moreira Ximenes et al., 2023).

De acuerdo con el CSG (2017), la valoración sistemática del riesgo de caídas constituye un componente esencial en la seguridad del paciente y debe aplicarse de manera intencionada en todas las instituciones de salud que brindan hospitalización u observación, independientemente de la duración de la estancia; esta evaluación cobra especial relevancia en escenarios clínicos donde los pacientes presentan una mayor vulnerabilidad, como en los servicios de urgencias, durante la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, y en intervenciones que incrementan de forma significativa la probabilidad de caídas, tales como la cirugía ambulatoria, la cirugía de corta estancia, así como los procedimientos invasivos o de alto riesgo.

Para garantizar la eficacia de estas medidas, la organización debe llevar a cabo un análisis multidisciplinario que permita identificar de manera precisa las áreas, los

momentos críticos y los procesos asistenciales que implican la necesidad de evaluar y reevaluar el riesgo de caídas, dicho análisis debe establecer también la asignación clara de responsabilidades entre los profesionales de la salud, definiendo quiénes son los encargados de realizar la valoración y de implementar estrategias de prevención y reducción del riesgo; estas acciones, integradas a un enfoque de mejora continua, fortalecen la seguridad del paciente y contribuyen a la calidad global de la atención médica (Consejo de Salubridad General 2017).

Acción Esencial 7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.

Esta acción tiene como finalidad fortalecer la identificación, documentación y análisis de las cuasifallas, los eventos adversos y los eventos centinela que ocurren durante la atención sanitaria. La información obtenida mediante estos procesos permite reconocer áreas de oportunidad, orientar la toma de decisiones y establecer estrategias de mejora encaminadas a prevenir la recurrencia de incidentes. Asimismo, promueve el desarrollo de una cultura institucional de seguridad y calidad basada en el aprendizaje continuo y la gestión del riesgo.

Acción Esencial 7 A. Registro y análisis de cuasifallas y eventos edversos: Para la notificación y seguimiento de estos eventos, las instituciones deberán emplear el Sistema de Registro de Eventos Adversos desarrollado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) o, en su caso, la herramienta institucional destinada para este propósito. El registro deberá realizarse de forma oportuna, priorizando en todo momento la atención del paciente. Posteriormente, la información recopilada deberá analizarse de manera periódica, al menos cada seis meses, con el

propósito de identificar tendencias, establecer acciones correctivas y fortalecer la seguridad de la atención.

Acción Esencial 7 B. Registro y análisis de eventos centinela: Los eventos centinela deberán ser identificados, documentados, analizados y reportados de manera sistemática, debido a su impacto en la seguridad del paciente. Entre estos se incluyen las muertes inesperadas no asociadas con la evolución natural de la enfermedad, la pérdida temporal o permanente de una función, los procedimientos realizados en el sitio incorrecto, la muerte materna, el suicidio, los casos de violencia sexual, maltrato, homicidio y la entrega errónea de cadáveres, entre otros eventos de gravedad similar. Con el propósito de determinar los factores que contribuyeron a su ocurrencia y establecer acciones preventivas, cada evento deberá someterse a un análisis de causa raíz, el cual deberá completarse en un periodo no mayor a 45 días posteriores a su identificación. Los hallazgos obtenidos permitirán implementar medidas de mejora orientadas a evitar la recurrencia de eventos similares y fortalecer la cultura de seguridad institucional.

Acción Esencial 7 C. Recopilación, análisis y comunicación de datos: La recopilación sistemática de información, así como su análisis y difusión, constituyen actividades fundamentales para la gestión de la seguridad del paciente. Estos procesos permiten identificar patrones, tendencias y factores asociados a la ocurrencia de incidentes, además de estimar el impacto que generan en la atención y en los recursos institucionales. La información obtenida deberá comunicarse oportunamente al personal involucrado, con el propósito de proporcionar retroalimentación, fortalecer el aprendizaje organizacional y promover la implementación de acciones de mejora continua orientadas a prevenir futuros eventos.

La identificación y análisis de los eventos adversos constituyen elementos fundamentales para el fortalecimiento de la seguridad del paciente. En este sentido, Flórez, López y Bernal (2022) señalan que los eventos adversos corresponden a daños no intencionados derivados de la atención sanitaria y pueden clasificarse en prevenibles y no prevenibles. Los primeros se presentan cuando el daño pudo haberse evitado mediante el cumplimiento adecuado de los estándares asistenciales vigentes, mientras que los segundos ocurren a pesar de que la atención se haya proporcionado conforme a las recomendaciones y guías clínicas establecidas.

La magnitud de este problema ha sido documentada en diversas investigaciones. Riera-Vázquez et al. (2022) reportaron una prevalencia de eventos adversos del 13 %, destacando su repercusión en el incremento de la estancia hospitalaria y de los costos asociados a la atención. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia, notificación y análisis de incidentes como parte de las estrategias de mejora continua de la calidad.

De igual manera, el estudio realizado por Harvard sobre la frecuencia de eventos adversos y negligencias médicas, desarrollado en una cohorte de 30,000 pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York, identificó que aproximadamente el 4 % de los pacientes experimentó algún tipo de daño relacionado con la atención recibida. Asimismo, se observó que el 70 % de los casos ocasionó incapacidad temporal y que el 14 % tuvo desenlaces fatales (Athié-Gutiérrez y Dubón-Peniche, 2020). Estos resultados ponen de manifiesto la relevancia de implementar mecanismos efectivos de reporte, análisis y aprendizaje organizacional que permitan reducir la ocurrencia de eventos adversos y fortalecer la cultura de seguridad en las instituciones de salud.

La literatura señala que los eventos adversos continúan representando un problema relevante para la seguridad del paciente, particularmente debido a la creciente complejidad de los procesos asistenciales y a la interacción de múltiples factores durante la atención sanitaria. Esta situación incrementa la probabilidad de errores y fallas que pueden ocasionar daño al paciente, por lo que resulta fundamental identificar las áreas donde estos eventos ocurren con mayor frecuencia para establecer estrategias de prevención y mejora continua (Riera-Vázquez et al., 2022).

Asimismo, Athié-Gutiérrez y Dubón-Peniche (2020) clasificaron los incidentes relacionados con la atención sanitaria en diversas categorías. Entre ellos destacan los incidentes asociados a la comunicación, donde se identificaron dificultades en la interacción médico-paciente (12.9 %), entre médicos (3.3 %) y entre médicos y personal de enfermería (2.4 %), además de problemas derivados de relaciones laborales hostiles y deficiencias en la colaboración interdisciplinaria. En relación con el diagnóstico, los autores documentaron 493 incidentes, predominando los retrasos diagnósticos (32.5 %), el incumplimiento de procedimientos establecidos (30.8 %) y los errores diagnósticos (24.5 %). Respecto a la medicación, se registraron 470 incidentes vinculados principalmente con los procesos de prescripción y administración de medicamentos. Asimismo, se identificaron 333 incidentes relacionados con los cuidados, de los cuales el 73 % se atribuyó a un seguimiento inadecuado del paciente, el 8.1 % a egresos prematuros y el 2.4 % al desarrollo de úlceras por presión. Finalmente, los autores destacan las infecciones asociadas a la atención de la salud como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, debido a su impacto en la prolongación de la estancia hospitalaria y la generación de secuelas a largo plazo.

Diversos estudios han identificado la sobrecarga laboral como uno de los principales factores asociados a la ocurrencia de eventos adversos en los servicios de salud. En este contexto, resulta fundamental evaluar tanto los indicadores objetivos relacionados con la carga de trabajo como la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre esta condición, debido a su posible influencia en la calidad y seguridad de la atención. Asimismo, Hidalgo et al. (2025) señalan que la implementación de sistemas estructurados para la notificación, seguimiento y respuesta ante incidentes contribuye a fortalecer la gestión del riesgo, favorece la transparencia institucional y proporciona evidencia documentada de las acciones emprendidas, lo que puede reducir las implicaciones legales derivadas de eventos relacionados con la atención sanitaria.

Debido a la frecuencia con la que ocurren los eventos adversos en las instituciones de salud, estos continúan representando un desafío importante para la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Esta problemática involucra a una proporción considerable de profesionales sanitarios, quienes pueden participar de manera directa o indirecta en su ocurrencia. En este sentido, Flórez, López y Bernal (2022) reportaron que el 44.4 % del personal de salud participante había estado involucrado en al menos un evento adverso. Asimismo, estudios realizados en otros países muestran porcentajes aún más elevados; en España, el 57.8 % de los profesionales refirió haber experimentado esta situación, mientras que en hospitales psiquiátricos de Bélgica la proporción alcanzó el 73.2 %. De igual manera, en los Países Bajos se documentó que el 85.6 % de los profesionales de la salud había estado relacionado con algún evento adverso a lo largo de su trayectoria laboral. Estos hallazgos evidencian la magnitud del problema a nivel internacional y respaldan la necesidad de fortalecer los sistemas de notificación, análisis y prevención de eventos adversos.

Desde la perspectiva del cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, Riera-Vázquez et al. (2022) identificaron que el 4 % de los incidentes estuvieron relacionados con la Acción Esencial 1 (identificación correcta del paciente), el 17 % con la Acción Esencial 3 (seguridad en el proceso de medicación), el 40 % con la Acción Esencial 4 (seguridad en los procedimientos) y el 39 % con la Acción Esencial 5 (reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud). Estos resultados ponen de manifiesto la relevancia de fortalecer el cumplimiento de las AESP como estrategia para disminuir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención más segura.

Además del impacto que los eventos adversos generan en los pacientes, es importante reconocer las repercusiones que estos tienen sobre los profesionales de la salud, quienes son considerados en la literatura como “segundas víctimas”. Flórez, López y Bernal (2022) reportan que el 99 % de los profesionales que han estado involucrados o han presenciado un evento adverso experimentaron diversas manifestaciones emocionales, entre las que destacan el miedo, la confusión, la incertidumbre, las dificultades para concentrarse en sus actividades laborales, los sentimientos de culpa, la ansiedad, el agotamiento emocional y la constante revisión de las decisiones clínicas tomadas durante el evento.

Estas repercusiones pueden afectar el bienestar del personal y su desempeño profesional, generando dudas persistentes sobre su práctica clínica. Asimismo, uno de los mayores desafíos posteriores a un evento adverso es la comunicación de lo ocurrido al paciente y a sus familiares, debido al temor a consecuencias legales, laborales o personales. En este sentido, los autores destacan la importancia de fortalecer las competencias en comunicación asertiva y manejo de eventos adversos, ya que estas

herramientas favorecen una interacción más clara, empática y transparente con los usuarios, además de contribuir al desarrollo de una cultura organizacional orientada al aprendizaje, la mejora continua y la seguridad del paciente.

Acción Esencial 8. Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención

Esta acción tiene como propósito evaluar la cultura de seguridad del paciente dentro de las instituciones hospitalarias, con el fin de identificar fortalezas y áreas de oportunidad relacionadas con la seguridad de la atención. La información obtenida permite apoyar la toma de decisiones, orientar estrategias institucionales y promover procesos de mejora continua que contribuyan al fortalecimiento de la calidad y la seguridad de los servicios de salud.

Acción Esencial 8 A. Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente: La evaluación de la cultura de seguridad deberá realizarse mediante el instrumento adaptado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), el cual permite conocer la percepción del personal respecto a diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente. Esta medición podrá efectuarse a través de la plataforma informática desarrollada para dicho propósito y deberá aplicarse de forma periódica, al menos una vez al año. La participación del personal deberá garantizarse bajo principios de anonimato y confidencialidad, con el propósito de favorecer respuestas honestas y representativas. Asimismo, los resultados obtenidos y las acciones de mejora derivadas de su análisis deberán difundirse entre los directivos y el personal de la institución, promoviendo una cultura organizacional basada en la retroalimentación, el aprendizaje y la mejora continua.

En este sentido, la cultura de seguridad del paciente puede definirse como el conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos compartidos por los miembros de una organización, los cuales favorecen la implementación de prácticas seguras durante la atención sanitaria. De acuerdo con Dos Santos et al. (2022), la evaluación de esta cultura permite conocer el grado de compromiso de los profesionales y de las instituciones con la mejora continua de la calidad y la reducción de riesgos, constituyéndose en un elemento fundamental para promover una atención efectiva y segura.

La consolidación de una cultura de seguridad requiere que los profesionales de la salud desarrollen competencias relacionadas con la identificación, prevención y gestión de riesgos desde las etapas iniciales de su formación. En este sentido, Hernández-Herrera et al. (2021) señalan que es fundamental que el personal sanitario conozca los factores asociados a la ocurrencia de eventos adversos, ya que este conocimiento favorece la adopción de prácticas seguras, contribuye a la prevención de incidentes y fortalece la calidad de la atención. Asimismo, los autores destacan que la incorporación de estos contenidos durante la formación profesional favorece el desarrollo de una cultura de seguridad orientada a la mejora continua y a la protección del paciente.

Es así como, la seguridad del paciente ha adquirido una creciente relevancia a nivel internacional desde que la Organización Mundial de la Salud impulsó, en 2005, la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa promovió el desarrollo de políticas y estrategias orientadas al fortalecimiento de prácticas relacionadas con la notificación de incidentes, el análisis de errores y el aprendizaje organizacional, con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de la atención

sanitaria. Posteriormente, en 2009, se estableció un marco conceptual que permitió unificar la terminología y los conceptos fundamentales en materia de seguridad del paciente, incorporando además un enfoque de mejora continua basado en la identificación de incidentes, el análisis de sus causas y la implementación de acciones preventivas dirigidas a disminuir los riesgos asociados a la atención en salud (Flórez et al., 2022).

En México, los eventos adversos continúan representando un problema relevante para la seguridad del paciente, particularmente en la población económicamente activa, debido a las repercusiones sanitarias, sociales y económicas que generan. Al respecto, Serrano et al. (2023) señalan que aproximadamente el 62 % de los eventos adversos son prevenibles, lo que evidencia amplias oportunidades de mejora en los procesos asistenciales. Asimismo, los autores reportan que el 8 % de los pacientes experimenta algún tipo de daño asociado a la atención y que cerca del 2 % fallece como consecuencia de estos eventos. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la cultura de seguridad en las instituciones de salud, promoviendo estrategias orientadas a la prevención, identificación y gestión oportuna de los riesgos relacionados con la atención sanitaria.

En el contexto mexicano, los eventos adversos generan importantes repercusiones clínicas y económicas para el sistema de salud. Riera-Vázquez et al. (2022) reportan que, durante 2010, estos eventos ocasionaron más de dos millones de días adicionales de estancia hospitalaria, lo que representó costos superiores a los 226 millones de dólares. Ante esta problemática, la Secretaría de Salud implementó mecanismos de vigilancia orientados a la identificación y seguimiento de eventos adversos; sin embargo, el registro suele realizarse principalmente cuando existe una

notificación formal o una queja relacionada con la atención. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer los sistemas de detección, análisis y reporte de incidentes, así como de generar mayor evidencia sobre sus causas y factores asociados. Asimismo, los autores señalan que la clasificación de los eventos adversos de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente ha sido limitada, a pesar de que estas constituyen una estrategia fundamental para promover entornos de atención más seguros y orientados a la prevención del daño.

La supervisión de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente constituye una estrategia fundamental para la prevención y gestión de riesgos durante la atención sanitaria. Al respecto, Serrano et al. (2023) identificaron una relación entre la supervisión de las AESP y la ocurrencia de errores o eventos adversos, destacando la importancia de fortalecer los mecanismos de seguimiento y vigilancia de estas acciones. Los autores señalan además que las fallas relacionadas con la seguridad del paciente representan un importante problema de salud pública; tan solo en Estados Unidos se estiman alrededor de 220,000 muertes anuales asociadas a eventos prevenibles, lo que genera elevados costos para los sistemas de salud.

Con el propósito de reducir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención más segura, organismos internacionales como la Joint Commission International (JCI) han impulsado el desarrollo de estándares orientados a la calidad y seguridad de la atención. En México, estas iniciativas dieron origen a la adopción de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), las cuales posteriormente evolucionaron hacia las actuales Acciones Esenciales para la Seguridad

del Paciente, desarrolladas en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Serrano et al., 2023).

La relevancia de estas acciones se sustenta en la evidencia que demuestra que una proporción importante de los eventos adversos se relaciona con áreas contempladas por las AESP. En este sentido, Riera-Vázquez et al. (2022) reportaron que el 40 % de los incidentes estuvieron asociados con procedimientos clínicos, el 39 % con infecciones asociadas a la atención de la salud, el 17 % con errores relacionados con la medicación y el 4 % con fallas en la identificación del paciente.

Desde la perspectiva de la cultura de seguridad, Tello et al. (2023) encontraron que diversas dimensiones evaluadas en el personal de enfermería presentaron oportunidades de mejora. Entre las áreas con menor puntuación destacaron la comunicación abierta o franca (42.4 %), la respuesta no punitiva ante los errores (35.9 %), la rotación de personal (37.8 %) y la percepción del apoyo brindado por la gerencia en materia de seguridad del paciente (42.7 %). Estos resultados sugieren que el fortalecimiento de la cultura de seguridad requiere no solo la implementación de estrategias orientadas a la prevención de eventos adversos, sino también el desarrollo de entornos organizacionales que favorezcan la comunicación, el aprendizaje y el apoyo institucional.

En conjunto, la evidencia disponible demuestra que la cultura de seguridad del paciente constituye un elemento esencial para la prevención de eventos adversos, el fortalecimiento de la comunicación entre profesionales y la implementación de procesos de mejora continua. Por ello, su evaluación sistemática permite identificar áreas de oportunidad y orientar estrategias institucionales dirigidas a consolidar entornos de atención más seguros y de mayor calidad.

Una vez analizados los fundamentos y la evidencia disponible para cada una de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, es necesario ampliar la revisión hacia investigaciones que sustenten el proceso metodológico empleado en el desarrollo del presente estudio. En consecuencia, el siguiente apartado integra estudios relacionados con la construcción y validación de instrumentos de medición, el empleo del juicio de expertos y de la técnica Delphi, así como investigaciones sustentadas en el modelo de Donabedian y aquellas que han evaluado de manera integral las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. La revisión de estos antecedentes permite identificar los enfoques metodológicos utilizados, las propiedades psicométricas reportadas y las áreas de oportunidad que justifican el diseño y validación del instrumento propuesto.

2.7 Estudios relacionados

Los estudios sobre validación de instrumentos y evaluación de las AESP abarcan diferentes enfoques. Estos resultados reflejan la importancia de la necesidad de herramientas de medición precisas, adecuadas para mejorar la evaluación e implementación de acciones que mejoren la calidad en la atención, pero que a su vez fortalezcan el desarrollo profesional del equipo de salud.

Serrano-Berrones et al. (2024) desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relevancia de supervisar las AESP, en unidades médicas de diversos niveles de atención en la Ciudad de México. Metodológicamente, los autores realizaron visitas de supervisión enfocadas en evaluar la calidad y la seguridad del entorno clínico. Los resultados principales revelaron una correlación positiva entre las actividades de inspección y la identificación de fallas, incidentes y eventos adversos. En las visitas de

supervisión se encontraron altos niveles en la reducción de riesgo de caídas, comunicación efectiva y programas de higiene de manos, superando el 80%. El resto de los elementos mantuvieron un cumplimiento superior al 60%. Con base en esto, los investigadores concluyeron que la vigilancia institucional debe orientarse hacia la prevención y la gestión de riesgos, asumiendo la ocurrencia de errores como un elemento real que permite impulsar procesos de mejora continua en la atención sanitaria.

Riera-Vázquez et al. (2021) a través de un estudio observacional y transversal en pacientes hospitalizados del servicio de cirugía general, se analizaron los eventos adversos y su relación con el cumplimiento de las AESP. Los resultados evidenciaron que, a mayor complejidad de la atención médica, existe un incremento en el riesgo de presentar errores humanos asociados al proceso asistencial, representando una amenaza importante para la seguridad del paciente. De los 352 expedientes clínicos revisados, se identificó una prevalencia de eventos adversos del 13%, predominando aquellos relacionados con procedimientos clínicos e infecciones asociadas a la atención, seguidos por eventos relacionados con medicación e identificación del paciente. Los autores concluyeron que las metodologías utilizadas permitieron identificar eventos adversos, analizar sus causas y evaluar el grado de cumplimiento de las AESP, demostrando utilidad para fortalecer la seguridad del paciente y los procesos.

López et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo, transversal, observacional y prolectivo con el propósito de comparar la percepción de la calidad funcional en pacientes atendidos en clínicas estomatológicas de Docencia y Servicio de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, utilizando las metodologías de Avedis Donabedian y SERVPERF. Para ello diseñaron y aplicaron el instrumento denominado

PERCACEL a una muestra aleatoria estratificada de 400 pacientes, integrando variables generales y criterios de evaluación basados en ambas metodologías. Los resultados mostraron diferencias en la percepción de calidad entre los modelos utilizados, observándose una menor valoración mediante la metodología de Donabedian con 8.14% en comparación con un 8.51% de la metodología SERVPERF. El estudio destaca la utilidad del diseño y aplicación de instrumentos estructurados para evaluar la calidad de la atención desde la percepción de los usuarios, así como la importancia de utilizar modelos teóricos que permitan identificar áreas de mejora en los servicios de salud.

Santiago Mijangos et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo transversal en un hospital de segundo nivel en Veracruz, México, con el objetivo de evaluar la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con dolor mediante el modelo de Donabedian. Participaron 73 profesionales de enfermería y la calidad fue evaluada a través de las dimensiones de estructura, proceso y resultado. Los autores encontraron una calidad global elevada, siendo la dimensión de resultados la mejor evaluada, seguida del proceso y la estructura. Asimismo, identificaron que el nivel académico y la edad del personal se asociaron significativamente con una mejor calidad del cuidado, concluyendo que la capacitación y el desarrollo profesional continuo son fundamentales para fortalecer la calidad de la atención de enfermería.

González Arroyo y Bermeo Escalona (2024) describieron una metodología para la construcción y validación de instrumentos en el área de la salud, destacando la importancia de integrar fases cualitativas y cuantitativas para garantizar la validez y confiabilidad de las mediciones. Los autores proponen la evaluación por expertos y el análisis de legibilidad como parte de la validación cualitativa, así como la valoración de

la validez de constructo, criterio y consistencia interna en la fase cuantitativa, constituyendo una referencia metodológica para el desarrollo de instrumentos en investigación sanitaria.

Giménez Marín, Rivas-Ruiz (2011) y el Grupo de la Comisión de Gestión del Laboratorio Clínico de la SEQC desarrollaron y validaron un cuestionario para evaluar la seguridad del paciente en laboratorios clínicos hospitalarios. El instrumento fue diseñado con 62 ítems distribuidos en seis áreas relacionadas con factores humanos y organizacionales que pueden contribuir a la ocurrencia de errores. Tras un proceso de pilotaje, análisis factorial y evaluación de la consistencia interna, se obtuvo una versión final de 45 ítems con adecuados indicadores de validez y fiabilidad, identificándose 12 componentes que explicaron el 69.5% de la varianza acumulada. Los autores concluyeron que el cuestionario constituye una herramienta útil para evaluar y fortalecer la cultura de seguridad del paciente en los laboratorios clínicos, así como para promover procesos de mejora continua.

Jiménez-Gutiérrez et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo y transversal en un hospital de tercer nivel de atención con el objetivo de evaluar el nivel de apego al proceso de identificación correcta del paciente, considerado un componente esencial para garantizar la seguridad y calidad de la atención en los servicios de salud. Para ello, utilizaron un instrumento validado mediante consenso de expertos y con una confiabilidad determinada por alfa de Cronbach de 0.732, aplicado a una muestra de 220 pacientes hospitalizados. Los resultados evidenciaron un nivel insuficiente de apego al proceso de identificación del paciente, observándose diferencias entre los distintos servicios hospitalarios, con menores puntuaciones en áreas críticas como urgencias y terapia intensiva pediátrica. Los autores concluyeron que el desapego al

proceso de identificación representa un riesgo potencial para la seguridad del paciente, incrementando la posibilidad de eventos adversos y centinela, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias de evaluación, supervisión y cumplimiento de las prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

Ramírez Arias et al. (2011) señalan que la comunicación efectiva constituye un elemento esencial para garantizar la calidad y seguridad en la atención médica, debido a que permite disminuir errores asociados al proceso asistencial y fortalecer la protección del paciente durante su atención. Los autores destacan que las fallas en la comunicación pueden generar errores médicos que comprometen la seguridad e incluso la vida de los pacientes. Asimismo, resaltan la importancia de implementar programas orientados al cumplimiento de estándares de calidad y seguridad, así como promover entre el personal de salud y los profesionales en formación una comunicación eficiente, ética y humanística que contribuya al fortalecimiento de la atención segura y de calidad en las instituciones de salud.

López-Gómez et al. (2021) señalaron que el método de consulta a expertos constituye una herramienta eficaz para la validación de instrumentos de investigación, los autores señalaron que el método de consulta a expertos constituye una estrategia ampliamente utilizada en la investigación científica para validar instrumentos, escalas, modelos y propuestas de intervención. A través de una revisión sistemática de documentos académicos y la aplicación de pruebas estadísticas no paramétricas, demostraron que la selección adecuada de expertos, la evaluación de la fiabilidad del instrumento y la determinación del consenso entre los participantes son elementos esenciales para garantizar el rigor metodológico del proceso. Los resultados evidenciaron que la aplicación correcta de este método fortalece la validez de los

hallazgos y contribuye a la calidad de la investigación científica, por lo que se considera una herramienta fundamental en los procesos de validación de instrumentos.

Lara-Jaque et al. (2024) desarrollaron una propuesta metodológica para la adaptación lingüística de un instrumento de liderazgo en enfermería mediante la técnica Delphi. El proceso incluyó la participación de expertos y la realización de rondas sucesivas de evaluación hasta alcanzar consenso sobre la pertinencia y comprensión de los ítems. Los autores concluyen que la metodología Delphi constituye una herramienta útil para fortalecer la validez de contenido de los instrumentos, ya que permite integrar el conocimiento especializado y mejorar la claridad de los reactivos antes de su aplicación definitiva.

Baliza et al. (2024) realizaron la validación de contenido de una lista de verificación para evaluar la adherencia al protocolo de prevención de lesiones por presión en personal de enfermería. La investigación utilizó un panel de expertos que valoró aspectos relacionados con la claridad, coherencia y relevancia de los ítems, combinando análisis cualitativos y cuantitativos para determinar la validez de contenido. Los resultados evidenciaron que la participación de expertos permitió optimizar la estructura del instrumento y garantizar la pertinencia de los reactivos, destacando la importancia de este proceso como una etapa inicial dentro de la validación de herramientas de evaluación en salud.

Tras la revisión de la literatura, se identificó la ausencia de instrumentos que evalúen en conjunto el cumplimiento de las AESP; por lo que la falta de una herramienta específica dificulta la identificación del grado de cumplimiento, así como la implementación de estrategias de mejora que favorezcan la consolidación de una cultura de seguridad, brindar atención de calidad, desarrollar competencias en el

profesional de la salud, así mismo ejercer sus actividades en ámbitos seguros y de respeto. Esto resalta la importancia de desarrollar un instrumento válido que permita evaluar de manera objetiva el grado de cumplimiento de las AESP.

III. Planteamiento del problema

La seguridad y calidad en la atención de los servicios de salud constituyen componentes esenciales para garantizar resultados favorables y una atención integral centrada en el paciente. La seguridad del paciente se refiere a la prevención de daños evitables y la reducción del riesgo de ocasionar daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, mientras que la calidad en la atención comprende el grado en que los servicios de salud proporcionados a los individuos y poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios esperados, sustentado en conocimientos científicos y respaldados por evidencia profesional. Sin embargo, las dificultades en estos procesos continúan siendo una problemática relevante para los sistemas de salud, ya que pueden producir daños a los pacientes que derivan en eventos adversos, secuelas graves e incluso han llegado a cobrar vidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Ante este panorama, algunas instituciones han impulsado diversas estrategias dirigidas al fortalecimiento del desempeño profesional y a la mejora continua de la calidad de la atención. Entre estas destacan las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP); como barreras y protocolos de seguridad, diseñadas para prevenir errores, reducir riesgos y garantizar una atención de calidad; las cuales constituyen un marco fundamental para la prevención de riesgos y la reducción de eventos adversos en los sistemas de salud, dichas acciones representan una herramienta estratégica para consolidar la cultura de seguridad y promover una atención centrada en la calidad y el bienestar del paciente. En este sentido, resulta relevante considerar la seguridad del personal que labora en los Establecimientos de Atención Médica (EAM), debido a la constante exposición a diversos riesgos derivados de su práctica profesional, entre los

que destacan; riesgos biológicos, la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas, la ocurrencia de accidentes laborales y afecciones psicosociales, entre estas últimas destaca el síndrome de segunda víctima, reconocido como una condición emocional asociada a la participación del personal en eventos adversos, situación que impacta negativamente en su bienestar físico y mental; por ello, resulta primordial fortalecer las estrategias institucionales orientadas a mejorar la seguridad del paciente y del personal de salud; pues constituyen un elemento importante para garantizar una atención segura, eficiente y de calidad (Consejo de Salubridad General & Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2023)

Con base en evidencia científica reciente, el nivel de cumplimiento de las AESP disminuye conforme aumenta la complejidad del nivel de atención, independientemente de la disponibilidad del personal sanitario. Serrano-Berrones, Barragan-Padilla y García-Avelino (2023) identificaron que los principales factores asociados con la falta de adherencia fueron la escasa supervisión institucional y la ausencia de una cultura de seguridad consolidada. De manera similar otros autores han documentado deficiencias relacionadas con errores en la identificación del paciente, comunicación efectiva entre el personal, omisión de protocolos, limitada capacitación continua; factores que incrementan la incidencia de eventos adversos y comprometen la calidad asistencial, así mismo se ha reportado que la sobrecarga laboral, la insuficiencia de recursos y las condiciones de vulnerabilidad social, influyen negativamente en la seguridad del paciente y en los resultados clínicos. En conjunto estos hallazgos ponen en evidencia que las deficiencias en la implementación y cumplimiento de las acciones de seguridad continúan representando un desafío prioritario para los sistemas de salud.

Sin embargo, la falta de adherencia a las AESP representa una problemática de gran impacto para los sistemas de salud, debido a que incrementa el riesgo de eventos adversos, daños prevenibles, discapacidad e incluso la muerte de los pacientes; además genera elevados costos económicos para las instituciones y los propios usuarios. Para Riera-Vázquez et al. (2022) los eventos adversos se relacionan principalmente con los procedimientos clínicos y quirúrgicos, así como con las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), representando el mayor porcentaje de afectaciones. Estos hallazgos evidencian áreas críticas dentro de la atención que requieren vigilancia, supervisión y evaluación continua, ya que la falta de cumplimiento de las AESP incrementa el riesgo de daños prevenibles, comprometiendo la seguridad del paciente, del profesional de la salud y de la calidad de los servicios de salud.

En este contexto resulta indispensable, contar con un instrumento válido y confiable, que permita evaluar de manera objetiva el nivel de cumplimiento de las AESP, dentro de las instituciones de salud. La creación de un instrumento de medición representa una herramienta fundamental para identificar las fortalezas, áreas de oportunidad y factores asociados al incumplimiento de dichas acciones, favoreciendo así la implementación de intervenciones orientadas a la mejora continua de calidad y seguridad asistencial. Así mismo disponer de una herramienta estandarizada, permitirá generar evidencia científica que contribuya a la toma de decisiones institucionales, fortaleciendo la cultura de seguridad y el diseño de políticas encaminadas a disminuir la incidencia de eventos adversos y riesgos asociados a la atención; por ello el desarrollo del instrumento enfocado en la evaluación del cumplimiento de las acciones esenciales

constituye una necesidad prioritaria que asegure una atención segura eficiente y centrada en el bienestar del paciente.

Por lo anterior, la presente investigación tiene como finalidad diseñar un instrumento que permita evaluar el grado de cumplimiento de las AESP, en virtud de que hasta ahora no se dispone de una herramienta específica y validada, que posibilite su valoración integral en instituciones hospitalarias; esta ausencia limita el monitoreo sistemático y objetivo de su implementación, dificultando la identificación de las áreas de oportunidad, la medición de avances y la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la calidad de la atención y la mejora continua de la seguridad del paciente.

Derivado de la situación antes mencionada y observada en la atención que se brinda en los establecimientos de salud, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la validez y confiabilidad de un instrumento diseñado para evaluar el grado de cumplimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, en instituciones hospitalarias, México 2026?

IV. Justificación

El presente estudio se justifica debido a que a la fecha existe limitada evidencia sobre instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar de manera integral el grado de cumplimiento de las AESP en las instituciones de salud; en este sentido la validación de un instrumento orientado a medir dicho cumplimiento aportaría una herramienta metodológicamente sólida para la investigación, la práctica y la gestión de la calidad en los servicios de salud. La disponibilidad de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas favorecerá la evaluación objetiva de los procesos relacionados con la seguridad del paciente, permitiendo identificar áreas de oportunidad, fortalecer la cultura de la seguridad y optimizar las decisiones en materia de gestión; asimismo la evaluación sistemática del cumplimiento de las AESP, permitirá monitorear la adherencia del personal de salud a los protocolos establecidos y establecer indicadores orientados a la mejora continua de la atención.

En consecuencia, la validación del instrumento puede contribuir a generar evidencia científica útil para fortalecer las estrategias institucionales en la prevención de eventos adversos, reflejando una disminución de los días de estancia hospitalaria y a su vez en los costos hospitalarios, garantizando seguridad al paciente; de esta manera el estudio adquiere relevancia científica y metodológica debido a que las deficiencias en la seguridad continúan presentándose como un problema prioritario con implicaciones clínicas éticas y económicas para los sistemas de salud y para la atención del paciente (Serrano M, Barragán S, García M. 2023).

En este sentido, las AESP representan un componente fundamental dentro de los estándares utilizados para evaluar la calidad y seguridad de la atención en las instituciones de salud, por ello es importante contar con una herramienta orientada a

valorar el cumplimiento, que considere características operativas, asistenciales y de complejidad inherentes al entorno hospitalario. Con el fin de eliminar esa brecha metodológica que no permite evaluar de manera objetiva, integral y estandarizada el grado de implementación de las AESP en los hospitales, limitando el monitoreo de avances y la toma de decisiones sustentada en evidencia para el fortalecimiento de la calidad y seguridad del paciente. Asimismo, el diseño y validación de un instrumento específico permitirá fortalecer el desempeño del personal de salud mediante la identificación de necesidades de capacitación continua, favoreciendo el desarrollo de competencias orientadas a la seguridad, el respeto, el bienestar laboral y el ejercicio profesional seguro, contribuyendo además a consolidar una cultura institucional enfocada en la mejora continua y la protección tanto del paciente como del personal sanitario.

V. Objetivos

Objetivo General

Desarrollar un instrumento válido que permita la evaluación métrica del grado de cumplimiento de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Realizar una revisión de alcance de la literatura científica disponible en bases de datos y otras fuentes, para el mapeo y clarificación del concepto de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- Diseño preliminar de los ítems del instrumento con base en los resultados de la revisión de alcance, la clarificación del concepto, los estándares vigentes de seguridad y otras fuentes teóricas.
- Evaluar el instrumento mediante una revisión de la claridad del lenguaje a través de su cualidad y condición de legibilidad para representar el concepto de las AESP a través de la escala INFLESZ.
- Evaluar la validez de contenido del instrumento diseñado mediante el juicio de expertos, para analizar la coherencia, claridad y relevancia.
- Determinar la confiabilidad preliminar y las características psicométricas del instrumento a través de una prueba piloto.
- Optimizar la redacción y coherencia de los componentes del instrumento mediante un análisis lingüístico, para asegurar la adecuada interpretación de las AESP por evaluar.

VI. Metodología

La presente investigación corresponde a un diseño de proceso, de seis fases con enfoque cualitativo, cuantitativo, prospectivo y de alcance longitudinal. Las etapas están orientadas al diseño y validación de un instrumento para evaluar el grado de cumplimiento de la AESP en instituciones hospitalarias. Las etapas son las siguientes:

Primera fase

Búsqueda y fuentes de información

Esta fase se llevó a cabo a través de la metodología de revisión de alcance con los lineamientos PRISMA-ScR (2020). Se determinaron las siguientes palabras claves derivadas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): seguridad del paciente, instrumento, estudio de validación, psicometría, evaluación; sin embargo, algunos conceptos que son de interés para la elaboración del instrumento, no están descritos en estos tesauros, por lo que se consideraron en la búsqueda las palabras que son elementales para construir y fundamentar el instrumento para evaluar el grado de cumplimiento de las AESP a través de otras fuentes, donde se identificaron las siguientes: AESP, acciones esenciales, validación de instrumento, instrumento de validación, metodología de validación, identificación del paciente, comunicación efectiva, errores en la medicación, caídas en pacientes hospitalizados y cultura de seguridad.

Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda de literatura en la revisión de alcance fueron; SciELO, PubMed, Redalyc, Scopus, además otras fuentes como, páginas gubernamentales, sitios oficiales académicos como: repositorios universitarios, normativas, protocolos y manuales. La sistemática de búsqueda se logró a través de la naturalidad de frases exactas, estas se ingresaron directamente en los motores

oficiales, los términos sintácticos corresponden a cada dimensión. El algoritmo se verificó en tres idiomas, en español: ("Seguridad del Paciente" OR "AESP") AND ("Validación" OR "Propiedades Psicométricas" OR "Confiabilidad") AND ("Cuestionario" OR "Escala" OR "Instrumento"). En inglés: ("Patient Safety" OR "AESP") AND ("Validation" OR "Psychometric Properties" OR "Reliability") AND ("Questionnaire" OR "Scale" OR "Instrument"). En portugués: ("Segurança do Paciente" OR "AESP") AND ("Validação" OR "Propriedades Psicométricas" OR "Confiabilidade") AND ("Questionário" OR "Escala" OR "Instrumento").

Revisión de alcance

Para lograr la revisión de alcance, de acuerdo con los lineamientos del PRISMA-ScR (2020), se planteó la siguiente pregunta con el formato PCC (población, concepto, contexto):

¿Qué evidencia existe en la literatura científica sobre el desarrollo, validación y aplicación de instrumentos para evaluar el grado de cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en instituciones de salud?

Para mejorar la estrategia de búsqueda se presenta la Tabla 2, que limita las variables de estudio:

Tabla 2*Desglose de la pregunta de investigación con formato PCC*

Población	Concepto	Contexto
Pacientes hospitalizados en los que se requiera medir el nivel de seguridad en su atención, a través de, instrumentos de medición, cuestionarios, escalas, listas de verificación o herramientas de evaluación.	Estudios que describan explícitamente el proceso de validación metodológica, validez de contenido (juicio de expertos), validez de constructo, confiabilidad o consistencia interna de las herramientas y la evaluación del cumplimiento de las AESP.	Cualquier entorno de atención a la salud (unidades de segundo o tercer nivel, públicas o privadas) y servicio de atención médica y de enfermería.

Nota. Elaboración propia, basada en los criterios metodológicos para revisiones de alcance del Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020).

Asimismo, para guiar la búsqueda y selección de la evidencia científica orientada a responder a la pregunta PCC, se establecieron los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Investigaciones que aborden la variable de estudio, de las bases de datos seleccionadas y otras fuentes oficiales vigentes. Asimismo, los estudios que investiguen seguridad del paciente, calidad en la atención, validación de instrumentos; que aborden explícitamente el desarrollo, validación y/o aplicación de medición; desarrollados en instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención, con antigüedad no mayor a 5 años, para asegurar información actual y que refleje tendencias contemporáneas en la investigación.

Criterios de exclusión: Documentos obsoletos o reemplazados por normativas más recientes, con enfoque de seguridad en áreas ajenas a los servicios de hospitalización; así como investigaciones centradas a entornos comunitarios o de primer nivel que no se alineen al contexto hospitalario objeto del estudio.

Criterios de eliminación: Aquellos documentos que carecían de rigor científico, los duplicados, los que no presentaron propiedades psicométricas completas y aquellos que no abordaron con claridad la variable de interés.

Segunda fase

Construcción preliminar de los ítems

Para la segunda etapa, con base en la literatura identificada en la revisión de alcance, se realizó el diseño de la primera versión del instrumento, para conformar las dimensiones y la estructura mediante el modelo de calidad del Dr. Avedis Donabedian, para distribuir los ítems en los enfoques de estructura, proceso y resultado (Villa-Velázquez et al., 2023).

Se consideraron como base analítica los criterios técnicos de verificación y elementos medibles estipulados en el documento oficial “ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”, emitido por el CGS a través de la DGCES (2023). A partir de estos lineamientos nacionales, se redactaron reactivos adaptados a la realidad operativa de los profesionales de la salud, la fundamentación teórica de cada dimensión fue complementada mediante búsquedas dirigidas para cada AESP. Asimismo, con el propósito de garantizar la validez de contenido, la representatividad y para contribuir en la redacción de cada uno de los ítems, se establecieron criterios específicos para la

selección de los documentos y la evidencia científica que sustentó la redacción y estructura de los ítems, a partir de la literatura recuperada.

Criterios para la construcción de los ítems del documento preliminar: los ítems serán conducidos sobre conductas observables, procesos operativos estandarizados o conocimientos técnicos del personal de salud dentro del entorno hospitalario; no serán considerados los conceptos o la información que identifiquen ítems con actitudes personales, que no puedan ser medidos de manera objetiva para establecer una escala de medición cuantitativa estandarizada.

Tercera fase.

Análisis de legibilidad de los ítems:

El análisis de legibilidad aplicado a los ítems del instrumento se consideró un paso crítico para garantizar la validez de apariencia y la equivalencia semántica del instrumento. Por lo tanto, tras la elaboración de los ítems iniciales, se identificó la necesidad de someterlos a un análisis formal de comprensión textual, con el propósito de obtener la segunda versión del instrumento preliminar, para mitigar posibles sesgos de respuesta derivados de ambigüedades sintácticas o semánticas. De acuerdo con González Arroyo y Bermeo Escalona (2024), la legibilidad se define como la claridad técnica del lenguaje; para fines de esta investigación, dicha actividad se realizó mediante el software INFLESZ, el cual permite medir de forma estandarizada el grado de facilidad de la lectura. Para el diseño de la segunda versión del instrumento, se consideró aceptable los puntajes 0-40 referidos en la Tabla 2, para identificar el grado de legibilidad en cada ítem.

Figura 10

Niveles de dificultad de la Escala INFLEZ según el puntaje de legibilidad

 Puntos	 Grado	 Tipo de publicación
 < 40	Muy difícil	 Universitario / Científico
 40 - 55	Algo difícil	 Bachillerato, divulgación científica, prensa especializada
 55 - 65	Normal	 E.S.O., prensa general, prensa deportiva
 65 - 80	Bastante fácil	 Educación primaria, prensa del corazón, novelas de éxito
 > 80	Muy fácil	 Educación primaria, tebeos, cómic

Nota. Tomado de "Metodología para la construcción y validación de instrumentos en el área de la salud", por A. P. González Arroyo y J. R. Bermeo Escalona, 2024, Ibn Sina: Revista Electrónica Semestral en Ciencias de la Salud, 15(1), <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina>

Cuarta fase

Validación de contenido por Técnica de jueces

Para conformar la tercera versión del instrumento, se llevó a cabo el proceso de validez por técnica de juicio de expertos. En esta sección se detallan de manera sistemática los criterios metodológicos correspondientes a la población, el tipo de muestreo, la muestra, criterios de selección, así como los procedimientos para la recolección de datos y el análisis estadístico de los resultados de la evaluación emitidas por los jueces. Con el propósito de alcanzar un consenso interjueces óptimo, la

validación se estructuró a través de 3 rondas sucesivas, para evaluar el comportamiento, la evolución y las fases operativas.

Población: Profesionales de Enfermería que laboren en instituciones de segundo y tercer nivel de atención con experiencia en el trato directo de pacientes hospitalizados.

Muestreo y muestra: Se utilizó un muestreo por conveniencia, dado que se trata de una población previamente conocida. Este método permitió seleccionar a los participantes en función de su experiencia y conocimiento en el objeto de estudio. Con base en la literatura, se determinó que un panel de entre 5 y 10 expertos constituye una cantidad metodológicamente suficiente para asegurar la validez de contenido de un instrumento (Hernández-Sampieri, 2016).

Criterios de selección para los jueces expertos.

Para garantizar el rigor metodológico, se establecieron los siguientes criterios específicos:

Criterios de inclusión. Profesionales de Enfermería con posgrado (especialidad, maestría o doctorado), conocimiento de AESP, con más de cinco años de experiencia en atención directa del paciente y que manifieste consentimiento voluntario para participar en la investigación.

Criterios de exclusión. Profesionales de enfermería que se encuentren bajo licencia médica o periodo vacacional al momento de iniciar las rondas de evaluación y aquellos que no contestaron la invitación a participar en el estudio.

Criterios de eliminación. Los instrumentos serán eliminados si presentan respuestas o evaluaciones incompletas, aquellos que los jueces no regresen en un

periodo de 15 días, y aquellos que manifestaron explícitamente su decisión de retirarse voluntariamente y no continuar con el proceso de la evaluación del instrumento.

Procedimiento de recolección de datos

El proceso operativo para la recolección de datos correspondientes a la fase de validación por juicio de expertos se ejecutó de manera cronológica. En primer lugar, se estableció contacto directo y personalizado mediante llamadas telefónicas con los candidatos elegibles para invitarlos a formar parte del panel evaluador. Posteriormente, se efectuó el envío formal de un correo electrónico institucional que detallaba las especificaciones del estudio, adjuntando el documento de consentimiento informado, cuya recepción debidamente firmada por cada juez fue indispensable antes de iniciar las evaluaciones. Una vez consolidada la aceptación, se remitió a los expertos el instrumento de medición digitalizado en formato Microsoft Excel, el cual se estructuró de manera organizada en las dimensiones operativas (ver anexo 1).

La evaluación de los ítems se llevó a cabo bajo dos vertientes metodológicas: un análisis cuantitativo, donde los jueces asignaron calificaciones numéricas a cada ítem mediante una escala de tipo Likert y un análisis cualitativo, espacio en el cual tuvieron la libertad de formular observaciones y sugerencias subjetivas orientadas a optimizar la redacción y alineación conceptual de los ítems con la variable de estudio.

Para asegurar el flujo de trabajo, se fijó un periodo límite de 15 días naturales para la devolución de los instrumentos evaluados. Tras la recepción de las respuestas, se procedió a la revisión exhaustiva y al ajuste de los reactivos con base en las retroalimentaciones emitidas, este ciclo se repitió 3 veces para alcanzar el consenso idóneo. Finalmente, en reconocimiento a la contribución académica de los jueces, se

emitió y envió a cada juez una constancia de participación con valor curricular, debidamente foliada, firmada y sellada por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Una vez concluidas las rondas sucesivas de evaluación y la aplicación de los criterios de eliminación descritos, se procedió al cierre oficial de la fase de recolección de datos con el panel final de 11 expertos. Las matrices de validación evaluadas fueron resguardadas digitalmente para su posterior transcripción y tabulación, marcando el fin de la etapa operativa e iniciando la fase de procesamiento y análisis estadístico para la consolidación de la quinta versión del instrumento.

Análisis estadístico

Los datos cuantitativos obtenidos a partir de las matrices en formato Microsoft Excel ® evaluadas por el panel de expertos, fueron transferidos a una base de datos en el paquete estadístico SPSS (versión 27.0) para su procesamiento. Con el propósito de evaluar el grado de concordancia interjueces y determinar la validez de contenido, se calculará el coeficiente V de Aiken de forma individual para cada ítem y de manera global para las dimensiones. Este análisis se aplicará de manera independiente a los tres criterios de evaluación solicitado a los jueces para cada reactivo: coherencia, relevancia y claridad.

Para el cálculo estadístico, se tomarán como base los puntajes de la escala tipo Likert de cinco niveles utilizada para el panel evaluador, ponderada de la siguiente manera: 1: Inaceptable, 2: Deficiente, 3: Regular, 4: Bueno y 5: Excelente. Bajo los estándares psicométricos vigentes, se estableció un punto de corte riguroso e igual o

superior a 0.80 en el coeficiente V de Aiken como valor crítico mínimo admisible de consenso.

Quinta fase

Validación preliminar del instrumento

Para dar continuidad al proceso psicométrico y conformar la sexta versión del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto en un grupo de enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención, orientada a identificar las propiedades psicométricas preliminares del instrumento, la factibilidad para la claridad coherencia y relevancia, así como el tiempo promedio de ejecución del instrumento, para asegurar la optimización operativa de las dimensiones antes de su aplicación a una muestra más robusta.

Población

Personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención.

Muestreo y muestra

Para esta fase se implementó un muestreo por conveniencia. De acuerdo con la literatura metodológica para el diseño de instrumentos, el tamaño de la muestra se fundamentó en las directrices de Ahmad et al. (2024), quienes demuestran que una muestra mínima de 30 encuestados es estadísticamente adecuada para garantizar la estabilidad operativa inicial del alfa de cronbach y evaluar los indicadores de consistencia interna de las dimensiones, previniendo posibles efectos de atrición. Los participantes que cumplieron de manera estricta con los mismos criterios de inclusión y exclusión estipulados para la investigación.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: personal de enfermería con adscripción vigente en la institución en las áreas de atención clínica directa al paciente, contar con formación académica a nivel técnico, de licenciatura o de posgrado en el área de enfermería, que participen en procesos relacionados con AESP. Experiencia mínima de 1 año, que acepten participar de manera voluntaria y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: personal de enfermería que se encuentre bajo periodos de licencia médica, incapacidad temporal, vacaciones o permisos especiales al momento de la aplicación del pilotaje, aquellos que quieran formar parte de la investigación, personal que pertenezca a categorías laborales distintas a enfermería.

Criterios de eliminación: personal de enfermería que entreguen el instrumento incompleto, aquellos ejerzan su derecho de retiro voluntario y decidan no continuar con el proceso de evaluación en cualquier etapa de la aplicación.

Procedimiento para recolección de datos

El proceso para la aplicación de la prueba piloto se ejecutó de manera sistemática y presencial dentro de las instalaciones de la institución de salud, previa autorización institucional. En primer lugar, se gestionó la solicitud formal mediante la entrega de un oficio dirigido a la Jefatura de Enseñanza de la unidad. Una vez aprobado el permiso correspondiente, se estableció la coordinación directa con la Jefa de Enfermería del turno matutino, quien facilitó el acceso y la vinculación académica. Posteriormente, se realizó el acercamiento formal con el personal de enfermería en sus áreas de servicio durante momentos estratégicos de menor carga asistencial. En esta interacción, se les especificaron detalladamente los objetivos del estudio y la naturaleza de la validación preliminar (ver anexo 2).

De manera consecutiva, se distribuyó de forma física el instrumento impreso, indicando a los participantes que la primera sección contenía el consentimiento informado, cuya firma autógrafa era un requisito obligatorio antes de proceder con la resolución del cuestionario. Tras la aceptación voluntaria, los participantes respondieron a los ítems de forma habitual, disponiendo de libertad para realizar anotaciones cualitativas sobre la claridad de los ítems. Durante el proceso, se cronometró de manera sutil el tiempo individual de llenado para estimar la duración promedio de la prueba. Finalmente, se verificó que los formatos estuvieran totalmente contestados antes de ser recolectados en físico y resguardados en un expediente seguro para dar paso a la fase de transcripción y análisis estadístico.

Sexta Fase

Análisis estadístico y propiedades psicométricas

Esta fase consta de dos etapas, el procesamiento y análisis de los datos derivados de la prueba piloto, y la determinación preliminar de las propiedades psicométricas.

Para la primera etapa, los registros de la prueba piloto se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS (versión 27.0), tras estructurar la matriz digital correspondiente. Se empleó estadística descriptiva para caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral de la muestra del personal de enfermería (sexo, nivel académico, turno y servicio) a través de frecuencias absolutas y porcentajes. Mientras que las variables continuas (edad y años de experiencia laboral) se analizaron a través de medidas de tendencia central como media, mediana, moda y de dispersión como desviación estándar, rango y valores extremos.

Para la segunda etapa, se presentaron las propiedades psicométricas del instrumento; entre las que destacan: número ítems, tipo de escala, formato de respuesta; asimismo, se determinó los valores máximo y mínimo, la interpretación y clasificación de los resultados a través de índices de 0-100 para establecer puntos de corte en cuartiles.

Para el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, se fijó un valor crítico mínimo aceptable de .70 para dictaminar una confiabilidad preliminar óptima. Complementariamente, aquellos ítems que contaran con reportes cualitativos de ambigüedad por parte del personal fueron analizados para su modificación sintáctica final o exclusión definitiva, para consolidar de este modo la sexta versión del instrumento de medición.

Séptima Fase

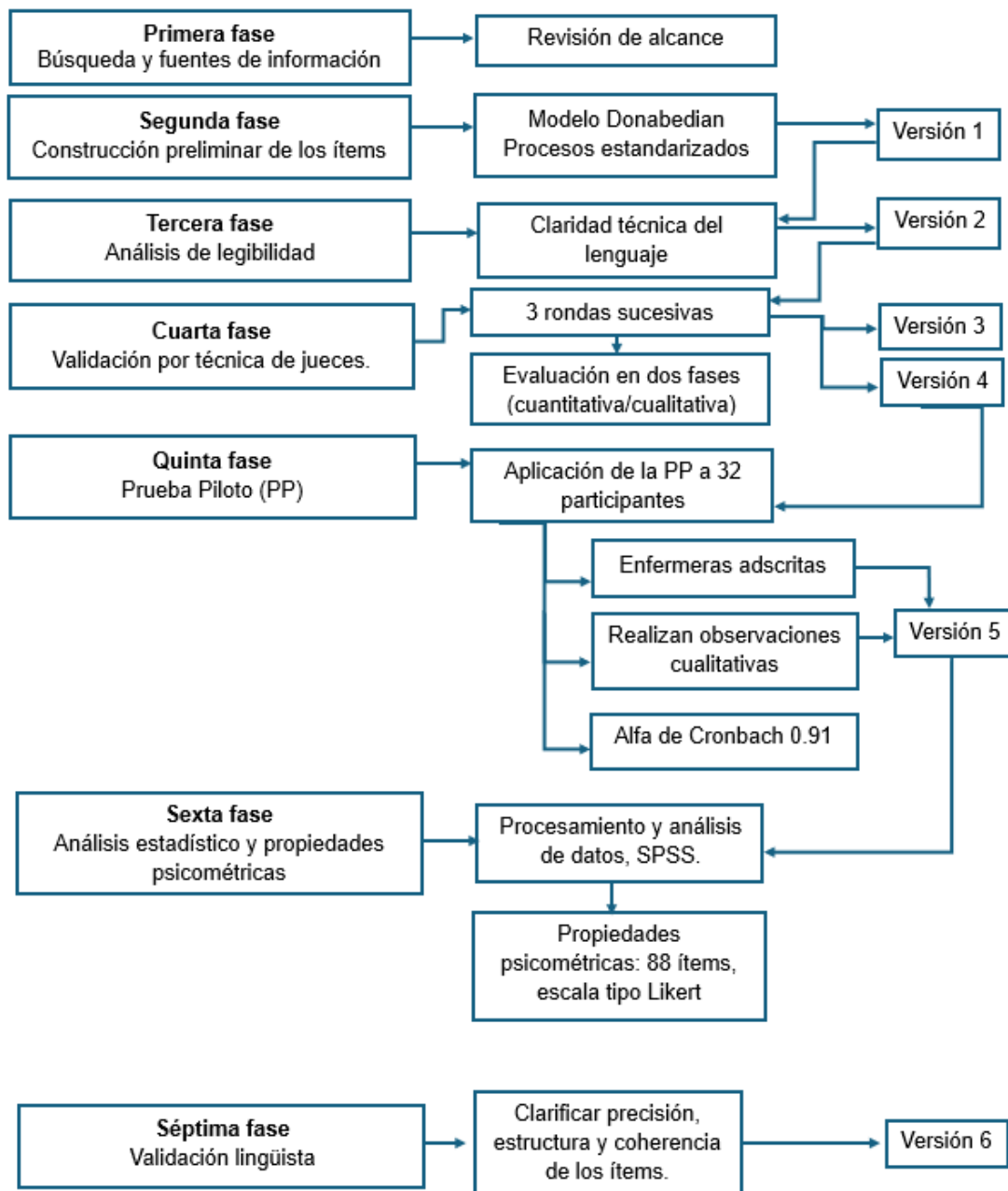
Validación lingüista

Una vez determinada las propiedades psicométricas del instrumento, se llevó a cabo la corrección de estilo con la asistencia de un experto en lingüística aplicada, certificado en lengua hispana. El propósito de esta fase fue clarificar la precisión terminológica, la estructura de presentación, claridad lingüística y coherencia en la redacción de los ítems. Es importante mencionar que al lingüista se le proporcionó el instrumento acompañado de un documento con las especificaciones solicitadas para realizar la revisión. Se mostró una tabla con los ítems y un espacio para agregar las modificaciones sugeridas (ver anexo 3). Esto permitió una evaluación detallada de las correcciones, para asegurar las propuestas del experto sobre la calidad formal del texto, sin perder el objeto del instrumento.

Para ejemplificar el proceso de las fases y las versiones de los instrumentos se presenta la figura 11.

Figura 11

Construcción y validación del instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las AESP



Nota. Diagrama que ilustra las fases del proyecto de investigación.

Ética de estudio

El desarrollo de la presente investigación se rigió bajo los principios éticos y legales vigentes para el estudio con seres humanos, garantizando la protección, dignidad y derechos del personal de enfermería participante.

El estudio se fundamentó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México, en el Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad de los participantes. De acuerdo con el Artículo 17, esta investigación es de riesgo mínimo ya que emplea una investigación documental. En el Artículo 21, se garantizó que el proceso de obtención del Consentimiento Informado no restara libertad ni coaccionara a los profesionales de enfermería. Se les explicó de manera clara y explícita el derecho a suspender su participación o retirar su información en cualquier etapa del llenado del instrumento, sin que esto repercutiera en su entorno laboral o profesional.

En cuanto al Artículo 22: Se cumplió estrictamente con la entrega de la Carta de Consentimiento Informado, redactada en un lenguaje accesible y transparente. En dicho documento se especificaron los objetivos del estudio, la justificación de la investigación, los procedimientos de aplicación del instrumento y la garantía absoluta de confidencialidad de sus respuestas.

En el Artículo 100 se les indicó que la investigación se apegó a la obligatoriedad de contar con la manifestación de la voluntad de los sujetos de estudio. Se aseguró que el llenado del instrumento estuviera precedido de una explicación clara sobre los fines exclusivamente académicos del proyecto, asegurando que la participación fuera completamente libre y exenta de cualquier tipo de subordinación o presión institucional.

Dado que la protección de los datos personales es prioritaria, este proceso fue diseñado conforme a los lineamientos establecidos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los Particulares (LFPDPPP). En cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 6 y 8, los principios de licitud, consentimiento, información y responsabilidad han sido garantizados en todo momento durante el tratamiento de los datos personales. La información recabada ha sido utilizada exclusivamente para los fines específicos de esta investigación, asegurando en todo momento su confidencialidad y protección.

VII. Resultados

Resultados de la primera fase

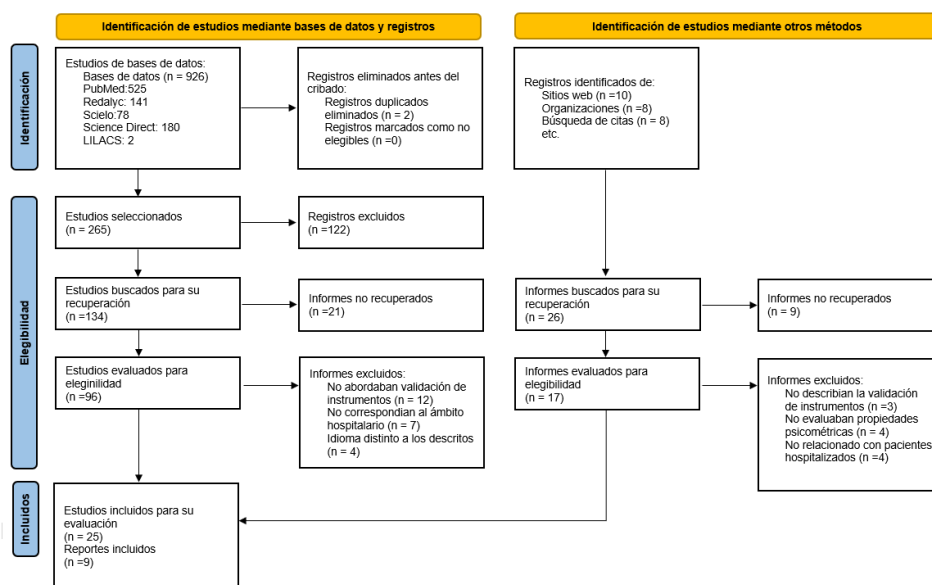
Búsqueda y fuentes de información

En este capítulo se presentan los principales hallazgos de cada una de las fases del diseño de proceso que se realizó para validar y crear el Instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. La identificación de la evidencia científica se realizó mediante las recomendaciones del PRISMA-ScR (2020) para revisiones de alcance (Figura 11).

La búsqueda inicial arrojó un total de 925 registros, distribuidos de la siguiente manera: PubMed, n=525; Redalyc, n=143; Science Direct, n= 180 y Scielo, n=78. Asimismo, se identificaron los documentos a través de otras fuentes, n=26.

Figura 11

Diagrama de flujo de los estudios seleccionados para la revisión de alcance



Nota. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios para la revisión de alcance. Adaptado de “Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extensión for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation”, por M. A. Tricco et al., 2018, Annals of Internal Medicine, 169(7), p 467-473 (doi.org). CC BY-NC-ND.

Segunda fase

Construcción preliminar de los ítems

La primera versión del instrumento quedó constituida por un total de 161 ítems, bajo los tres ejes del modelo del Dr. Avedis Donabedian como lo muestra la Tabla 12. Se estructuró en ocho dimensiones, correspondientes a cada una de las AESP descritas en la Tabla 13 y la distribución de los ítems se determinó en función de la complejidad operativa. La evaluación se planeó en tres rondas sucesivas por los jueces expertos, con la finalidad de alcanzar un consenso riguroso, minimizar sesgos y depurar ítems.

Tabla 3

Ejes para la redacción de los ítems del modelo Donabedian

Estructura	Proceso	Resultado
Ítems orientados a evaluar la disponibilidad de recursos materiales, normativos y la infraestructura necesaria en instituciones de salud para la seguridad del paciente.	Ítems diseñados para medir las acciones directas, actividades asistenciales ejecutadas por el personal de la salud, durante la atención clínica.	Ítems enfocados a registrar el impacto de las intervenciones y la mitigación de los eventos adversos, mediante la evaluación, supervisión y retroalimentación.

Nota. Ejes conceptuales para guiar la construcción de los ítems del Instrumento de acuerdo con las dimensiones de estructura, proceso y resultado del modelo de calidad de Donabedian.

Tabla 4***Integración de dimensiones***

Dimensión	Denominación de la AESP	Objetivo
Dimensión 1 (21 ítems)	Identificación del paciente	Está orientada a garantizar la correcta identificación de los pacientes mediante la utilización de, al menos, dos identificadores verificables, como el nombre completo y la fecha de nacimiento, contribuyendo a prevenir errores relacionados con la identificación del paciente y a fortalecer la seguridad durante el proceso asistencial (CSG, 2023). Tiene como finalidad fortalecer la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, asegurando la transmisión oportuna, precisa y completa de la información clínica durante el proceso asistencial. Para ello, fomenta la aplicación del protocolo Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar, con el objetivo de disminuir los errores relacionados con la comunicación de indicaciones verbales y telefónicas (CSG, 2023).
Dimensión 2 (19 ítems)	Comunicación efectiva	Está orientada a fortalecer la gestión integral de los medicamentos mediante la implementación de acciones dirigidas a las etapas de selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración, contribuyendo a prevenir errores de medicación, favorecer la seguridad del paciente y asegurar la calidad de los procesos terapéuticos (CSG, 2023).
Dimensión 3 (35 ítems)	Seguridad en el proceso de medicación	Está orientada a fortalecer las prácticas de seguridad en los procedimientos quirúrgicos, reducir la ocurrencia de eventos adversos y eventos centinela asociados a la atención quirúrgica y

		promover la aplicación sistemática del Protocolo Universal como una herramienta esencial para garantizar la seguridad del paciente durante todas las etapas del proceso quirúrgico (CSG, 2023). Está orientada a disminuir la incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) mediante la implementación de un programa integral de higiene de manos que abarque todas las fases del proceso asistencial, con el propósito de fortalecer la seguridad del paciente, prevenir la transmisión de microorganismos y consolidar medidas preventivas universales (CSG, 2023). Su propósito es prevenir los daños ocasionados por caídas en los Establecimientos de Atención Médica (EAM) del Sistema Nacional de Salud, mediante la valoración sistemática de los factores de riesgo y la implementación de acciones preventivas orientadas a reducir su ocurrencia (CSG, 2023). Su propósito es disponer de información sistematizada sobre cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela mediante un proceso de registro que permita su análisis y sustente la toma de decisiones, favoreciendo la implementación de acciones de mejora orientadas a prevenir su ocurrencia (CSG, 2023). Tiene como finalidad evaluar la cultura de seguridad del paciente en el entorno hospitalario, proporcionando información que facilite la toma de decisiones y el diseño de estrategias orientadas al fortalecimiento y la mejora continua del clima de seguridad en las instituciones de salud (CSG, 2023).
Dimensión 5 (18 ítems)	Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)	
Dimensión 6 (18 ítems)	Reducción del riesgo de daño por caídas	
Dimensión 7 (11 ítems)	Registro y análisis de eventos adversos	
Dimensión 8 (6 ítems)	Cultura de seguridad del paciente	

Nota. Las dimensiones del Instrumento corresponden a las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP), estructuradas con base en las directrices oficiales emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG).

La versión 1 del instrumento preliminar con los 161 ítems se presentan en el anexo 4.

Tercera fase

Escala de legibilidad

Posterior a la construcción de la primera versión con 161 ítems, se realizó una revisión de la calidad textual mediante la escala INFLESZ, con el propósito de verificar que la comprensión lingüística, fuera acorde con las capacidades de los jueces expertos. El análisis de legibilidad permitió hacer ajustes a 35 en la longitud de la redacción de los ítems; además, se integró una matriz de especificaciones para la evaluación de los ítems; dicho análisis arrojó una puntuación de entre 0-40 (muy difícil) para 87 ítems y 40-55 (algo difícil) para el resto de los ítems. Para los primeros puntajes de 0-40, se considera como el rango estándar de las revistas científicas guías de práctica clínica protocolos médicos e instrumentos de investigación; para el rango de 40-55, rango equivalente a textos dirigidos a lectores con formación de bachillerato y experiencia en la comprensión de documentos de divulgación científica o prensa especializada.

Figura 12

Interfaz del software INFLESZ con un ejemplo del resultado del índice de legibilidad Flesch-Szigriszt de los ítems.



Nota. Resultados del análisis de legibilidad del instrumento obtenidos del software INFLESZ (Versión 1.0), desarrollado por I.M. Barrio Cantalejo. Captura de pantalla original editada y restaurada mediante asistente de inteligencia artificial, para resaltar los datos numéricos.

Cuarta fase

Validación por técnica de jueces

Como resultado de la invitación a los 18 jueces expertos y el proceso de rondas sucesivas de evaluación, se presentó una tasa de atrición de 7 jueces expertos, situación que un panel final integrado por $n = 11$ expertos, quienes evaluaron de forma óptima las rondas planificadas; a continuación, se describe la dinámica del proceso realizado durante las rondas sucesivas:

Primera ronda de validación: de los expertos invitados originalmente, se obtuvo la participación activa y el retorno de los instrumentos evaluados de 11 expertos, lo que representó una tasa de respuesta inicial del 61.1%. Los aportes y observaciones de esta ronda permitieron realizar los primeros ajustes semánticos a los ítems y así obtener la tercera versión del instrumento.

Segunda ronda de validación: el instrumento modificado fue reenviado exclusivamente a los 11 expertos que atendieron a la primera ronda de evaluación, de ellos, 8 expertos completaron y devolvieron en el tiempo establecido la evaluación en su totalidad, registrando una tasa de retención del 73 % respecto a la ronda anterior; obteniendo la cuarta versión del instrumento. Es importante mencionar que la atrición se atribuyó a la naturaleza ocupacional de los participantes.

Tercera ronda de validación y consenso final: la tercera ronda consolidó con el panel definitivo de 8 expertos, logrando el consenso estadístico final para la validación de los reactivos y así obtener la quinta versión del instrumento.

La reducción progresiva en el número de jueces es un fenómeno ampliamente documentado en metodologías de validación por rondas sucesivas dentro del entorno hospitalario. Sin embargo, el panel final integrado por 8 expertos es sólido, representativo y metodológicamente suficiente para robustecer la validez de contenido y apariencia de un instrumento de medición (Hernández-Sampieri, 2016). Es importante mencionar que el perfil académico de los integrantes del panel experto permitió consolidar la estructura del instrumento, debido a que actualmente desempeñan roles directivos y estratégicos como jefes de servicio, supervisores de enfermería y coordinadores de enseñanza. A continuación, se presentan en la Tabla 5 las características sociodemográficas y profesionales de estos:

Tabla 5
Características sociodemográficas de jueces expertos

Variables	<i>f</i>	%
<i>Género</i>		
<i>Masculino</i>	2	25%
<i>Femenino</i>	6	75%
<i>Grado académico</i>		
<i>Maestría</i>	6	75%
<i>Doctorado</i>	2	25%
<i>Años de experiencia</i>		
<i>10 – 20 años</i>	5	62%
<i>Más de 20 años</i>	3	38%

Nota. Datos sociodemográficos y de perfil profesional del panel de jueces expertos (n=8) que participaron en la validación de contenido del instrumento. Los cargos que se consideraron para la selección de jueces fueron jefes de servicio, supervisores de enfermería, coordinadores de enseñanza y enfermería especialista. *F= frecuencia absoluta; % = porcentaje.*

Durante el proceso de rondas sucesivas para la validación del instrumento, los jueces hicieron sugerencias cualitativas que permitieron depurar o modificar ítems, con el propósito de mejorar la precisión del instrumento. El panel de expertos evaluó la segunda versión del instrumento con 161 ítems, bajo los criterios de coherencia, relevancia y claridad. La evaluación del panel experto se realizó con una escala tipo Likert de 5 puntos como lo muestra la Tabla 6. En la primera ronda se identificaron ítems con redundancia conceptual o excesiva carga terminológica, lo que derivó en la eliminación de 7 ítems y la reestructuración de 58 de los 161 ítems. El instrumento

depurado fue devuelto con 154 ítems al panel de expertos como la tercera versión, con las adecuaciones técnicas propuestas en la primera ronda. Los jueces analizaron la adecuación, alcanzando cambios significativos, aunque sugiriendo ajustes en la dimensión uno, dimensión tres y dimensión cuatro; con el propósito de lograr la reducción de ítems. Finalmente se ejecutó la tercera ronda de consenso interjueces, consolidando la estructura de la cuarta versión del instrumento, este proceso permitió reestructurar y unificar, para reducir a 88 el número de los ítems, logrando un alto índice de acuerdo interjueces. Este proceso permitió reducir el 45% de los ítems respecto al número original; logrando así optimizar el tiempo de llenado y la fatiga cognitiva en el personal de enfermería evaluador.

Tabla 6*Evolución y depuración de ítems a través de las tres rondas*

Dimensión	Denominación de la AESP	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
Dimensión 1	Identificación del paciente (CSG, 2023).	21 ítems	21 ítems	10 ítems
Dimensión 2	Comunicación efectiva (CSG, 2023).	21 ítems	19 ítems	12 ítems
Dimensión 3	Seguridad en el proceso de medicación (CSG, 2023).	35 ítems	36 ítems	18 ítems
Dimensión 4	Seguridad en los procedimientos (CSG, 2023).	33 ítems	24 ítems	16 ítems
Dimensión 5	Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) (CSG, 2023).	18 ítems	18 ítems	9 ítems
Dimensión 6	Reducción del riesgo de daño por causa de caídas (CSG, 2023).	18 ítems	16 ítems	7 ítems
Dimensión 7	Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela (CSG, 2023).	11 ítems	12 ítems	6 ítems
Dimensión 8	Cultura de seguridad del paciente (CSG, 2023).	8	8	10
Total, de ítems		161	154	88

Nota. Distribución de los ítems del instrumento según sus dimensiones de medición. El instrumento consta de un total de 161 ítems; en la ronda 1; 154 ítems en la ronda 2 y 88 ítems para la ronda 3. Distribuidos entre las dimensiones analizadas.

Fuente.

Los datos anteriores demuestran la utilidad de la técnica Delphi para alcanzar consenso entre expertos y fortalecer la validez de contenido del instrumento mediante la selección de los reactivos más representativos de cada dimensión evaluada. Para el análisis de los resultados de la validación de jueces, se consideraron los ajustes cualitativos recomendados por el panel. El destino de los reactivos se determinó bajo las siguientes directrices.

Aceptación definitiva: ítems que obtenían puntaje de 5 y que no obtuvieran sugerencias por parte de los expertos.

Modificación y reestructuración: ítems que obtengan una puntuación menor o a 5, pero que acumulen observaciones cualitativas o puntajes limítrofes en algún criterio específico de coherencia, relevancia o claridad.

Eliminación definitiva: ítems cuya evaluación fuera menor a 3 en relevancia conceptual, así como sugerencia de eliminar por el panel.

Para la cuantificación de las respuestas por parte de los jueces expertos, se diseñó una escala de medición tipo Likert de cinco puntos de asignación, donde el valor 1 corresponde a una percepción “inaceptable” y el valor 5 representa un nivel “excelente”, como se muestra en la Tabla 8. El índice de acuerdo entre los jueces fue cuantificado mediante el Coeficiente V de Aiken, se estableció como umbral de aceptación un valor de 0.80. Los resultados del análisis de la tercera ronda y consenso final interjueces, arrojaron coeficientes que oscilaron entre 0.94 y 1.00, como se detallan en la Tabla 7, demostrando que la traducción operativa de los lineamientos de la DGCES a los ítems del instrumento posee una validez de contenido teórica y metodológica óptima para ser aplicada en la población de estudio

Tabla 7

Escala tipo Likert y criterios de evaluación utilizados por el panel de expertos

1. Inaceptable	2. Deficiente	3. Regular	4. Bueno	5. Excelente
----------------	---------------	------------	----------	--------------

Nota. Opciones de respuesta y valores asignados en la escala Likert para la ponderación de los ítems.

Tabla 8

Matriz de resultados de la V de Aiken con Intervalo de Confianza (IC), por dimensiones para la validación de contenido

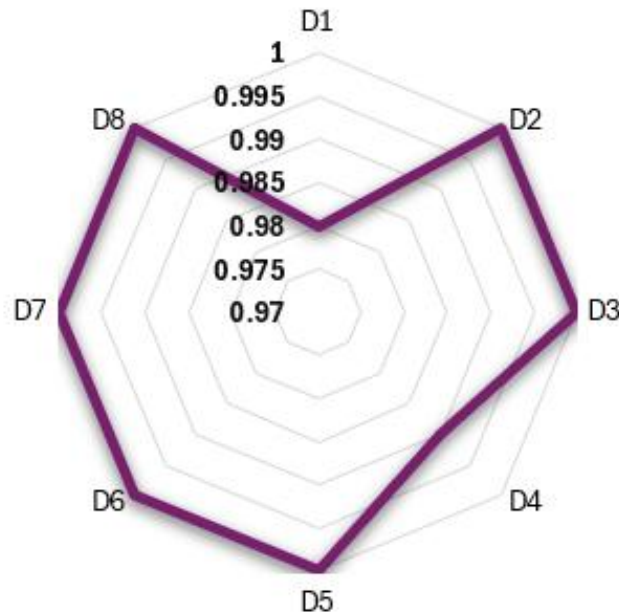
Dimensión	Resultado V de Aiken	IC (LI-LS)
Dimensión 1. Identificación del paciente	0.98	(0.61-0.98)
Dimensión 2. Comunicación efectiva		
Dimensión 3. Seguridad en el proceso de medicación	1	(0.74-1)
Dimensión 4. Seguridad en los procedimientos	1	(0.74-1)
Dimensión 5. Reducción de IAAS	0.99	(0.66-0.99)
Dimensión 6. Reducción del riesgo de daño por causa de caídas	1	(0.74-1)
Dimensión 7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela	1	(0.74-1)
Dimensión 8. Cultura de seguridad del paciente	1	(0.74-1)

Nota. Coeficientes de validez de contenido promediados por dimensión. Coeficiente V de Aiken; IC 95% = intervalo de confianza al 95%; LI= Límite inferior; LS = Límite superior. De acuerdo con el criterio de Penfield y Giacobbi (2004), se estableció como nivel de aceptación conservador un valor de $V \geq 0.80$. Total, de jueces (8), total de ítems (88) correspondientes a la tercera ronda de expertos, versión 5 del instrumento.

Una vez finalizado el procesamiento estadístico de los ítems de forma individual, se procedió a consolidar los puntajes para obtener una perspectiva global del comportamiento del instrumento. este procedimiento permite identificar la solidez conceptual de la variables evaluadas y verificar que el consenso entre los jueces expertos se mantenga homogéneo a lo largo del constructo teórico. A continuación, en la Figura 13, se expone de manera gráfica la distribución de los coeficientes obtenidos por cada dimensión analizada.

Figura 13

Distribución de los coeficientes de V de Aiken obtenidos en cada dimensión del instrumento



Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

En la Figura 13 se presenta el análisis de los coeficientes de V de Aiken consolidados por dimensión, obtenidos a partir de la evaluación del panel de ocho expertos. Al contrastar los resultados con el criterio de aceptación, se evidencia que las ocho dimensiones evaluadas superaron el punto de corte aprobatorio mínimo (0.80). Estos hallazgos demuestran de manera cuantitativa que el instrumento posee una adecuada validez de contenido en sus áreas conceptuales, garantizando que los ítems están correctamente alineados con la variable de estudio.

Figura 14

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 1. Identificación del Paciente

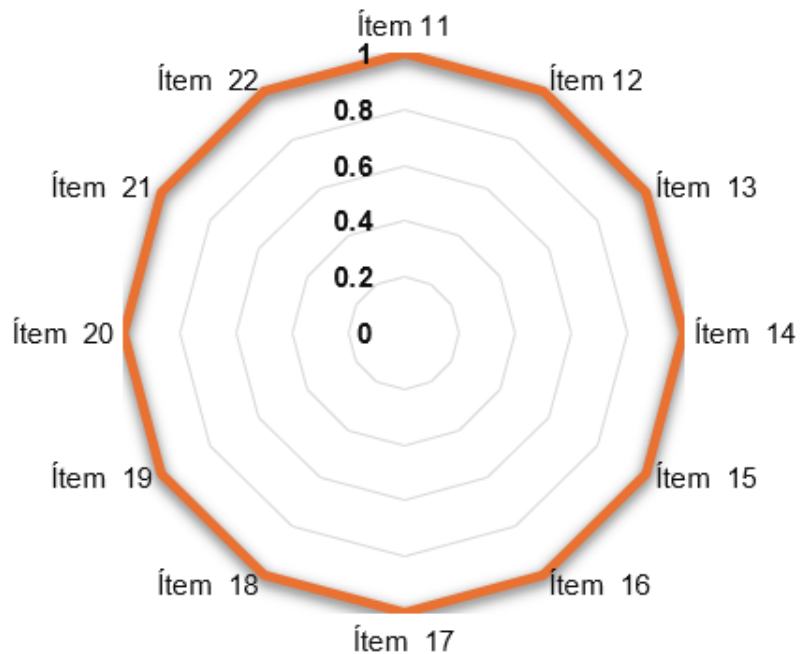


Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

Con respecto al comportamiento específico de los ítems que integran la dimensión 1. Identificación del paciente, la Figura 14 detalla las puntuaciones de V de Aiken obtenidas por cada uno de los 10 ítems evaluados. Al contrastar los datos individuales, se observa un nivel de validez sobresaliente y homogéneo. Los ítems del 5 al 10 alcanzaron una concordancia perfecta, lo que demuestra que los ocho jueces expertos coincidieron unánimemente en la pertinencia estructural y claridad conceptual de los ítems. A pesar de que algunos ítems tienen valores menores, se posicionan dentro del rango de aceptación y validez óptima, no se requirió la eliminación o reestructuración de algún ítem, lo cual permitió estructurar metodológicamente la dimensión para su posterior aplicación a la prueba piloto.

Figura 15

Coefficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 2. Comunicación efectiva

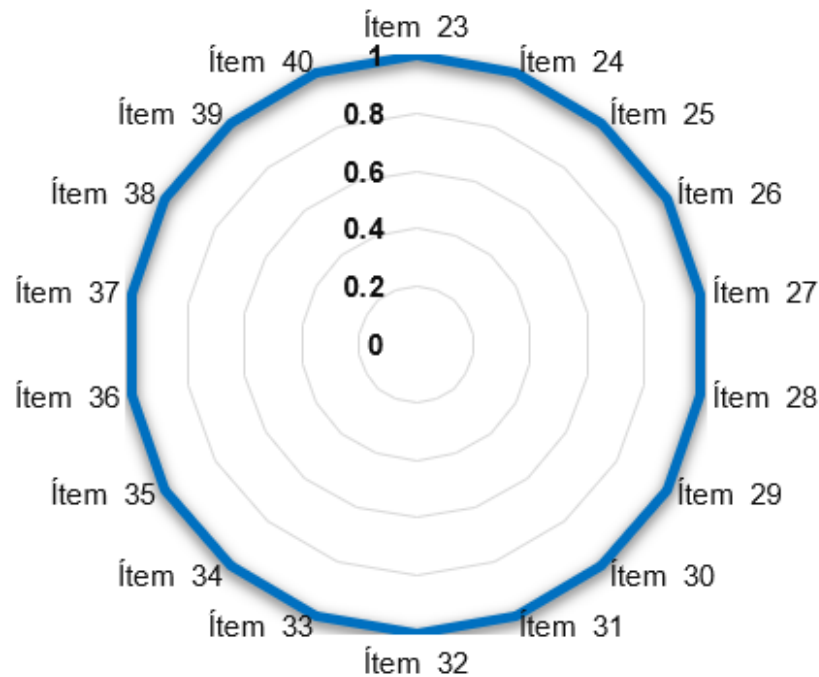


Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

La Figura 15 presenta los resultados obtenidos para los ítems de la dimensión evaluada mediante el coeficiente V de Aiken. Se observa que todos los reactivos alcanzaron valores iguales o muy próximos a 1.0, lo que evidencia un alto grado de consenso entre los expertos respecto a la coherencia, claridad y relevancia de los ítems que conforman la dimensión. Asimismo, no se identificaron reactivos con valores inferiores al criterio de aceptación establecido, lo que indica que los ítems fueron considerados adecuados para representar el constructo evaluado.

Figura 16

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 3. Seguridad en el proceso de medicación



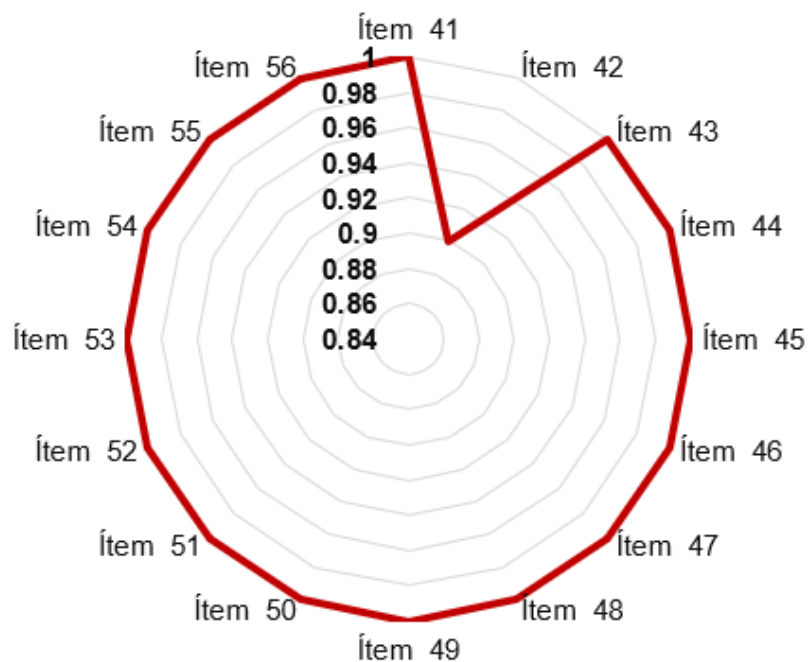
Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

Con respecto al comportamiento específico de los ítems que integran la dimensión 3, la Figura 16 muestra los resultados obtenidos para los ítems 23 al 40 de la dimensión evaluada mediante el coeficiente V de Aiken. Se observa que todos los reactivos presentan valores iguales o cercanos a 1.0, lo que refleja un elevado nivel de acuerdo entre los expertos respecto a la claridad, relevancia y coherencia de los ítems. La distribución homogénea de los valores evidencia la consistencia de las valoraciones

emitidas, sin identificarse reactivos que requieran modificaciones sustanciales o eliminación por insuficiencia en alguno de los criterios evaluados.

Figura 17

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 4. Seguridad en los procedimientos



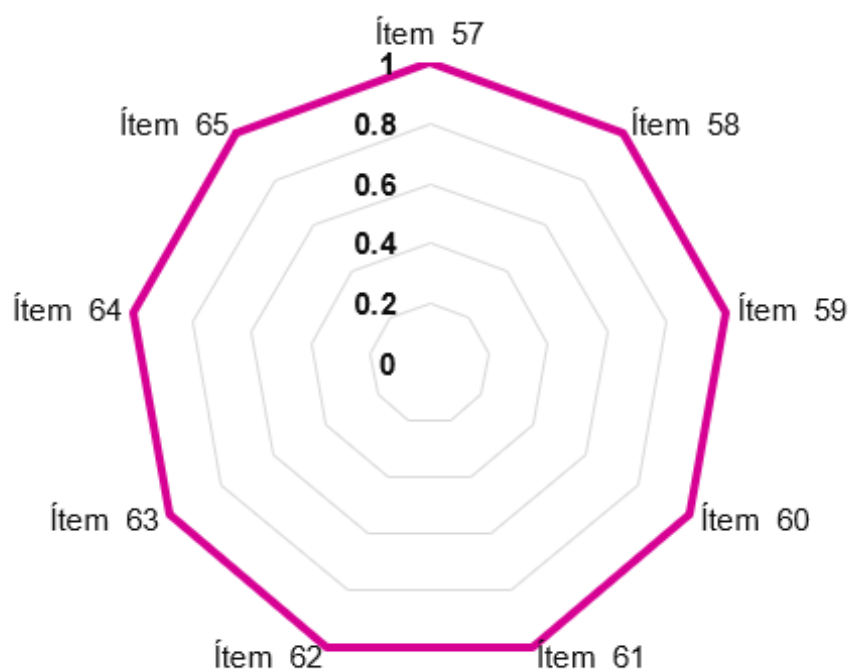
Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

La Figura 17 presenta los valores del coeficiente V de Aiken obtenidos para los ítems 41 al 56 de la dimensión evaluada. En términos generales, se observa que los reactivos alcanzaron valores superiores a 0.90, evidenciando un alto grado de acuerdo entre los expertos respecto a su claridad, pertinencia y relevancia. La mayoría de los ítems

registró coeficientes cercanos a 1.00, lo que refleja una valoración altamente favorable y respalda su representatividad dentro de la dimensión.

Figura 18

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)



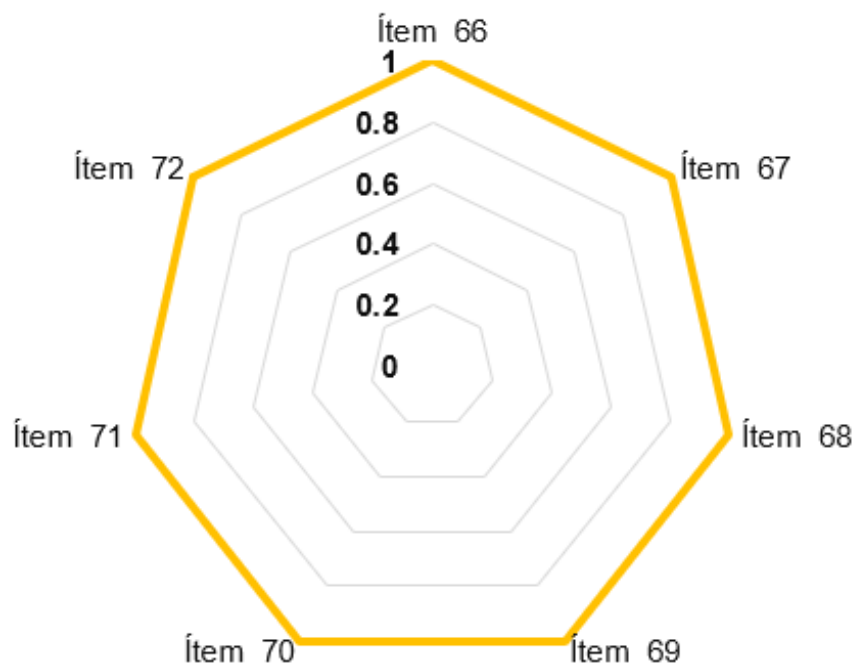
Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

La Figura 18 evidencia que los ítems 57 al 65 alcanzaron un coeficiente V de Aiken de 1.00, indicando consenso absoluto entre los expertos participantes. Este resultado demuestra que los reactivos fueron considerados altamente pertinentes, claros y relevantes para evaluar la dimensión correspondiente, confirmando una

excelente validez de contenido y una adecuada representatividad de los aspectos que se pretende medir.

Figura 19

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas



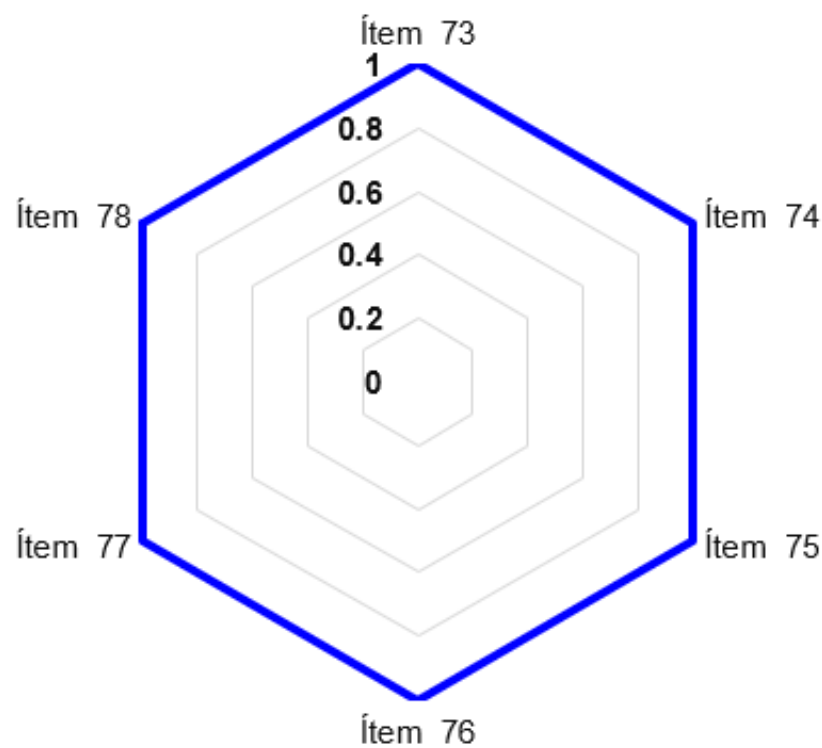
Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

Con respecto al comportamiento específico de los ítems 66 al 72 de la dimensión evaluada. Se observa que todos los reactivos alcanzaron valores cercanos a 1.00, evidenciando un alto nivel de concordancia entre los expertos respecto a la claridad, coherencia y relevancia de los ítems. La distribución homogénea de los coeficientes

indica que los reactivos fueron valorados favorablemente y representan adecuadamente los aspectos que conforman la dimensión analizada. Asimismo, no se identificaron ítems con valores inferiores a los criterios de aceptación establecidos, lo que demuestra la consistencia de las valoraciones emitidas por los expertos.

Figura 20

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela



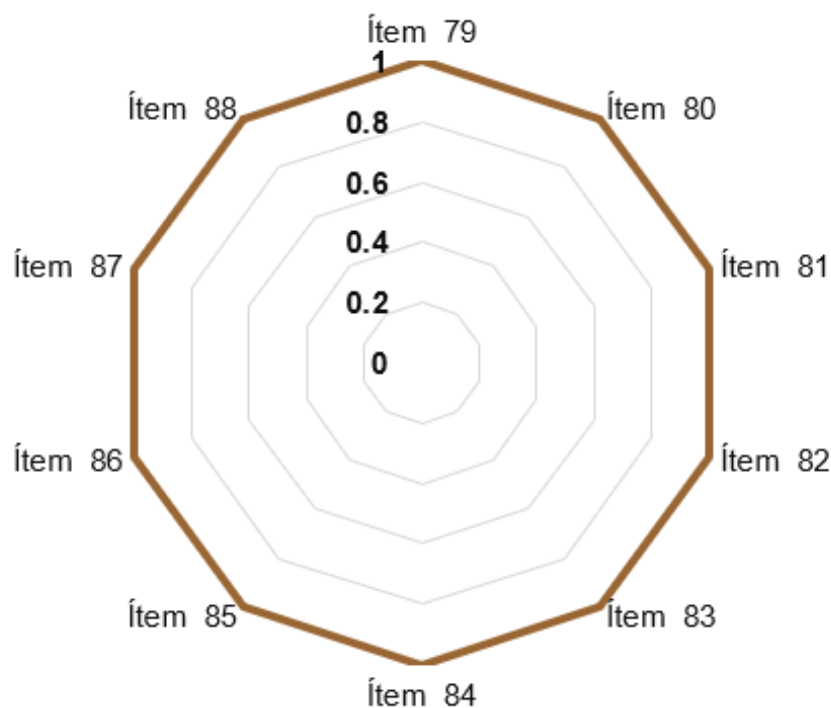
Nota. Comparativa visual de los puntajes de validez de contenido por dimensión; n=8 jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

La Figura 20 muestra los resultados del coeficiente V de Aiken correspondientes a los ítems 73 al 78 de la dimensión evaluada. Se observa que todos los reactivos alcanzaron valores de 1.00, evidenciando un consenso absoluto entre los expertos respecto a la claridad, coherencia y relevancia de los ítems. La uniformidad de los

resultados indica que cada reactivo fue considerado adecuado para representar los componentes de la dimensión evaluada, sin identificarse observaciones que justificaran modificaciones o eliminación de algún ítem.

Figura 21

Coeficientes de V de Aiken obtenidos por ítems para la Dimensión 8. Cultura de seguridad del paciente



jueces expertos. Los valores se evalúan bajo el criterio de Penfield Giacobbi (2004), donde los puntajes iguales o superiores a 0.80 indican un nivel de concordancia y validez aprobatorios para los ítems de la dimensión.

La Figura 21 presenta los resultados del coeficiente V de Aiken correspondientes a los ítems 79 al 88 de la dimensión evaluada. Se observa que todos los reactivos alcanzaron valores muy próximos a 1.00, reflejando un elevado nivel de consenso entre los expertos respecto a la claridad, coherencia y relevancia de los ítems. La distribución

homogénea de los coeficientes evidencia que los reactivos fueron valorados favorablemente y considerados representativos de los aspectos que integran la dimensión analizada. Asimismo, no se identificaron ítems con valores inferiores a los criterios de aceptación establecidos, lo que confirma la consistencia de las valoraciones emitidas por los expertos y respalda la calidad de los reactivos incluidos. Estos resultados fortalecen la validez de contenido de la dimensión y justifican la permanencia de los ítems en la versión final del instrumento.

De manera general, los resultados obtenidos mediante el coeficiente V de Aiken en la tercera ronda de consenso interjueces, evidenciaron altos niveles de acuerdo entre los expertos en todas las dimensiones que conforman el instrumento. La mayoría de los reactivos alcanzó valores cercanos o iguales a 1.00, lo que demuestra que fueron considerados claros, coherentes y relevantes para evaluar el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Asimismo, las observaciones emitidas durante las rondas de validación permitieron fortalecer la redacción, precisión y representatividad de los ítems, contribuyendo al refinamiento progresivo del instrumento. En conjunto, estos hallazgos respaldan la adecuada validez de contenido de la versión final integrada por 88 reactivos, distribuidos en ocho dimensiones. Una vez concluida esta etapa de validación por juicio de expertos, se procedió a la realización de la prueba piloto con el propósito de evaluar la comprensión, aplicabilidad y consistencia preliminar del instrumento en una muestra de participantes con características similares a la población de estudio.

Quinta fase

Prueba piloto

Una vez consolidada la quinta versión del instrumento con 88 ítems validada por juicio de expertos, se procedió a evaluar la confiabilidad a través de una prueba piloto. El instrumento fue aplicado a una muestra de 32 participantes de enfermería del entorno clínico de un Hospital de segundo nivel. Esta fase tuvo como propósito evaluar la comprensión de los ítems en condiciones reales, estimar el tiempo promedio de llenado y detectar posibles ambigüedades en la escala de respuesta (tipo Likert de 0 a 3) como se muestra en la Tabla 9. Los resultados de la prueba piloto demostraron una buena aceptabilidad del instrumento por parte del personal de enfermería, se logró registrar un tiempo promedio de 15 a 20 minutos para la evaluación completa del instrumento. Sin embargo, se reportaron algunos ajustes cualitativos para una comprensión fluida de la terminología técnica.

Tabla 9

Escala tipo Likert para evaluación del instrumento

0. No aplica	1. No cumple	2. Cumple parcialmente	3. Cumple totalmente
--------------	--------------	------------------------	----------------------

Nota. Opciones de respuesta y valores asignados en la escala Likert para la ponderación de los ítems

Sexta fase

Análisis estadístico y propiedades psicométricas

Los resultados de esta fase se presentan en dos etapas, el procesamiento y análisis de los datos derivados de la prueba piloto, y la determinación preliminar de las propiedades psicométricas. Se logro recabar lo presentado en la Tabla 10.

Tabla 10
Perfil sociodemográfico del personal de enfermería

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	6	18 %
Femenino	26	82 %
Grado académico		
Técnico	5	16%
Postécnico	1	3 %
Licenciatura	24	75 %
Maestría	2	6 %
Turno		
Matutino	9	28 %
Vespertino	14	44 %
Jornada especial	9	28 %
Servicio		
Urgencias	5	16 %
Triage	4	13 %
Hospitalización	9	28 %
Quirófano	6	19 %
CEyE	3	9 %
Medicina Preventiva	1	3 %
Lactancia	2	6 %
Módulo de signos vitales	2	6 %

Nota. Datos sociodemográficos y de perfil profesional del panel de jueces espertos (n=8) que participaron en la validación de contenido del instrumento. Los cargos que se consideraron para la selección de jueces fueron jefes de servicio, supervisores de enfermería, coordinadores de enseñanza y enfermería especialista. *F= frecuencia absoluta; % = porcentaje.*

Para complementar los datos de la tabla anterior, el promedio de edad de la muestra fue de 32 más menos 5 con un valor máximo de 60 valor mínimo de 24. Asimismo, los años de experiencia tuvieron un promedio de 25 años más menos 10 con un valor mínimo de 5 y máximo de 20. Respecto a la edad, se observó una media dispersión reflejada por una desviación estándar de 6.91 años, con edades comprendidas entre los 22 y 49 años, lo que representa un rango de 27 años. En relación con la experiencia laboral, los participantes reportaron entre 1 y 28 años de antigüedad profesional, con un rango de 27 años y una desviación estándar de 6.23 años. Estos resultados evidencian una muestra heterogénea tanto en edad como en experiencia laboral, permitiendo contar con la participación de profesionales con diferentes niveles de trayectoria y experiencia en la práctica asistencial, lo que favorece la evaluación del instrumento desde diversas perspectivas.

Para la segunda etapa, se presentan las propiedades psicométricas del instrumento entre las que destacan: el número ítems, dimensiones, formato de respuesta, valores extremos, índices y puntos de corte para la interpretación, Tabla 11.

Tabla 11.

Propiedades psicométricas del Instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las AESP (Grajales, 2026)

Propiedades psicométricas	
No de ítems	88 ítems
No de dimensiones	8 dimensiones (Dimensión 1. Identificación del paciente, dimensión 2. Comunicación efectiva, dimensión 3. Seguridad en el proceso de medicación, dimensión 4. Seguridad en los procedimientos, dimensión 5. Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), dimensión 6. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas, dimensión 7. Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela, dimensión 8. Cultura de seguridad del paciente
Formato de respuesta	Escala tipo Likert (0. No aplica, 1. No cumple, 2. Cumple parcialmente, 3. Cumple totalmente)
Valores extremos	Valor mínimo: 176, valor máximo: 264
Índices	Transformar 0-100
Puntos de corte exploratorios	Cuartil 1: Q1= 71,88; Cuartil 2: Q2 = 87,0; Cuartil 3: Q3 = 96,56. Estos valores corresponden a los percentiles 25, 50 y 75 del índice corregido en la muestra piloto (n = 32). Para la clasificación exploratoria, el primer grupo percentilar se consideró cumplimiento bajo; los grupos segundo y tercero, cumplimiento moderado; y el cuarto grupo, cumplimiento alto.
Coeficiente de confiabilidad	Alfa de Cronbach general 0.97. (Dimensión 1, 0.69; dimensión 2, 0.89; dimensión 3, 0.86; dimensión 4, 0.90; dimensión 5, 0.88; dimensión 6, 0.85; dimensión 7, 0.89; dimensión 8, 0.94)

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la prueba piloto (n= 32). Los puntos de corte se derivaron de la muestra piloto y no constituyen valores normativos ni estimaciones poblacionales.

Al analizar la distribución del personal evaluado sobre el cumplimiento de las AESP, los resultados evidencian un comportamiento heterogéneo. De los 32 participantes que conformaron la muestra, el 25 % (n=8) se ubicó en el nivel de cumplimiento bajo. Asimismo, el 50% (n=16) de los evaluados alcanzó el nivel de cumplimiento alto, mientras que el otro 25% quedo en un nivel de cumplimiento moderado. Por lo que, se demostró un apego optimo de los protocolos de seguridad al situarse en el cuartil superior (superior a 254). Estos resultados resaltan áreas de oportunidad específicas como la necesidad de intervenciones de capacitación o supervisión en materia de seguridad hospitalaria.

Séptima fase

Validación Lingüística

En esta fase, se llevó a cabo la revisión lingüística del instrumento, con el objetivo de garantizar la claridad, coherencia y accesibilidad de los ítems. Se contacto a un lingüista para realizar las observaciones pertinentes para mejorar la fluidez en la lectura y comprensión, se le brindo los ítems del instrumento, en las instrucciones se le solicito que escribiera la corrección sugerida y la justificación de la modificación en la redacción. Este proceso identificó algunas observaciones que el experto lingüista realizo como: cambio de algunos verbos para mejorar la sintaxis, eliminar acrónimos, se agregaron comas y puntos faltantes, se reorganizaron algunas frases. (ver Tabla 12) los cambios de los ítems sugeridos por el experto se presentan en el apéndice 2.

Tabla 12

Modificación en la redacción de los ítems

Categoría	Observaciones
------------------	----------------------

Acrónimos	Se eliminan acrónimos que ya estaban estipulados anteriormente.
Sintaxis	Se realizó nueva sintaxis de algunos ítems
Correcciones de ortografía	Cambio de errores ortográficos (signos de puntuación)

Nota. Estas modificaciones mejoraron la calidad en la redacción de los ítems del instrumento.

VIII. Discusión

Para dar cumplimiento al objetivo de esta investigación, que fue la construcción y validación del Instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Grajales, 2026), el desarrollo de este apartado se estructura a partir de la discusión detallada de los resultados derivados de cada una de las fases de validación especificadas en la metodología.

Segunda fase

Construcción preliminar de los ítems

Para redactar los ítems de la versión 1 del instrumento, tras una revisión de alcance, se utilizó como base los criterios técnicos de verificación y elementos medibles estipulados en el documento oficial emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES, 2023), lo que permitió garantizar la correspondencia entre los reactivos y los estándares nacionales vigentes en materia de seguridad del paciente. Asimismo, se incorporó el modelo de calidad de Donabedian, el cual proporcionó el sustento conceptual para organizar los ítems en función de los componentes de estructura, proceso y resultado, favoreciendo una evaluación integral de las acciones de seguridad. Esta integración de referentes normativos y teóricos fortaleció la validez conceptual del instrumento, al asegurar que los reactivos

representaran de manera adecuada los aspectos esenciales que intervienen en la calidad y seguridad de la atención en los establecimientos de salud. A diferencia de instrumentos desarrollados a partir de percepciones generales sobre la seguridad del paciente, la presente propuesta tomó como referencia estándares oficiales de evaluación, lo que favoreció la pertinencia y representatividad de los ítems. De igual manera, la incorporación del modelo de calidad de Donabedian permitió estructurar el contenido del instrumento bajo una perspectiva integral, considerando elementos relacionados con la estructura organizacional, los procesos asistenciales y los resultados esperados en materia de seguridad del paciente. Esta combinación de referentes contribuyó a fortalecer la solidez teórica y metodológica del instrumento desarrollado. Los resultados del presente estudio son congruentes con lo reportado por Santiago Mijangos et al. (2020), quienes, utilizando el modelo de Donabedian, destacan que la evaluación de la calidad de la atención debe realizarse mediante el análisis integral de la estructura, el proceso y los resultados. Los autores señalan que este enfoque permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la prestación de los servicios de salud, favoreciendo el desarrollo de intervenciones dirigidas a incrementar la seguridad y la calidad del cuidado. En este sentido, la utilización del modelo de Donabedian como fundamento teórico del instrumento desarrollado aporta solidez metodológica y facilita la evaluación objetiva del cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en instituciones hospitalarias.

Cuarta fase

Validación por técnica de jueces

La validación por juicio de expertos fue una etapa crucial para garantizar la validez de contenido del instrumento, este proceso se ejecutó para asegurar la relación de los ítems con el concepto a medir y se procedió al cálculo de V de Aiken para interpretar el índice de acuerdo. Este indicador cuantitativo permitió seleccionar los reactivos con mayor puntaje entre los jueces y tomar decisiones sobre la eliminación o reestructuración de cada ítem. Este procedimiento metodológico no es exclusivo, sino que es una práctica utilizada por otros autores en la validación de instrumentos como Jiménez-Gutiérrez et al. (2018) y Landeros-Olvera et al. (2024) destacan que la participación de especialistas en el área de estudio permite mejorar la precisión conceptual de los reactivos y generar evidencia de validez antes de la aplicación en la población objetivo. Asimismo, referente al coeficiente V de Aiken de 0.9 obtenido, evidencia un adecuado nivel de acuerdo entre los expertos respecto a la claridad, coherencia y relevancia de los reactivos. Este resultado coincide con lo señalado por López Fernández et al. (2019)

Quinta fase

Prueba piloto

La prueba piloto fue una fase esencial para asegurar la claridad y la fiabilidad del instrumento antes de su aplicación a una muestra más robusta; la relevancia de este paso metodológico permitió la detección de deficiencias en la comprensión de los ítems, lo que posibilitó los ajustes necesarios. Los resultados obtenidos durante la prueba piloto complementan los hallazgos de la validación de contenido realizada mediante juicio de expertos. Mientras que la fase Delphi permitió asegurar la claridad, pertinencia y relevancia de los reactivos, la aplicación piloto aportó evidencia empírica sobre su

funcionamiento en condiciones reales de aplicación. La ausencia de dificultades significativas durante el proceso y la adecuada respuesta de los participantes sugieren que el instrumento posee características favorables para su utilización en estudios posteriores orientados a evaluar el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en instituciones hospitalarias.

Sexta fase

Análisis estadístico y propiedades psicométricas

El instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Grajales, 2026), se consolidó con una versión final de 88 ítems, con 8 dimensiones, situación que es adecuada para que los instrumentos sean factibles para poderse aplicar en un tiempo mínimo de 15 a 20 minutos sin que esto interfiera en las actividades operativas o en el cuidado de enfermería y minimiza el sesgo por fatiga del paciente. El formato de respuesta utilizado de tipo Likert de 4 puntos de corte, se acuerdo con las propiedades psicométricas analizadas por Matas en el 2018, evita el fenómeno techo-piso para que pueda haber una variabilidad mas consistente en las respuestas y evita a los participantes forzar una elección y esto reduce el error en los datos al momento de contestar.

Asimismo, esta fase permitió obtener evidencia empírica sobre la calidad del instrumento desarrollado. Los resultados mostraron un comportamiento adecuado de los reactivos, confirmando que los ítems seleccionados poseen la capacidad de medir de manera consistente los constructos asociados al cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. La evaluación de la consistencia interna evidenció niveles satisfactorios de fiabilidad, mientras que los análisis realizados

permitieron corroborar la estructura conceptual propuesta durante las fases de construcción y validación de contenido. Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por González Arroyo y Bermeo Escalona (2024) pues refieren que la consistencia interna constituye uno de los principales indicadores de calidad psicométrica en los instrumentos desarrollados para el ámbito de la salud, donde se reconoce que la combinación de procedimientos cualitativos y cuantitativos fortalece la robustez metodológica de los instrumentos de medición en el ámbito de la salud. Particularmente, los coeficientes de consistencia interna obtenidos (0.91) indican que los reactivos mantienen una adecuada relación entre sí, lo que sugiere que las dimensiones evaluadas presentan homogeneidad y estabilidad en la medición. Este resultado respalda la confiabilidad del instrumento y su potencial utilidad para evaluar el grado de cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención.

En conjunto, los resultados obtenidos durante el análisis estadístico y la evaluación de las propiedades psicométricas permiten afirmar que el instrumento desarrollado cuenta con evidencia suficiente de validez y confiabilidad para su aplicación en contextos hospitalarios. Asimismo, constituye una herramienta metodológicamente sólida para la evaluación del cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, contribuyendo a la identificación de áreas de oportunidad y al fortalecimiento de las estrategias institucionales orientadas a mejorar la calidad y seguridad de la atención.

Séptima fase

Validación Lingüística

La evaluación de la claridad semántica y sintáctica de los ítems se ejecutó mediante un análisis lingüístico riguroso respaldado por un experto en la lengua hispana. Este procedimiento evidenció la importancia de revisar no solo el contenido técnico de los reactivos, sino también la forma en que estos son expresados. Las observaciones realizadas permitieron identificar términos ambiguos, expresiones susceptibles de diferentes interpretaciones y oportunidades de mejora en la redacción de algunos ítems. La incorporación de estas modificaciones favoreció la claridad y precisión del instrumento, aspecto fundamental considerando que una adecuada comprensión de los reactivos constituye un requisito indispensable para obtener mediciones válidas y confiables. Estos resultados coinciden con lo señalado por diversos autores, como Landeros Olvera et al., (2024) y González Arroyo y Bermeo Escalona (2024), quienes destacan que la validación lingüística representa un componente esencial dentro del proceso de construcción y validación de instrumentos, ya que contribuye a reducir errores de interpretación, mejorar la calidad de las respuestas y fortalecer la validez de las mediciones obtenidas. En consecuencia, esta fase complementó la validación de contenido realizada por los expertos y aportó evidencia adicional sobre la pertinencia de los reactivos que integran el instrumento.

La elevada valoración otorgada por los expertos a los ítems relacionados con la prevención de caídas coincide con la evidencia disponible, la cual señala que la identificación temprana de factores de riesgo y la educación dirigida al paciente constituyen estrategias efectivas para disminuir la ocurrencia de caídas durante la hospitalización (Moreira Ximenes et al., 2023)

IX. Conclusiones

La construcción del instrumento para Evaluar el Grado de Cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (Grajales, 2026), representa la operacionalización de los criterios técnicos de verificación y elementos medibles establecidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES, 2023) y en el modelo de calidad de Donabedian.

El proceso de validación de contenido mediante la técnica Delphi permitió alcanzar consenso entre los expertos respecto a la claridad, coherencia y relevancia de los ítems, evidenciado por los adecuados valores obtenidos en el coeficiente de V de Aiken. Este procedimiento contribuyó al refinamiento progresivo del instrumento y a la selección de los ítems más representativos de cada dimensión evaluada.

La validación lingüística favoreció la comprensión, precisión semántica y la adecuación terminológica de los reactivos, reduciendo posibles ambigüedades y fortaleciendo la calidad de la medición en el contexto hospitalario donde será aplicado el instrumento.

La prueba piloto permitió corroborar la factibilidad de la aplicación del instrumento y evidenciar una adecuada comprensión de los reactivos por parte de los participantes, confirmando la pertinencia de su estructura y contenido antes de su aplicación a una muestra más robusta.

La evaluación de las propiedades psicométricas aportó evidencia de validez y confiabilidad, demostrando que los reactivos mantienen una adecuada consistencia y capacidad para medir los constructos relacionados con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

La versión final del instrumento quedo integrada por 88 ítems distribuidos en ocho dimensiones, permitiendo una evaluación integral de los componentes relacionados con la identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad en la medicación, procedimientos seguros, prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud, prevención de caídas, registro y análisis de eventos adversos y cultura de seguridad del paciente.

El instrumento desarrollado constituye una herramienta metodológicamente sólida para evaluar el cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, con potencial para apoyar la identificación de áreas de oportunidad, la implementación de acciones de mejora y el fortalecimiento de la calidad, la seguridad de la atención en establecimientos hospitalarios asimismo contribuirá en la formación de los profesionales de enfermería.

Finalmente, el presente estudio aporta un instrumento válido y confiable para la evaluación del cumplimiento de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente en hospitales de segundo y tercer nivel de atención en México, contribuyendo a cubrir una necesidad identificada en el ámbito de la seguridad del paciente y proporcionando una herramienta útil para la gestión de la calidad, la toma de decisiones y la mejora continua de los servicios de salud.

X. Referencias bibliográficas

- Alrawaili, A. S. D., Alanazi, B. M., Alharbiy, H. R., Alruwaili, M. F. M., Alkhamali, M. Z. K., Alruwaili, H. O. S., & Alrawili, E. Z. A. (2024). The importance of proper patient identification. *Gland Surgery*, 9(2), 300–308.
- Arzola-Franco, D. M. (2017). Evaluación, pruebas estandarizadas y procesos formativos: Experiencias en escuelas secundarias del norte de México. *Educación*, 26(50), 28–46. <https://doi.org/10.18800/educacion.201701.002>
- Athié-Gutiérrez, C., & Dubón-Peniche, M. C. (2020). Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cirugía y Cirujanos*, 88(2), 219–232. <https://doi.org/10.24875/CIRU.18000625>
- Balderas Sánchez, A. V., Cruz Navarro, C., Zapata Garay, N., & Salazar Mata, J. M. (2022). La validación por juicio de expertos como estrategia para medir la confiabilidad de un instrumento. *Tectzapic*, 8(1), 9.
- Bernal-García, M. I., Salamanca Jiménez, D. R., Perez Gutiérrez, N., & Quemba Mesa, M. P. (2020). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*, 21(6), 349–356. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008>
- Brunelli, M. V., Fajreldines, A. V., Catalán, L., & Kappes, M. (2026). El fenómeno de segunda víctima en Latinoamérica: una revisión de alcance. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 34, e4827. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7978.4827>
- Burgueño Alcalde, F., Rodríguez Sánchez, D. A., Cedillo Carrión, C. J., & Ordoñez Montero, C. C. (2021). Percepción de la calidad de cuidados de enfermería en pacientes oncológicos del austro ecuatoriano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(7), 704–710. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5752240>
- Calero Ricardo, J. L., González Rangel, M. Á., Collazo Ramos, M. I., & Travieso González, Y. (2022). El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(1), e4711.

- Castro-González, L. V., Martínez-Contreras, A. M., Caro, V. J., Barreras-Serrano, A., & Dautt-Silva, J. (2020). Errores de medicación en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Medicina Interna de México*, 36(6), 751–758. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3410>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Consejo de Salubridad General, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2023, 16 de junio). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente: Actualización 2023*. Secretaría de Salud, México. Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf
- Consejo de Salubridad General. (2017). *Las acciones esenciales para la seguridad del paciente*. Consejo de Salubridad General. https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/14.1_Acciones_Esenciales_para_la_Seguridad_de_paciente_ModeloSP-CSG.pdf
- Consejo de Salubridad General. (2023). Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) (Versión 30-06-2023). Consejo de Salubridad General. <https://www.csg.gob.mx>
- Cuevas Guajardo, L., & Guillén Cadena, D. M. (2012). Breve historia de la enfermería en México. *CuidArte*, 1(1), 62–70. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2012.1.1.69068>
- Diario Oficial de la Federación. (16 de junio 2023) Acuerdo que modifica el anexo único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del paciente. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023#gsc.tab=0

- Díaz Rincon, M., Arango Franco, P. C., Vergel Torrado, J. A., & Lora Díaz, O.L (2025). Validación de contenido de un cuestionario sobre percepciones del personal de salud acerca de las tecnologías. *Revista Cuidarte*, 16(1), e4145. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4145>
- Febré, N., Mondaca-Gómez, K., Méndez-Celis, P., Badilla-Morales, V., Soto-Parada, P., Ivanovic, P., Reynaldós, K., & Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: Su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278–287.
- García Aretio, L. (2020, 13 de mayo). Instrumentos y técnicas de evaluación. Contextos Universitarios Mediados. <https://aretio.hypotheses.org/4244>
- Gómez-Torres, D., Gómez-Alcántara, K. S., Maris-Peres, A., & Méndez-Salazar, V. (2023). Habilidades de la enfermera de enlace para gestionar el alta del paciente. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(3), 9-19. <https://doi.org/10.22463/17949831.3841>
- González Arroyo, A. P., & Bermeo Escalona, J. R. (2024). Metodología para la construcción y validación de instrumentos en el área de la salud. *Ibn Sina: Revista Electrónica Semestral en Ciencias de la Salud*, 15(1). <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina>
- Hernández-Herrera, D. E., Turrubiates-Piña, A. A., Villarreal-Ríos, E., Vega-Infante, E., Morelos-García, E. N., & Castañeda-Hidalgo, H. (2021). Seguridad del paciente: percepción de estudiantes de una universidad pública. *Enfermería Universitaria*, 18(2), 91–100. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1037>
- Herrera Masó, J. R., Calero Ricardo, J. L., González Rangel, M. Á., Collazo Ramos, M. I., & Travieso González, Y. (2022). El método de consulta a expertos en tres niveles de validación. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(1), e4711. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4711>
- Landaeta Mendoza, C. J. (2024). Manual: Proceso de validación de instrumentos de investigación científica. Universidad Privada San Francisco de Asís, Instituto de Investigación e Interacción Social. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13386307>
- Landeros-Olvera, E. A., Morales-Cruz, A. L., Lozada-Perezmitre, E., Galicia-Aguilar, R. M., & Antonio-González, G. (2024). Validación y adaptación de instrumentos

- psicométricos para el avance de la investigación en enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(3), 281–290. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i3.439>
- Lara-Jaque, Roxana, Lorca-Nachar, Alfredo, Faúndez-Aedo, Matías, Montecinos-Guíñez, Daniela, Torres-Reyes, Wladimir, & de La Fuente-Álvarez, Felipe. (2024). Propuesta metodológica para la adaptación del Instrumento de Autoevaluación del Liderazgo mediante Delphi. *Index de Enfermería*, 33(3), e14794. Epub 13 de diciembre de 2024. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20246882>
- Ley Leyva, N. V., & Espinoza Freire, E. E. (2021). Características de la evaluación educativa en el proceso de aprendizaje. *Universidad y Sociedad*, 13(6), 363–370. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- López Fernández, R., Avello Martínez, R., Palmero Urquiza, D. E., Sánchez Gálvez, S., & Quintana Álvarez, M. (2019). Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(2 Suppl.), 441–450.
- López Ramírez, E., Sifuentes Valenzuela, M. C., Lucero Rodríguez, R., Aguilar, S. L., & Perea González, G. P. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias*, 9(23), e23.77710. <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>.
- Macas Tapia, R. I., Rivera Yanza, K. E., & Sotomayor-Preciado, A. M. (2025). Percepciones y prácticas en la gestión de calidad de los niveles de atención aplicando el modelo de Donabedian: Análisis comparativo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(1). <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3466>
- Macas Tapia, R. I., Rivera Yanza, K. E., & Sotomayor-Preciado, A. M. (2025). Percepciones y prácticas en la gestión de calidad de los niveles de atención aplicando el modelo de Donabedian: análisis comparativo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(1), 1943–1955. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3466>
- Mancilla Ramírez, J. (2021). Evaluación de la calidad en unidades de salud en México. *Horizonte Sanitario*, 20(1), 7–9. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n1.4149>

- Mateo Cervera, A., & Fernández Carrasco, S. (2023). Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Evidencia comentada. *ENE. Revista de Enfermería*, 17(3). <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1476>
- Meijome Sánchez, X. M. (2011). Errores de identificación de pacientes. *Enfermería Clínica*, 21(5), 295–296. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.006>
- Mejía-Salas, M. A., Morales-Pérez, M., & Osorio-Espinoza, A. (2024). Estudio retrospectivo de errores de medicación y su impacto en la seguridad del paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 23(1), 13–20. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.23000068>
- Moayed, M. S., Khalili, R., Ebadi, A., & Parandeh, A. (2022). Factors determining the quality of health services provided to COVID-19 patients from the perspective of healthcare providers: Based on the Donabedian model. *Frontiers in Public Health*, 10, 967431. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.967431>
- Morales-Aguilar, Rosa, Jinete-Acendra, Janeth, Barraza-Ospino, Damar, Manuel-Ferrer, Ana, Parody-Muñoz, Alexander, & Hernández-Cuello, Karla. (2024). Validación de contenido de un instrumento para estudio de adherencia al protocolo de prevención de lesiones por presión. *Gerokomos*, 35(3), 188-196. Epub 19 de marzo de 2025. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2024000300009>.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organización Internacional de Normalización. (2015). ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad: Fundamentos y vocabulario. <https://www.iso.org/standard/45481.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Seguridad del paciente: *Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente*. Informe del Director General (A72/26). 72.^a Asamblea Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
- 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. who.int

- Organización Mundial de la Salud. (2024, 12 de septiembre). Seguridad del paciente. who.int
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–580. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>
- Paladines Tene, F. J., Contreras Briceño, J. I. Ó., Elizalde Ordóñez, H., & López Loján, C. V. (2022). Influencia del género en la práctica asistencial de Enfermería: Revisión sistemática. Pro Sciences: *Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(44), 44–52. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss44.2022pp44-52>
- Palomino Sahuíña, M. L., Machuca Quispe, M. M., & Munayco Mendieta, J. R. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(4), e3262.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. En E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. doi.org
- Poblete-Troncoso, M. del C., Miño-González, C. G., Marchant-Fuentes, C., & Arancibia-Pacheco, M. T. (2020). Sobrecarga, equivocación, falta de capacitación: Factores contribuyentes en errores de medicación en hospital público chileno. *Index de Enfermería*, 29(3), 135–140.
- Ramírez Arias, J. L., Ocampo Lujano, R., Pérez Páez, I., Velázquez Trinidad, D., & Yarza Solórzano, M. E. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 9(3), 167–174. <https://www.medigraphic.com/actamedica>
- Riera-Vázquez, N. A., Gutiérrez-Alba, G., Reyes-Morales, H., Pavón-León, P., Gogeoascoechea-Trejo, M. C., & Muñoz-Hernández, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(4), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003>
- Sacristán Ramírez, C. (2022). Historia de la enfermería en México: Un enfoque historiográfico. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, (64), 223–248. <https://doi.org/10.22201/iih.24485004e.2022.64.77734>

- Santiago Mijangos, A. D., Jiménez Zúñiga, E. A., Pérez Fonseca, M., & Hernández Martínez, A. (2020). Calidad del cuidado de enfermería desde el enfoque de Donabedian en pacientes hospitalizados con dolor. *Ciencia y Enfermería*, 26, 26. <https://doi.org/10.29393/CE26-19CCAS40019>
- Saturno-Hernández, P. J. (2024). La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 66, 644–652. <https://doi.org/10.21149/15725>
- Secretaría de Salud. (2017, 8 de septiembre). Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Diario Oficial de la Federación. dof.gob.mx
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
- Serrano-Berrones, Miguel A., Barragán-Padilla, Sergio B., & García-Avelino, María T.. (2024). Supervisión de las acciones esenciales de seguridad del paciente en las unidades médicas en una institución de salud. *Cirugía y cirujanos*, 92(2), 236-241. Epub 02 de agosto de 2024. <https://doi.org/10.24875/ciru.23000075>
- Silveira, S. E., Tomaschewski-Barlem, J. G., Tavares, A. P. M., Paloski, G. de R., Feijó, G. de S., & Cabral, C. N. (2023). Impactos de los incidentes de seguridad del paciente en enfermería: una mirada a la segunda víctima. *Revista de Enfermería UERJ*, 31(1), e73147. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>
- Silveira, S. E., Tomaschewski-Barlem, J. G., Tavares, A. P. M., Paloski, G. R., Feijó, G. S., & Cabral, C. N. (2023). Impacts of patient safety incidents on nursing: A look at the second victim. *Revista Enfermagem UERJ*, 31, e73147. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.73147>
- Tirado Trujillos, M. Á., Rodríguez Gómez, J. Á., Novo Muñoz, M. M., & Castillo Méndez, M. J. (2024). Caídas de pacientes durante su ingreso en un hospital universitario: Circunstancias y lesiones asociadas. *ENE. Revista de Enfermería*, 18(2). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/3589>
- Velásquez-Vergara, S. M., Arroyave-Álvarez, E. O., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). El rol de los hombres en enfermería: Una revisión histórica-narrativa. *Revista CES Enfermería*, 2(1), 21–34. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.2.1.2>

- Villasís-Keever, M. Á., Márquez-González, H., Zurita-Cruz, J. N., Miranda-Novales, G., & Escamilla-Núñez, A. (2018). El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. *Revista Alergia México*, 65(4), 414–421. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.560>
- Villa-Velásquez, J., Araya, A.-X., Reynaldos-Grandón, K., Rivera-Rojas, F., & Valencia-Contrera, M. (2023). Evaluación del modelo de calidad de Donabedian en base a los criterios de Chinn y Kramer. *Horizonte de Enfermería*, 34(2), 203–215. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.203-215
- Ximenes, M. A. M., Cavalcante, F. M. L., Oliveira, I. K. M., Galindo Neto, N. M., Caetano, J. Á., & Barros, L. M. (2023). Impacto de la intervención educativa en la percepción de pacientes hospitalizados con riesgo de caídas y factores asociados. *Enfermería Global*, 22(69), 38–53. <https://doi.org/10.6018/eglobal.515381>

