

**Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente y su Relación con la Reducción de Eventos
Adversos en Hospitales de Tercer Nivel en Colombia:**

Revisión Documental

Luisa María Muñoz Montaña

Asesor

Claudia Angelica Dazza Pineda

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

Escuela de Ciencias de la Salud - ECISA

2025

Resumen

Antecedentes: La seguridad del paciente es un pilar de la calidad asistencial y una prioridad de salud pública. En hospitales de tercer nivel, la complejidad diagnóstica y terapéutica incrementa el riesgo de daño, por lo que la cultura de seguridad adquiere un rol determinante.

Objetivo: Analizar la cultura de seguridad del paciente y su relación con la reducción de eventos adversos en hospitales de tercer nivel en Colombia mediante una revisión documental de literatura científica y técnica reciente. **Métodos:** Revisión narrativa estructurada de documentos publicados entre 2019 y 2025 en fuentes internacionales y nacionales, con énfasis en estudios hospitalarios y guías técnicas, organizando los hallazgos por dimensiones culturales y por tipo de evento adverso. **Resultados:** Se observó una asociación consistente entre culturas organizacionales más sólidas y menores tasas de eventos adversos, especialmente infecciones asociadas a la atención, errores de medicación, caídas y complicaciones perioperatorias. En Colombia, la cultura de seguridad presenta un desarrollo de incipiente a intermedio, con fortalezas en trabajo en equipo intramuros y aprendizaje organizacional, y debilidades persistentes en respuesta no punitiva, comunicación abierta, retroalimentación tras el reporte y coordinación entre unidades. **Conclusiones:** Fortalecer dimensiones culturales clave, integrar sistemas de reporte y aprendizaje no punitivos, y alinear liderazgo, dotación y prácticas seguras se asocia con disminuciones medibles de eventos adversos. Se propone un sistema de indicadores que combine seguimiento de cultura y resultados clínicos para guiar la mejora continua.

Palabras clave: Cultura de la seguridad del paciente; Eventos adversos; Hospitales tercer nivel; Colombia; Revisión documental

Abstract

Background: Patient safety is a cornerstone of healthcare quality. In tertiary hospitals, clinical complexity increases the risk of harm, making patient safety culture crucial. **Objective:** To analyze patient safety culture and its relationship to adverse event reduction in Colombian tertiary hospitals through a structured documentary review. **Methods:** Narrative review of scientific and technical literature from 2019 to 2025 across international and national sources, emphasizing hospital-based studies and guidelines; findings were organized by cultural dimensions and by type of adverse event. **Results:** A consistent association was found between stronger organizational safety cultures and lower adverse event rates, particularly healthcare-associated infections, medication errors, inpatient falls, and perioperative complications. In Colombia, safety culture ranges from emerging to intermediate maturity, with strengths in intraunit teamwork and organizational learning, and persistent weaknesses in nonpunitive response, open communication, feedback after reporting, and interunit coordination. **Conclusions:** Strengthening key cultural dimensions, implementing nonpunitive reporting and learning systems, and aligning leadership, staffing, and safe practices are associated with measurable reductions in adverse events. A composite indicator system is proposed to jointly monitor culture and clinical outcomes and drive continuous improvement..

Keywords: Patient safety culture; Adverse events; Tertiary hospitals; Colombia; Documentary review

Tabla de Contenido

Introducción	8
Planteamiento del Problema	10
Justificación	12
Objetivos	14
Marco Teórico o Referencial	15
Marco Normativo	24
Metodología de la Revisión Documental.....	29
Resultados de la Revisión	32
Discusión.....	41
Conclusiones	43
Referencias Bibliográficas	45

Lista de Tablas

Tabla 1. Clasificación de incidentes y eventos adversos	21
Tabla 2. Principales normativas colombianas sobre seguridad del paciente	27
Tabla 3. Estudios y documentos clave sobre cultura de seguridad y eventos adversos...	32
Tabla 4. Mapeo de dimensiones culturales, prácticas documentadas y efectos reportados	36
Tabla 5. Prácticas seguras priorizadas según el tipo de evento adverso.	37

Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de documentos (PRISMA adaptado).....	30
Figura 2. Mapa de calor cualitativo de dimensiones de cultura por área clínica con base en la literatura revisada	33
Figura 3. Diagrama conceptual que conecta dimensiones de cultura con prácticas seguras y la reducción de eventos adversos.	39

Lista de Apéndices

Apéndice A. Matriz de extracción de datos	48
Apéndice B. Protocolo de búsqueda y cribado de la literatura	54

Introducción

La seguridad del paciente se consolidó globalmente como prioridad tras evidenciarse que una proporción significativa de daños en la atención hospitalaria es prevenible. La literatura internacional reciente describe la atención insegura entre las principales causas de morbilidad y mortalidad evitables, con impactos clínicos, éticos y económicos que presionan a los sistemas de salud para instaurar prácticas y entornos más confiables. En este marco, la cultura de seguridad del paciente, entendida como el conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos que orientan cómo las organizaciones identifican, comunican y gestionan riesgos, emerge como un determinante transversal del desempeño en seguridad.

Los hospitales de tercer nivel concentran procesos de alta complejidad, múltiples servicios críticos y equipos interdisciplinarios. Esta complejidad, si no se gobierna con una cultura organizacional madura, amplifica vulnerabilidades en transiciones de cuidado, manejo de tecnologías, administración de medicamentos de alto riesgo y procedimientos quirúrgicos complejos. La evidencia acumulada muestra que las instituciones con liderazgo comprometido, trabajo en equipo sólido, comunicación abierta, aprendizaje organizacional y respuesta no punitiva ante el error presentan menores tasas de eventos adversos. Por el contrario, culturas punitivas y fragmentadas favorecen el subregistro, invisibilizan señales tempranas de riesgo y limitan la eficacia de los protocolos.

En Colombia, la política pública ha reconocido desde hace más de una década la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente y su cultura organizacional, integrándola a los sistemas de calidad. Sin embargo, estudios recientes en entornos hospitalarios muestran avances heterogéneos: existen unidades con fortalezas claras en trabajo en equipo intramuros y compromiso gerencial, mientras persisten brechas en coordinación entre servicios, comunicación

franca y retroalimentación útil tras la notificación de incidentes. Esta dualidad plantea un reto y una oportunidad: alinear lo normativo y lo técnico con factores culturales que sostengan prácticas seguras en el tiempo.

Esta monografía examina la relación entre cultura de seguridad y resultados clínicos con foco en hospitales de alta complejidad del país, articulando la evidencia internacional con hallazgos locales. El propósito no es únicamente describir asociaciones, sino traducirlas en implicaciones operativas: dónde intervenir primero, qué dimensiones culturales impactan más cada tipo de evento adverso y cómo medir, de forma integrada, cultura y resultados para retroalimentar la gestión. El documento también clarifica conceptos prácticos como el mapa de evidencia por tipo de evento adverso y la síntesis temática por dimensiones culturales, herramientas útiles para ordenar la evidencia y orientar decisiones. Finalmente, se propone un sistema de indicadores que une clima cultural y desenlaces clínicos, facilitando la mejora continua y el gobierno clínico en instituciones de alta complejidad.

Planteamiento del Problema

Los eventos adversos en la atención sanitaria representan un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. La Organización Mundial de la Salud reporta que 1 de cada 10 pacientes sufre daños durante la atención, lo que se traduce en más de 3 millones de muertes al año por atención insegura (OMS, 2023). En los países de ingresos bajos y medianos – categoría en la que se incluye Colombia – hasta *4 de cada 100 pacientes hospitalizados fallecen* a causa de eventos adversos que podían haberse evitado (OMS, 2023). Más de la mitad de estos incidentes son prevenibles, lo que subraya la importancia de implementar prácticas seguras y sistemas eficaces de prevención de errores. Colombia no es ajena a esta problemática: desde 2008 el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado la Política Nacional de Seguridad del Paciente para reducir los riesgos en la atención, y normativas recientes (p. ej., Resolución 0256 de 2016 y Resolución 3100 de 2019) han establecido indicadores y estándares de calidad enfocados en la seguridad del paciente. A pesar de estos esfuerzos, estudios locales evidencian que la ocurrencia de eventos adversos en hospitales de alta complejidad sigue siendo significativa. Por ejemplo, una investigación en un hospital de Bogotá encontró eventos adversos en el 34,4% de las historias clínicas analizadas, de los cuales aproximadamente el 60% eran *evitables* (Parra et al., 2017). Este dato es alarmante y refleja que, incluso contando con protocolos clínicos y tecnología avanzada, persisten brechas en la cultura de seguridad. Entre las fallas culturales señaladas están el temor del personal a reportar errores por posibles represalias y la insuficiente dotación de personal, factores que incrementan el riesgo de incidentes (Flores González et al., 2021). Adicionalmente, la OPS ha lanzado la *Estrategia de Seguridad del Paciente 2021-2030* con el objetivo de eliminar el daño evitable en la atención sanitaria, enfatizando que una cultura organizacional sólida es clave para lograr dicho fin. En este

contexto, resulta pertinente cuestionarse: ¿Cómo se relaciona la cultura de seguridad del paciente con la disminución de eventos adversos en hospitales de tercer nivel en Colombia, según la evidencia documental disponible? Esta pregunta problema orienta la presente monografía y busca explorar, a través de una revisión de la literatura, la conexión entre el ambiente cultural en las instituciones de salud y los resultados en la seguridad de la atención.

Justificación

Disminuir los eventos adversos es tanto un imperativo ético como un indicador fundamental de la calidad en salud (OMS, 2023). Cada evento adverso evitado se traduce en vidas salvadas, disminución de secuelas en los pacientes y ahorro de costos asociados a prolongaciones de la estancia hospitalaria y tratamientos adicionales. La evidencia internacional sugiere que una proporción significativa de los eventos adversos es prevenible mediante prácticas seguras, estandarización de procesos y un entorno institucional que promueva la notificación de errores sin temor a represalias (Salazar Maya & Restrepo Marín, 2020).

Una cultura de seguridad fortalecida permite aprender de los errores y evitar su repetición, cerrando el ciclo de mejora continua. En Colombia, la Política Nacional de Seguridad del Paciente y lineamientos como la Resolución 0256 de 2016 (que define el Sistema de Información para la Calidad y monitorea indicadores de seguridad) insisten en la necesidad de fortalecer la cultura organizacional para implementar efectivamente prácticas seguras en todas las instituciones de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). De igual forma, la Resolución 3100 de 2019, que actualiza los estándares de habilitación de servicios de salud, incorpora requerimientos relacionados con la seguridad del paciente, subrayando la responsabilidad de los directivos y equipos de salud de establecer entornos seguros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

A nivel internacional, el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 (OMS, 2021) refuerza estos compromisos y brinda una hoja de ruta para que los países mejoren sus sistemas de reporte, fomenten el liderazgo en seguridad y empoderen tanto a trabajadores como a pacientes en pro de la atención segura. Este trabajo de grado se justifica

porque reúne y analiza evidencia tanto nacional como internacional para *identificar factores críticos de éxito y áreas de mejora* en la cultura de seguridad.

Los hallazgos de esta revisión documental serán valiosos para los gestores hospitalarios y profesionales de la salud, ya que ofrecen herramientas conceptuales y prácticas para diseñar estrategias que fortalezcan la cultura de seguridad del paciente, cumpliendo con la normativa vigente y alineándose con las metas estratégicas de la OPS/OMS. En última instancia, mejorar la cultura de seguridad en los hospitales de tercer nivel en Colombia contribuirá a proteger a los pacientes, reducir la ocurrencia de eventos adversos y optimizar los procesos asistenciales, lo que redundará en una atención de mayor calidad y confianza por parte de la comunidad.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar, mediante una revisión documental, la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la reducción de eventos adversos en hospitales de tercer nivel en Colombia, con el fin de generar recomendaciones basadas en evidencia para el fortalecimiento de la seguridad del paciente en estas instituciones.

Objetivos Específicos

Caracterizar los elementos fundamentales y dimensiones de la cultura de seguridad del paciente descritos en la literatura científica reciente (2020–2024), enfatizando factores como el liderazgo, la comunicación, el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo, el enfoque no punitivo y la dotación de personal.

Describir la frecuencia, tipos y clasificación de los eventos adversos documentados en la atención hospitalaria de alta complejidad, según las definiciones y categorizaciones establecidas por organismos internacionales (OMS) y nacionales (Ministerio de Salud de Colombia).

Analizar la asociación reportada en la literatura entre el nivel o calidad de la cultura de seguridad del paciente y la incidencia de eventos adversos en hospitales, identificando cómo una cultura más sólida impacta en la reducción de errores y daños al paciente.

Identificar las estrategias y recomendaciones propuestas en estudios y normativas recientes (p. ej., Resolución 0256 de 2016, Resolución 3100 de 2019, Estrategia OPS 2021-2030) para fortalecer la cultura de seguridad en hospitales de tercer nivel, y cómo estas iniciativas pueden contribuir a la disminución de eventos adversos.

Marco Teórico o Referencial

La cultura de seguridad del paciente se define como el conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos compartidos en una organización sanitaria en torno a la prevención de errores y la reducción del daño a los pacientes. Es, en esencia, el clima de seguridad que se vive en la institución y que determina *cómo* el personal percibe la importancia de la seguridad y *cómo* actúa frente a los riesgos. Una cultura positiva de seguridad implica que la seguridad de los pacientes es la prioridad máxima, incluso por encima de la productividad o la eficiencia momentánea (Vásquez-Trespalcios, 2022). Cuando la cultura de una institución valora la seguridad, se promueve activamente la detección de fallas, su reporte transparente y el aprendizaje a partir de ellas, en lugar de buscar culpables. Por el contrario, en culturas débiles, pueden existir silenciamiento de errores, normalización de prácticas inseguras y resignación ante eventos adversos como si fueran inevitables. A continuación, se presentan los conceptos y componentes clave relacionados:

Liderazgo y Compromiso Institucional: El liderazgo efectivo es un pilar fundamental de la cultura de seguridad. Diversos estudios han demostrado que la cultura de seguridad del paciente refleja directamente el nivel de compromiso de la alta dirección con este tema (Uribe & Ramírez, 2021, citado en Martínez-Romero et al., 2024). Cuando los directivos del hospital se involucran activamente, asignan recursos suficientes y priorizan la seguridad en la agenda institucional, el personal percibe ese apoyo y la calidad de la atención mejora sustancialmente. Un liderazgo *no punitivo* – es decir, que responde a los errores con análisis y mejora, y no con castigo – es identificado como un factor clave para desarrollar una cultura justa donde los profesionales se sienten seguros al reportar incidentes (Vásquez-Trespalcios, 2022). En síntesis, los líderes influyen con su ejemplo: si fomentan un entorno en el que “*ante todo, no hacer daño*”

es más que un lema y se traduce en acciones concretas (capacitación continua, rondas de seguridad, reconocimiento de buenas prácticas), la cultura de seguridad tiende a robustecerse.

Comunicación Abierta y Aprendizaje Organizacional: La comunicación efectiva es otro factor asociado íntimamente a la seguridad del paciente. Esto implica canales abiertos donde cualquier miembro del equipo de salud pueda expresar preocupaciones sobre riesgos, notificar errores o cuasi-fallas (incidentes que no llegan a dañar al paciente) y compartir lecciones aprendidas, sin temor a reprimendas. Una cultura que aprende es aquella que, tras un evento adverso o un *incidente*, realiza un análisis sistemático (por ejemplo, usando metodologías como el análisis de causa raíz o el protocolo de Londres) para entender qué falló en los procesos y cómo prevenir que vuelva a ocurrir. La OMS enfatiza que la seguridad del paciente requiere un enfoque de “*mejora continua*”: cada error debe convertirse en una oportunidad de aprendizaje, ajustando sistemas y protocolos para bloquear futuras fallas (OMS, 2021). En Colombia, las instituciones de salud están llamadas a implementar sistemas de gestión de eventos adversos que incluyan la recolección de datos de incidentes y eventos, su análisis y la difusión interna de las recomendaciones resultantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Una característica crucial de estos sistemas es la confidencialidad y la ausencia de castigo injustificado: solo así el personal participará activamente en reportar. Cabe destacar el concepto de la “segunda víctima”: el profesional involucrado en un error también sufre emocionalmente; una cultura de seguridad madura provee apoyo a estos profesionales y se concentra en mejorar el sistema en lugar de la culpa individual. En resumen, *comunicación abierta y aprendizaje organizacional* van de la mano: una institución que comunica problemas abiertamente es una institución que aprende y evoluciona hacia estándares de seguridad más altos.

Trabajo en Equipo y Ambiente de Colaboración: Los hospitales de tercer nivel (de alta complejidad) dependen de equipos multidisciplinarios para brindar atención a pacientes críticos. El trabajo en equipo eficaz – tanto dentro de una misma unidad como entre diferentes servicios del hospital – es una dimensión central de la cultura de seguridad. Un entorno donde predomina el respeto mutuo, la colaboración y la ayuda entre colegas tiende a tener menos errores, pues las cargas se comparten y los problemas se enfrentan colectivamente. Por el contrario, la fragmentación y la falta de cohesión entre profesionales pueden llevar a fallas en la continuidad del cuidado y a errores de comunicación (por ejemplo, omitir información importante durante un relevo de turno). La Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture, AHRQ) que se ha aplicado en múltiples instituciones – incluidas algunas colombianas – evalúa varias áreas relacionadas con el trabajo en equipo: la colaboración dentro de las unidades, la cooperación entre unidades distintas, y la percepción de apoyo que existe entre compañeros (Gómez Ramírez et al., 2011). Los resultados de esas encuestas suelen mostrar que fortalezas comunes en hospitales con buena cultura son el sentimiento de “somos un equipo” y la disposición de ayudar cuando alguien lo necesita; mientras que en hospitales con problemas de seguridad a menudo aparece que el personal se siente aislado o falta de respaldo (Martínez-Romero et al., 2024). En conclusión, promover un trabajo en equipo robusto – con entrenamiento conjunto, reuniones interdisciplinarias de seguridad y una actitud de *colaboración antes que culpabilización* – es esencial para mejorar la seguridad del paciente.

Enfoque No Punitivo ante Errores: Uno de los indicadores más reveladores de la cultura de seguridad es cómo reacciona la organización cuando ocurre un error. En una cultura *punitiva* o de culpa, los profesionales temen las consecuencias disciplinarias, legales o

reputacionales de reportar un evento adverso; como resultado, muchos incidentes se ocultan o subregistran. Esta situación es muy peligrosa, porque impide reconocer tendencias o problemas sistémicos y, por ende, dificulta implementar soluciones. Por el contrario, una cultura no punitiva – a veces llamada de “cultura justa” – distingue entre el *error humano no intencional* (que es inevitable en cierta medida) y las negligencias o conductas temerarias. Se busca no penalizar la notificación de eventos involuntarios, sino alentarla para aprender del error. Estudios han encontrado que el miedo al castigo es una de las principales barreras para la notificación de eventos adversos por parte del personal de salud (Vásquez-Trespacios, 2022). En encuestas realizadas en hospitales latinoamericanos, más de la mitad de los profesionales han admitido sentir que al reportar un evento, “*se está denunciando a la persona y no al problema*”, y temen que el error figure en su expediente laboral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 34). Estas percepciones solo se revierten mediante un claro mensaje institucional: los errores serán analizados, no castigados, siempre y cuando se reporten de manera transparente y no mediante dolo. La creación de sistemas anónimos de reporte, la retroalimentación posterior al reporte (informar qué se hizo al respecto) y la capacitación en seguridad contribuyen a construir esa confianza. Un ambiente no punitivo logra *aumentar significativamente la notificación de incidentes y eventos*, lo que a su vez enriquece la base de conocimiento de la organización para prevenir futuros daños (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En suma, eliminar la “cultura del silencio” y sustituirla por una cultura de reporte abierto es una de las transformaciones más importantes para reducir los eventos adversos.

Dotación de Personal y Carga de Trabajo: La dotación adecuada de personal y un manejo razonable de la carga de trabajo son condiciones necesarias para la seguridad del paciente. Incluso en una cultura fuerte, si el personal es insuficiente o está exhausto por jornadas

excesivas, la probabilidad de errores aumentará. La fatiga y el estrés crónico merman la capacidad de concentración y desempeño de médicos, enfermeras y demás profesionales, pudiendo llevar a omisiones o equivocaciones en tareas críticas. Por ello, la cultura de seguridad también abarca el bienestar del personal y la gestión de recursos humanos. Una institución con cultura positiva reconocerá la importancia de mantener una dotación acorde al volumen y complejidad de pacientes, así como de evitar sobrecargas, proveer pausas y promover el autocuidado del personal sanitario. Investigaciones sistemáticas han indicado que factores del *entorno laboral* como la satisfacción en el trabajo, las horas laboradas y el apoyo tras eventos traumáticos (segunda víctima) tienen un impacto significativo en las puntuaciones de cultura de seguridad (Vásquez-Trespacios, 2022). En particular, unidades con dotación insuficiente suelen obtener evaluaciones bajas en dimensiones de seguridad, y a la vez presentan mayores tasas de eventos adversos, comparadas con aquellas donde las relaciones paciente-enfermera o paciente-médico son adecuadas (Flores González et al., 2021). Por consiguiente, parte de fortalecer la cultura de seguridad radica en abogar por plantillas de personal suficientes, horarios que minimicen la fatiga y contratación de reemplazos oportunos para cubrir ausencias. Esto no solo mejora la seguridad directamente, sino que además transmite al personal que la institución valora su trabajo y su salud, reforzando el compromiso mutuo con la seguridad de los pacientes.

Clasificación de Eventos Adversos (OMS y MinSalud): Para entender la magnitud del problema y compararlo en el tiempo, es importante definir y clasificar claramente los eventos relacionados con la seguridad del paciente. Según la OMS, un evento adverso es cualquier lesión o daño causado al paciente como resultado de la atención sanitaria (no debido a su enfermedad de base) y que no era intencional. Dentro de esta definición amplia se reconocen subcategorías importantes:

- Un **incidente de seguridad** (también denominado evento sin daño o cuasi-falla) es una situación o suceso que podría haber causado daño pero que, ya sea por suerte o por mecanismos de seguridad existentes, no llegó a perjudicar al paciente. Un ejemplo es una medicación que se prescribió incorrectamente pero fue interceptada a tiempo por la enfermera antes de administrarla; el error ocurrió, pero no impactó al paciente. Estos incidentes son sumamente valiosos para el aprendizaje, pues señalan brechas de seguridad sin haber provocado una consecuencia clínica.
- Un **evento adverso** propiamente dicho implica que hubo daño al paciente. Este daño puede variar en severidad (leve, moderado, grave e incluso la muerte) y también en evitabilidad. Se habla de evento adverso prevenible cuando el daño podría haberse evitado si la atención hubiera seguido prácticas consideradas adecuadas en ese contexto (es decir, hubo alguna falla o error identificable). Por otro lado, un evento adverso no prevenible ocurre a pesar de que la atención cumplió con los estándares y protocolos; por ejemplo, una reacción alérgica inesperada a un antibiótico administrado correctamente. En la política colombiana, tanto los eventos adversos prevenibles como los no prevenibles deben ser reportados y analizados, aunque las acciones correctivas se enfocarán en los primeros, dado que señalan oportunidades claras de mejora (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- Un **evento centinela** es un tipo particular de evento adverso, definido por su extrema gravedad. Por lo general, el término se aplica a sucesos que causan la muerte del paciente o un daño físico/psicológico grave y permanente (por

ejemplo, una discapacidad) que no estaba presente antes de la atención. Los eventos centinela se consideran señales de alerta roja, pues indican fallas profundas en los sistemas de cuidado. Ejemplos de eventos centinela incluyen: cirugía en el sitio equivocado, suicidio de un paciente hospitalizado, intercambio de bebés en nursery, transfusión de sangre incompatible, entre otros. Dada su gravedad, requieren una investigación inmediata y exhaustiva, usualmente con notificación a autoridades sanitarias. El Ministerio de Salud de Colombia, alineado con la OMS, exige que los eventos centinela sean informados de manera prioritaria y gestionados con planes de mejora específicos, dado que nunca deberían ocurrir si todas las barreras de seguridad funcionaran correctamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Tabla 1.

Clasificación de incidentes y eventos adversos

Tipo de suceso de seguridad	Descripción
Incidente (o Cuasi-falla)	Evento o circunstancia que ocurre durante la atención sin causar daño al paciente, ya sea porque no llegó a afectarlo o porque se evitó fortuitamente. Indica una falla del proceso que no alcanzó al paciente, pero de la cual se puede aprender para mejorar los sistemas de prevención.
Evento Adverso (EA)	Situación en la que un paciente sufre daño no intencionado como resultado de la atención sanitaria recibida, y no por su condición

subyacente. Puede ser prevenible (el error o falla era evitable con las medidas correctas) o no prevenible (ocurrió a pesar de una atención adecuada). Ejemplos: úlcera por presión, infección asociada a la atención, error de medicación con lesión temporal, caída con fractura, etc.

Evento Centinela

Evento adverso grave en el que ocurre la muerte del paciente o un daño serio y permanente (físico o psicológico) como consecuencia de la atención. Estos eventos, como una cirugía en órgano equivocado o una transfusión con sangre incompatible, señalan fallas críticas. Son poco frecuentes pero de alto impacto, y requieren acciones inmediatas de reporte, análisis de causa raíz y medidas correctivas.

Nota. Autoría Propia. En esta tabla se evidencia la taxonomía de seguridad del paciente que diferencia incidentes, eventos adversos y eventos centinela, útil para estandarizar el análisis y priorizar intervenciones.

Como se aprecia, la taxonomía de la seguridad del paciente permite diferenciar la severidad y la evitabilidad de los eventos. Esto es importante en la gestión hospitalaria: los *incidentes* (sin daño) y los *casi errores* proveen alertas tempranas; los *eventos adversos prevenibles* evidencian áreas donde se deben reforzar las barreras de seguridad; los *eventos no prevenibles* recuerdan que siempre habrá riesgos inherentes a la medicina; y los *eventos centinela* obligan a revisar profundamente las prácticas porque son inadmisibles en una atención segura. Al categorizar e investigar cada tipo, los hospitales pueden priorizar intervenciones (por ejemplo, programas de prevención de caídas, de seguridad en cirugía, de farmacovigilancia) en aquellas áreas que más lo requieren según sus propios datos de eventos.

En síntesis, una cultura de seguridad del paciente robusta abarca todos los elementos antes mencionados: liderazgo comprometido, comunicación abierta, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, enfoque no punitivo y recursos adecuados. Esta cultura favorece la implementación efectiva de prácticas seguras (las llamadas *buenas prácticas* o *barreras de seguridad*), tales como listas de verificación quirúrgica, identificación correcta del paciente, higiene de manos estricta, doble verificación de medicamentos de alto riesgo, entre otras. La literatura revisada sugiere que los hospitales con culturas de seguridad más desarrolladas registran menos eventos adversos y tienden a detectar los problemas antes de que causen daño (Salazar Maya & Restrepo Marín, 2020; Flores González et al., 2021). Por ello, actualmente las agencias de salud en todo nivel – desde el Ministerio de Salud de Colombia hasta la OMS/OPS – están promoviendo evaluaciones periódicas de la cultura de seguridad en las instituciones, como parte integral de los programas de calidad. Herramientas como encuestas al personal, análisis de clima organizacional y monitoreo de indicadores de seguridad (por ejemplo, tasa de caídas, tasa de infecciones, número de eventos reportados) ayudan a tomar el pulso de la cultura y enfocar las estrategias de mejora continua.

Marco Normativo

En Colombia, la seguridad del paciente se apoya en un sólido marco normativo que orienta a las instituciones de salud hacia prácticas más seguras. A partir de 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social impulsó la Política Nacional de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es prevenir eventos adversos y mitigar los riesgos en la atención sanitaria. En junio de 2008 se expidieron los *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*, estableciendo acciones y estrategias transversales para fomentar una atención segura en todas las instituciones de salud. Esta política – que forma parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) – enfatiza la creación de una cultura institucional que promueva el reporte de incidentes, el análisis de las causas raíz y el aprendizaje organizacional a partir de los errores, todo ello con miras a reducir la ocurrencia de eventos adversos.

En línea con dicha política, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 0256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones sobre el Sistema de Información para la Calidad y se establecen indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Esta normativa fortaleció la recolección y análisis de datos relacionados con la seguridad del paciente a nivel nacional. En concreto, la Resolución 0256 de 2016 definió 55 indicadores trazadores de calidad – varios de ellos enfocados en seguridad del paciente – que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben reportar y monitorear periódicamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Entre estos indicadores de seguridad se incluyen tasas de eventos adversos frecuentes (como caídas de pacientes, eventos de medicación e infecciones asociadas a la atención), lo que permite identificar brechas en los procesos asistenciales y orientar acciones de mejora. La implementación de estos indicadores obligatorios ha sido clave para visibilizar la frecuencia de

eventos adversos en los diferentes niveles de atención y para que las instituciones tomen medidas preventivas basadas en datos objetivos.

Adicionalmente, la Resolución 3100 de 2019 actualizó los estándares de *habilitación* de los servicios de salud en Colombia, incorporando requisitos específicos relacionados con la seguridad del paciente. Esta resolución establece los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para su inscripción y habilitación, haciendo obligatoria la adopción de prácticas de seguridad en la atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Por ejemplo, dentro de los estándares de calidad para la habilitación se incluye la existencia de un *Programa de Seguridad del Paciente* en cada institución, el cual debe contar con protocolos para la identificación y gestión de riesgos, capacitación continua al personal en prácticas seguras, y mecanismos de reporte y análisis de eventos adversos. La Resolución 3100 de 2019 refuerza la responsabilidad de los directivos y equipos de salud en crear entornos seguros, al exigir liderazgo institucional en temas de seguridad, disponibilidad de equipos e insumos seguros, y cumplimiento de barreras de seguridad durante la atención clínica. De esta manera, la normativa de habilitación vincula directamente la cultura de seguridad con el licenciamiento de las entidades de salud: solo las instituciones que demuestran el cumplimiento de estos estándares (incluyendo la gestión activa de la seguridad del paciente) pueden operar legalmente en el país.

En el ámbito internacional, cabe destacar el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030 promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si bien no es una norma colombiana, este plan estratégico global ha influido en las políticas nacionales al proporcionar una hoja de ruta hacia la *eliminación del daño evitable* en la atención en salud (OMS, 2021). El plan consta de siete líneas de acción que abarcan factores clave para mejorar la

seguridad, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de gobernanza y liderazgo en seguridad del paciente, la promoción de una cultura de seguridad en todas las organizaciones sanitarias, la participación activa de los pacientes y sus familias en las iniciativas de seguridad, el desarrollo de una fuerza laboral competente en prácticas seguras, y la mejora de los sistemas de información y aprendizaje para prevenir errores. Colombia, a través de su Ministerio de Salud, ha venido alineando sus estrategias con este marco global, evidenciado en la actualización de sus guías y políticas para enfatizar la importancia del liderazgo, la comunicación abierta y el aprendizaje de los eventos adversos. Asimismo, organismos regionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han apoyado al país en la difusión de este plan y en la adaptación de sus recomendaciones al contexto local.

Como resultado de todo este andamiaje normativo, la seguridad del paciente se ha consolidado como prioridad nacional dentro de los programas de calidad en salud. Además de las normas mencionadas, Colombia cuenta con guías técnicas y manuales de buenas prácticas (por ejemplo, la Guía Técnica de Seguridad del Paciente de 2010 y actualizaciones posteriores) que sirven de referencia para las instituciones en la implementación cotidiana de las políticas. También, la seguridad del paciente es uno de los ejes centrales en los procesos de acreditación en salud, los cuales reconocen con niveles de excelencia a las instituciones que demuestran altos estándares en la gestión de riesgos y cultura de seguridad. En síntesis, el marco normativo vigente – desde la Política Nacional de 2008, pasando por las resoluciones de 2016 y 2019, hasta las orientaciones internacionales actuales – proporciona un conjunto de directrices integrales y actualizadas para que los hospitales colombianos desarrollen una cultura de seguridad sólida y logren reducir significativamente la ocurrencia de eventos adversos.

Tabla 2.

Principales normativas colombianas sobre seguridad del paciente

Normativa	Año	Ámbito y alcance principal
Política Nacional de Seguridad del Paciente	2008	<p>Lineamiento nacional que busca prevenir eventos adversos en la atención en salud. Establece estrategias transversales dentro del SOGCS para fomentar una atención segura, incluyendo la obligación de implementar programas de seguridad del paciente en todas las IPS. Su propósito central es disminuir riesgos y <i>eliminar el daño evitable</i> en los pacientes, mediante la creación de una cultura de seguridad proactiva en las instituciones de salud.</p>
Resolución 0256 de 2016 – Indicadores de Calidad	2016	<p>Norma del Ministerio de Salud y Protección Social que fortalece el Sistema de Información para la Calidad. Define 55 indicadores obligatorios de monitoreo de la calidad en salud, varios enfocados en seguridad del paciente (ej.: tasa de eventos adversos, caídas, infecciones). Obliga a los prestadores a reportar periódicamente estos indicadores al sistema nacional (SISPRO), facilitando la vigilancia de la seguridad del paciente y la comparación de resultados entre instituciones.</p>

Normativa	Año	Ámbito y alcance principal
Resolución 3100 de 2019 – Estándares de Habilitación	2019	Actualización de los estándares de habilitación de servicios de salud en Colombia. Incorpora requisitos de seguridad del paciente como condición para la habilitación: exige la implementación de programas de seguridad del paciente, protocolos de prevención de eventos adversos, capacitación continua del personal en prácticas seguras, y cultura de reporte y aprendizaje de errores. Vincula el cumplimiento en seguridad del paciente con la autorización para operar, asegurando el compromiso institucional con la calidad y seguridad en la atención.

Nota. Autoría Propia. En esta tabla se evidencia el marco normativo colombiano clave que exige programas y métricas de seguridad, conectando cultura organizacional con habilitación y monitoreo.

Metodología de la Revisión Documental

Se realizó una revisión narrativa estructurada de literatura científica y técnica publicada entre 2019 y 2025 sobre cultura de seguridad del paciente y eventos adversos en hospitales. Se priorizaron estudios observacionales hospitalarios, revisiones sistemáticas y documentos técnicos de organismos internacionales y autoridades sanitarias, con especial atención al contexto colombiano y a hospitales de tercer nivel. Se definieron criterios de inclusión para documentos que abordaran explícitamente cultura de seguridad y su relación con resultados de seguridad; se excluyeron editoriales sin datos y ámbitos no hospitalarios sin transferencia clara. La extracción se organizó por dimensiones culturales y por categorías clínicas de eventos adversos, con síntesis narrativa de convergencias y divergencias. Al final de la monografía, se deja constancia de que la descripción detallada de la estrategia de búsqueda, cribado, criterios y plantillas de extracción se presenta en el Apéndice B, para asegurar transparencia y reproducibilidad del proceso.

Tipo de estudio y alcance

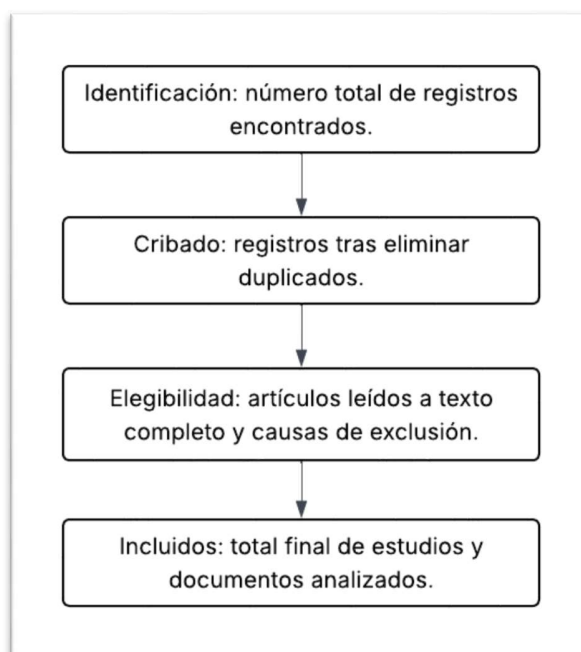
Se desarrolló una revisión narrativa y analítica de fuentes primarias y secundarias publicadas entre 2010 y 2025 sobre cultura de seguridad del paciente y eventos adversos en el contexto hospitalario, con énfasis en instituciones de alta complejidad en Colombia y Latinoamérica, e incorporación de literatura internacional relevante. El enfoque narrativo permitió integrar resultados heterogéneos (diseños observacionales, encuestas de cultura, reportes institucionales e informes técnicos) y explicar conexiones plausibles entre dimensiones culturales y resultados clínicos.

Fuentes y estrategia de búsqueda

Se consultaron repositorios académicos y portales técnicos de acceso abierto, revistas regionales indexadas y documentos técnicos de organismos internacionales y nacionales. Se

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de documentos (PRISMA adaptado)



Nota. Autoría Propia. En esta figura se evidencia el recorrido metodológico de la revisión (identificación, cribado, elegibilidad e inclusión), aportando transparencia al proceso.

Extracción y síntesis de información

Se extrajeron contexto y población, instrumento utilizado, dimensiones con mayor/menor puntuación, tipos y frecuencia de eventos adversos, relación reportada entre cultura y resultados, y recomendaciones. La síntesis se organizó por convergencias temáticas (liderazgo, comunicación y reporte, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo, enfoque no punitivo, dotación) y por resultados (medicación, infecciones, caídas, procesos quirúrgicos). Dada la heterogeneidad, se optó por síntesis narrativa con énfasis en consistencias y mecanismos plausibles.

Limitaciones metodológicas

La diversidad de definiciones, instrumentos y contextos, así como el subregistro de incidentes, limita comparabilidad y la posibilidad de metaanálisis. No obstante, la convergencia entre múltiples fuentes incrementa la validez externa de los hallazgos y la plausibilidad de los mecanismos descritos en la literatura reciente.

Resultados de la Revisión

Panorama internacional y regional

La evidencia reciente converge en que la madurez de la cultura de seguridad se asocia con disminuciones medibles de eventos adversos. Se describen reducciones en infecciones asociadas a la atención, caídas y errores de medicación en instituciones con mejores percepciones de trabajo en equipo, comunicación abierta, aprendizaje organizacional, apoyo gerencial y respuesta no punitiva (Murray, Sorra, Gale y Mossburg, 2024; Kakemam y colaboradores, 2021). Este vínculo se ha observado en regiones con diferentes niveles de recursos, lo que sugiere mecanismos universales: mayor adherencia a prácticas seguras, detección temprana de riesgos a partir del reporte de incidentes y cierre de brechas mediante ciclos de mejora.

Evidencia en Colombia y países comparables

En hospitales colombianos de alta complejidad, mediciones de cultura muestran fortaleza relativa en trabajo en equipo intramuros y aprendizaje organizacional, junto con debilidades persistentes en respuesta no punitiva, comunicación abierta, retroalimentación tras el reporte y coordinación entre unidades (Salazar y Restrepo, 2020). Estudios regionales latinoamericanos reportan patrones similares, con culturas en desarrollo y variabilidad entre instituciones, lo que respalda la transferibilidad de intervenciones culturales enfocadas en liderazgo visible, comunicación estructurada y políticas de cultura justa.

Síntesis temática de hallazgos por dimensión

El liderazgo comprometido es condición habilitante; sin él, las demás dimensiones no se consolidan. El trabajo en equipo intramuros suele ser la mayor fortaleza en alta complejidad, pero la coordinación entre unidades y transiciones es un talón de Aquiles recurrente. La

comunicación abierta y la respuesta no punitiva forman un binomio crítico para activar el reporte de incidentes y el aprendizaje organizacional; cuando fallan, se cronifican brechas y eventos repetitivos. La dotación y las condiciones de trabajo modulan el riesgo base y la sostenibilidad de prácticas seguras. Involucrar a pacientes y familias refuerza la detección de riesgos y la adherencia a medidas, alineado con líneas estratégicas internacionales.

Tabla 3.

Estudios y documentos clave sobre cultura de seguridad y eventos adversos

Referencia	Ámbito	Diseño/Instrumento	Hallazgos relevantes
			Menores tasas de eventos
Vikan et al. (2023)	Internacional	Revisión sistemática	adversos cuando aumentan los puntajes de cultura de seguridad.
Salazar Maya y Restrepo Marín (2020)	Colombia (seis centros quirúrgicos)	HSOPSC	Cultura intermedia; debilidades en no culpabilización y coordinación entre unidades.
Pedroso et al. (2023)	Sudamérica (multicéntrico)	Transversal	Variabilidad regional; patrones comparables con Colombia.
World Health Organization (2023)	Global	Nota técnica	Uno de cada diez pacientes sufre daño; gran parte prevenible.

Nota. Autoría Propia. En esta figura se evidencia el recorrido metodológico de la revisión (identificación, cribado, elegibilidad e inclusión), aportando transparencia al proceso.

Figura 2.

Mapa de calor cualitativo de dimensiones de cultura por área clínica con base en la literatura revisada

Area / Hallazgo	Respuesta no punitiva	Feedback	Trabajo en equipo intramuros	Coordinación entre unidades y apoyo gerencial
Quirófano	Rojo	Amarillo	Verde	Amarillo
UCI	Rojo	Amarillo	Verde	Amarillo
Urgencias y hospitalización	Rojo	Rojo	Amarillo	Rojo
Verde = fortaleza frecuente				
Amarillo = nivel intermedio o variable				
Rojo = debilidad recurrente según la literatura reciente en hospitales de alta complejidad.				

Nota. Autoría Propia. En esta figura se evidencia, por áreas clínicas, la fortaleza o debilidad relativa de las dimensiones culturales, señalando dónde concentrar los esfuerzos.

En quirófano y UCI suele haber buen trabajo en equipo dentro de la unidad (verde), pero persisten debilidades en respuesta no punitiva y retroalimentación (rojo/amarillo); en urgencias y hospitalización las transiciones y coordinación entre servicios muestran más brechas (rojo), y el trabajo en equipo intramuros es variable (amarillo). Estas tendencias son coherentes con mediciones de cultura de seguridad reportadas en hospitales latinoamericanos y colombianos recientes.

Mapa de evidencia por tipo de evento adverso

El mapa de evidencia es una matriz conceptual que cruza categorías clínicas de eventos adversos con dimensiones culturales relevantes para su prevención. Para infecciones asociadas a la atención, la evidencia es sólida y vincula liderazgo, aprendizaje organizacional y comunicación abierta con alta adherencia a bundles y mejores tasas. En cirugía y anestesia, trabajo en equipo, briefing y debriefing, y jerarquías planas durante el procedimiento se asocian

con menos complicaciones y casi desaparición de nunca eventos cuando la cultura es robusta. En medicación, la cultura justa y el reporte confiable permiten detectar cuasi fallas y rediseñar procesos, reduciendo errores con daño. En caídas y lesiones, la cultura de vigilancia compartida y coordinación entre servicios disminuye eventos, aunque la magnitud del efecto puede estar modulada por dotación y condiciones ambientales. En eventos centinela infrecuentes, la evidencia es cualitativa pero consistente: análisis de casos atribuyen su ocurrencia a fallas culturales en comunicación, cumplimiento de protocolos y empoderamiento del personal.

Medicación. Los errores de prescripción, transcripción y administración representan una proporción importante de eventos prevenibles. Las intervenciones con doble verificación independiente en fármacos de alto riesgo, conciliación de medicamentos al ingreso y egreso, y apoyo electrónico a la prescripción se asocian con reducción de errores con daño.

Infecciones asociadas a la atención. Los paquetes de prevención para catéteres, ventilación mecánica y sitio quirúrgico, junto con la higiene de manos estricta y la vigilancia activa, reducen IAAS y sus complicaciones, especialmente en UCI y quirófano.

Caídas del paciente. La valoración sistemática del riesgo, las barreras físicas, la educación al paciente y la revisión de fármacos de riesgo reducen la incidencia y severidad de caídas, sobre todo en población mayor o con movilidad limitada.

Procesos quirúrgicos. La lista de verificación quirúrgica aplicada completa en sus tres momentos, el briefing y debriefing del equipo y los recuentos estandarizados disminuyen omisiones críticas y eventos centinela.

Tabla 4.

Mapeo de dimensiones culturales, prácticas documentadas y efectos reportados

Dimensión cultural	Prácticas documentadas en la literatura	Efecto observado o esperado
Respuesta no punitiva a errores	Política de cultura justa; canales confidenciales de reporte; retroalimentación periódica	Aumento del reporte de incidentes/cuasi fallas y aprendizaje temprano
Trabajo en equipo	Pase clínico estandarizado; reuniones breves interprofesionales; briefing/debriefing	Menos fallas de comunicación en transiciones críticas
Comunicación abierta	Rondas de seguridad; discusiones de caso con enfoque sistémico	Identificación de riesgos latentes y cierre de brechas
Aprendizaje organizacional	Análisis de causa raíz; boletines de lecciones aprendidas; revisiones de práctica	Reducción de recurrencia de eventos similares
Liderazgo visible	Seguimiento de tableros de seguridad; rondas directivas; reconocimiento de buenas prácticas	Mayor cumplimiento de protocolos y clima de seguridad percibido
Dotación y bienestar	Ajustes de carga; pausas activas; formación focalizada; apoyo a segunda víctima	Menor fatiga y errores asociados a sobrecarga

Nota. Autoría Propia. En esta tabla se evidencia cómo cada dimensión cultural se traduce en prácticas concretas y efectos observados.

Tabla 5.

Prácticas seguras priorizadas según el tipo de evento adverso.

Medicación	Cirugía	Caídas	Infecciones asociadas a la atención
Conciliación al ingreso y egreso	Lista de verificación en tres momentos	Valoración sistemática del riesgo	Higiene de manos con auditoría
Doble verificación de alto riesgo	Briefing y debriefing del equipo	Barreras físicas y educación	Bundles para catéteres y ventilación
Apoyo electrónico a la prescripción	Recuento estandarizado de materiales	Revisión de fármacos de riesgo	Vigilancia y retroalimentación

Nota. Autoría Propia. En esta tabla se evidencia la priorización de prácticas seguras por tipo de evento adverso, orientando la implementación focalizada según el riesgo clínico.

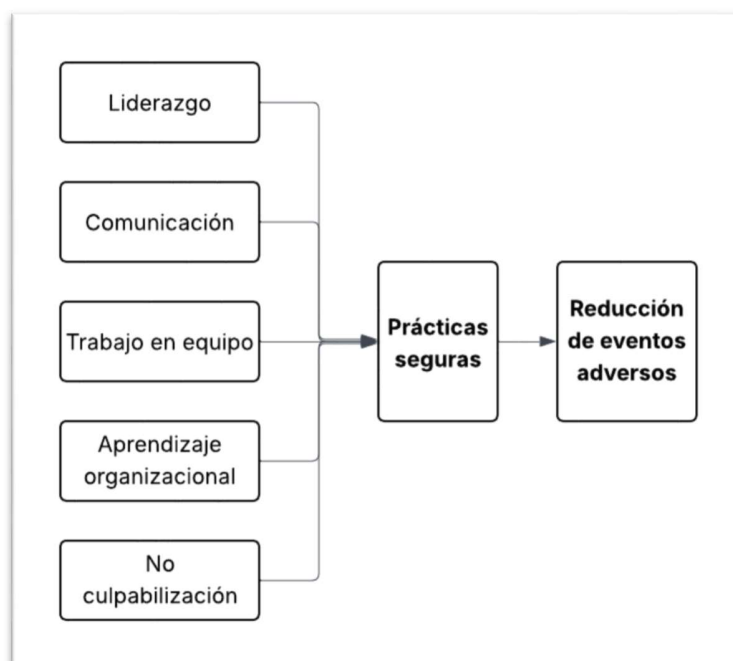
Relación cultura – resultados

La evidencia reciente muestra una asociación negativa consistente entre el nivel de cultura de seguridad del paciente y la ocurrencia de eventos adversos: a mejores puntajes en liderazgo, trabajo en equipo, comunicación abierta, aprendizaje organizacional y enfoque no punitivo, menor incidencia de daño relacionado con la atención (Vikan, Aase y Wiig, 2023). En contextos latinoamericanos, incluidos hospitales colombianos, se repiten patrones de fortaleza intramuros en trabajo en equipo y debilidades en respuesta no punitiva, retroalimentación tras el reporte y coordinación entre servicios, dimensiones que median la traducción de la cultura en prácticas seguras y, por ende, en resultados clínicos más favorables (Salazar Maya y Restrepo Marín, 2020; Pedroso y colaboradores, 2023). Esta relación se sintetiza en un modelo conceptual

que conecta dimensiones culturales, prácticas con respaldo de evidencia y resultados asistenciales, y que además incorpora el énfasis del plan de acción mundial 2021–2030 en liderazgo, participación del personal y aprendizaje a partir de incidentes (World Health Organization, 2021).

Figura 3.

Diagrama conceptual que conecta dimensiones de cultura con prácticas seguras y la reducción de eventos adversos.



Nota. Autoría Propia. En esta figura se evidencia el modelo que conecta dimensiones culturales con prácticas seguras y resultados, mostrando la lógica causal para la reducción de eventos adversos.

Casos documentales ilustrativos

Los casos documentales ilustrativos son ejemplos reales descritos en la literatura o informes técnicos que muestran, positiva o negativamente, el papel de la cultura en los resultados. Se incluyen tres tipologías: un caso de evento catastrófico que evidenció fallas culturales y detonó reformas organizacionales; un caso de intervención cultural multimodal en cuidados críticos que redujo infecciones de forma sostenida; y la experiencia de un hospital acreditado que integró indicadores de cultura y resultados, logrando descensos medibles de

eventos adversos. Estos casos no son anécdotas aisladas, sino piezas de evidencia aplicada que complementan los datos cuantitativos y ayudan a entender el cómo y el porqué de la relación cultura–resultados.

Caso 1. Unidad quirúrgica que fortalece cultura justa y aprendizaje. La aplicación completa de la lista de verificación en sus tres momentos, el pase estandarizado y reuniones posincidente centradas en causas sistémicas incrementaron el reporte de cuasi fallas y disminuyeron omisiones en el time out y errores evitables asociados a la preparación del procedimiento.

Caso 2. Programa de seguridad en medicación. La doble verificación independiente para alto riesgo, la conciliación al ingreso y egreso y la asistencia electrónica a la prescripción se asociaron con reducción de errores con daño y detección temprana de discrepancias.

Caso 3. Participación del paciente y familia. Materiales educativos sencillos sobre identificación y medicación, invitación explícita a preguntar y co-diseño de mensajes aumentaron adherencia y detección de riesgos antes de la administración de tratamientos.

Discusión

Relevancia y aplicabilidad. Los hallazgos confirman que fortalecer la cultura de seguridad es una estrategia de alto impacto y costo-efectiva en hospitales de tercer nivel. La aplicabilidad local requiere priorizar dimensiones débiles, iniciar con acciones de alto efecto y bajo costo, y garantizar respaldo visible de la alta dirección. El resultado esperado no es solo un aumento de reportes al inicio, sino una tendencia sostenida a la baja de eventos con daño a medida que el aprendizaje se traduce en rediseños de procesos.

Propuesta: sistema de indicadores de seguimiento. Se propone un tablero integrado con indicadores de cultura y resultados. Entre los primeros: porcentaje de respuestas positivas por dominio en una encuesta validada, tasa de reportes por mil egresos, proporción de reportes con retroalimentación oportuna, participación anual en formación en seguridad, y rondas de seguridad realizadas por líderes. Entre los segundos: tasas de infecciones asociadas a la atención por denominadores estandarizados, caídas con lesión por mil días paciente, errores de medicación con daño por mil órdenes, cumplimiento de lista de verificación quirúrgica y ocurrencia de eventos centinela. La lectura integrada permite identificar correlaciones prácticas, priorizar intervenciones y evaluar impacto.

Desafíos de implementación. La resistencia al cambio cultural, la sobrecarga laboral y la variabilidad en recursos pueden limitar la velocidad de mejora. Estrategias para mitigarlos incluyen formación breve y recurrente en servicio, políticas explícitas de cultura justa, simplificación del reporte, retroalimentación útil y visible, y reconocimiento positivo a prácticas seguras. La sostenibilidad exige institucionalizar la seguridad en inducciones, planes de desarrollo y evaluación gerencial.

Implicaciones para política y gestión. Vincular metas de cultura y seguridad a la planeación estratégica hospitalaria y a procesos de habilitación o acreditación incrementa la probabilidad de adopción sostenida. El intercambio de experiencias entre hospitales de alta complejidad del país puede acelerar la difusión de prácticas efectivas y favorecer aprendizaje entre pares.

Limitaciones de la evidencia y de la revisión. La heterogeneidad de instrumentos, contextos y definiciones dificulta la comparación directa de magnitudes de efecto. El subregistro de incidentes puede sesgar algunas métricas. La revisión se apoyó en síntesis narrativa, apropiada para integrar fuentes diversas, aunque sin estimaciones metaanalíticas. Aun así, la consistencia en la dirección del efecto y la plausibilidad de los mecanismos confieren robustez a las conclusiones.

Conclusiones

Primero, la cultura de seguridad del paciente es un determinante organizacional crítico que se asocia de manera consistente con la reducción de eventos adversos en hospitales de alta complejidad. Las instituciones que exhiben liderazgo comprometido, comunicación abierta, trabajo en equipo sólido, aprendizaje organizacional y respuesta no punitiva logran menores tasas de infecciones asociadas a la atención, errores de medicación, caídas y complicaciones perioperatorias.

Segundo, en el contexto colombiano, la cultura de seguridad muestra avances heterogéneos. Las fortalezas en trabajo en equipo intramuros y aprendizaje organizacional conviven con debilidades en comunicación franca, retroalimentación posreporte, respuesta no punitiva y coordinación entre unidades. Intervenir sobre estas brechas es prioritario si se pretende traducir marcos normativos y técnicos en mejoras clínicas sostenibles.

Tercero, la relación cultura–resultados opera mediante mecanismos verificables: mayor transparencia y reporte de incidentes, ciclos de mejora que aprenden de cuasi fallas, adherencia a prácticas seguras y barreras preventivas robustas en puntos de riesgo. Estos mecanismos reducen la probabilidad de daño en múltiples frentes clínicos, por lo que la cultura es una palanca transversal de alto rendimiento.

Cuarto, la adopción de un sistema de indicadores que integre mediciones de cultura con indicadores de resultados de seguridad permite gestionar con datos el cambio cultural. Este sistema facilita priorizar intervenciones, asignar recursos, monitorear impacto y rendir cuentas a los niveles directivos y regulatorios.

Quinto, el cambio cultural requiere una combinación de tácticas: liderazgo visible que modele la seguridad como valor no negociable, políticas de cultura justa, formación continua con

foco en habilidades de equipo y comunicación, simplificación y fortalecimiento del reporte, y estrategias para mejorar dotación y bienestar del personal. La participación informada de pacientes y familias añade una capa de protección y coherencia con tendencias globales.

Sexto, las instituciones deben planear la sostenibilidad del cambio cultural. Integrar la seguridad del paciente en misiones, inducciones, evaluación del desempeño directivo y tableros estratégicos ayuda a blindar los avances ante rotación de personal y coyunturas. La cooperación interhospitalaria y el aprendizaje entre pares pueden acelerar la maduración cultural del sector.

Finalmente, fortalecer la cultura de seguridad del paciente no es un complemento opcional, sino una condición estructural para ofrecer atención de alta complejidad con bajo riesgo de daño evitable. Las recomendaciones derivadas de esta revisión son accionables en el corto y mediano plazo y, de adoptarse, permitirán a los hospitales de tercer nivel en Colombia avanzar hacia organizaciones altamente confiables, con beneficios clínicos, económicos y reputacionales tangibles.

Referencias Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Version 2.0: User's guide.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-users-guide.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey 2.0: 2022 user database report.
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Core elements of hospital antibiotic stewardship programs. <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/hcp/core-elements/hospital.html>
- Flores González, E., Godoy Pozo, J., Burgos Grob, F., & Salas Quijada, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y Enfermería*, 27, e40027.
<https://doi.org/10.29393/ce27-27aee40027>
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97–111.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>
- International Council of Nurses. (2023). Patient safety: Position statement.
https://www.icn.ch/system/files/2023-09/PS_C_Patient%20safety.pdf

Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., & Kalhor, R. (2021). Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: A national questionnaire survey in Iran. *BMC Nursing*, 20, 60.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenciónEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACIÓN%20DE%20LA%20POLÍTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 0256 de 2016 (Sistema de Información para la Calidad y sus indicadores).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019 (Inscripción de prestadores y habilitación de servicios). [https://www.suin-](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039964)

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039964](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039964)

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

Parra, C. V., López, J. S., Bejarano, C. H., Puerto, A. H., & Galeano, M. L. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 284–292. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>

- Pedroso, A. C., Almeida, A., & colaboradores. (2023). Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(10), e0289936.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289936>
- Salazar Maya, Á. M., & Restrepo Marín, D. M. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*, 11(2), e1040.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Inspector General. (2022). Hospitals' use of voluntary incident reporting systems to identify and track patient harm events (OEI-06-17-00420). <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-17-00420.pdf>
- Vikan, M., Aase, K., & Wiig, S. (2023). The association between patient safety culture and adverse events: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 19(6), e486–e497.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001180>
- World Health Organization. (2016). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250680>
- World Health Organization. (2019). Medication safety in polypharmacy: Technical report. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325454>
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2023). Patient safety: Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Apéndice A.

Matriz de extracción de datos

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
Salazar Maya y Restrepo Marín (2020)	Colombia,	Transversal con encuesta	Centros quirúrgicos	Describir la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos de Antioquia	HSOPSC	Trabajo en equipo intramuros; respuesta no punitiva; coordinación entre unidades; feedback	Cirugía; medicación	Cultura intermedia; debilidades en culpabilización y coordinación interservicios; necesidad de fortalecer retroalimentación	Estandarizar pases; reforzar feedback y liderazgo clínico en quirófano	Muestra por conveniencia; un departamento; autorreporte	Medio
Pedroso, Almeida y colaboradores (2023)	Sudamérica,	Transversal multicéntrico	Varias unidades hospitalarias	Evaluar la cultura de seguridad en hospitales	Encuesta validada	Liderazgo; trabajo en equipo; comunicación; aprendizaje	Varios	Variabilidad regional; asociación positiva entre mejores puntajes	Capacitación continua; liderazgo visible;	Heterogeneidad entre centros; sesgo de autorreporte	Medio

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
Vikan, Aase y Wiig (2023)	Internacional	Revisión sistemática	Hospitalario	Sintetizar la asociación entre cultura de seguridad y eventos adversos	Revisión de estudios observacionales	Múltiples dominios HSOPSC y equivalentes	Varios	de cultura y desempeño en seguridad Asociación negativa consistente entre cultura y eventos; mejores puntajes se vinculan con menos eventos	comunicación estandarizada Estandarizar instrumentos; fortalecer dimensiones débiles (no punitiva, feedback, coordinación)	Heterogeneidad de definiciones e instrumentos; limitaciones para metaanálisis	Alto
World Health Organization (2023)	Global	Nota técnica (fact sheet)	Sistemas de salud	Presentar magnitud y prevenibilidad del daño	Revisión OMS	Gobernanza y cultura de seguridad a nivel macro	Varios	Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre daño; gran parte prevenible; mayor	Implementar enfoque de aprendizaje y mejora continua;	Documento de síntesis; no aporta datos desagregados por país	Alto

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
				por atención insegura				carga en países de ingresos medios	fortalecer cultura y reporte		
World Health Organization (2021)	Global	Plan de acción 2021–2030	Sistemas de salud	Proponer hoja de ruta para eliminar daño evitable	Marco estratégico OMS	Liderazgo y gobernanza; participación; cultura justa; aprendizaje	Varios	Siete ámbitos de acción; énfasis en cultura, aprendizaje y participación del paciente	Alinear planes nacionales e institucionales; medir y aprender de incidentes	Documento normativo-estratégico; requiere adaptación local	Alto
Agency for Healthcare Research and Quality (2019)	Internacional, hospitalario	Manual técnico	Hospitalario (personal de salud)	Orientar uso del HSOPSC v2.0	HSOPSC 2.0 (guía de usuario)	Dominios HSOPSC v2.0 (trabajo en equipo intramuros; no punitiva; feedback;	No aplica (instrumento de medición)	Definiciones, cómputo de “respuestas positivas”, recomendaciones de aplicación	Aplicar con anonimato; reportar por unidades; comparar dominios	Manual; no contiene resultados clínicos	Alto

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
						apoyo gerencial; aprendizaje; coordinación; comunicación abierta; dotación)					
Agency for Healthcare Research and Quality (2022)	Internacional, hospitalario	Informe de base de datos	Hospitalario	Ofrecer resultados comparativos de HSOPSC 2.0 (User Database Report)	Base de datos SOPS	Idem HSOPSC v2.0	No aplica directo	Medianas por dominio; patrones de fortalezas/debilidades frecuentes	Usar benchmarking con cautela; priorizar dominios débiles	Representatividad basada en centros participantes; contexto EE. UU.	Medio-alto

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
International Council of Nurses (2023)	Global	Declaración de posición	Enfermería en hospitales	Enmarcar la seguridad del paciente en la práctica de enfermería	Revisión y consenso ICN	Cultura de seguridad; cargas de trabajo; bienestar del personal	Varios	Relación entre dotación, cargas y seguridad; rol de liderazgo de enfermería	Fortalecer dotación y liderazgo clínico; programas de apoyo	Declaración profesional; evidencia de soporte resumida	Medio
U.S. HHS Office of Inspector General (2022)	EE. UU., hospitalario	Informe analítico	Hospitalario	Analizar uso de sistemas de reporte voluntario para identificar daño	Auditoría y revisión de incidentes	Cultura de reporte y aprendizaje	Varios	Los hospitales no capturan una parte sustantiva del daño si dependen solo de reportes voluntarios	Complementar sistemas de reporte con métodos proactivos (revisión de historias, triggers)	Contexto EE. UU.; transferibilidad con cautela	Medio

Autor y año	País	Tipo de documento	Área/servicio	Objetivo del documento	Instrumento o fuente de datos	Dimensiones de cultura analizadas	Tipo(s) de evento adverso considerado	Resultados principales (síntesis)	Recomendaciones del documento	Observaciones sobre calidad/limitaciones	Nivel de evidencia
World Health Organization (2019)	Global	Informe técnico	Polifarmacia (hospital/ambulatorio)	Orientar seguridad de medicación en polifarmacia	Revisión técnica OMS	Cultura y procesos seguros de medicación	Errores de medicación	Recomendaciones para conciliación, revisión de tratamientos y alto riesgo	Implementar conciliación y revisión periódica; educación	No es estudio primario; recomendaciones generales	Medio
Centers for Disease Control and Prevention (2019)	EE. UU., hospitalario	Guía técnica	Hospitalario	Elementos de programas de administración de antimicrobianos	Guía CDC	Gobernanza clínica; equipo multidisciplinario; medición	Infecciones asociadas y eventos por antibióticos	Mejora de uso de antibióticos y reducción de IAAS	Programas institucionales con indicadores y feedback	Contexto EE. UU.; requiere adaptación	Medio
World Health Organization (2016)	Global, hospitalario	Guía clínica	Cirugía	Prevención de infección del sitio quirúrgico	Guía OMS	Prácticas seguras en perioperatorio	Infección del sitio quirúrgico	Paquetes de medidas reducen tasas de infección	Implementar bundles y auditoría de adherencia	Guía previa a 2020; sigue vigente como referencia	Medio

Apéndice B.

Protocolo de búsqueda y cribado de la literatura

Base/Portal	Cobertura principal	Tipo de documentos recuperados	Notas
OMS/OPS	Global y regional Américas	Informes técnicos, planes de acción, fact sheets	Datos de magnitud y marcos estratégicos 2021–2030
AHRQ (PSNet/SOPS)	Hospitalario internacional	Revisiones, guías, manuales de medición de cultura	Referencias clave sobre HSOPSC (contexto de estudios incluidos)
PubMed Central / MEDLINE	Biomedicina	Artículos revisados por pares	Filtros por año, idioma y tipo de estudio
SciELO / Revistas regionales	ALyC	Estudios en contexto latinoamericano	Acceso a evidencia local (p. ej., Colombia)
MSPS Colombia	Nacional	Resoluciones, guías, lineamientos	Contexto normativo y técnico para el país

Objetivo del apéndice

Describir de forma transparente cómo se identificaron, cribaron y seleccionaron las fuentes incluidas en la revisión documental sobre cultura de seguridad del paciente y su relación con la reducción de eventos adversos en hospitales de tercer nivel en Colombia.

Alcance temporal y lingüístico

Periodo considerado: 2010–2025.

Idiomas: español e inglés.

Bases y portales consultados

Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ/PSNet y SOPS).

PubMed Central / MEDLINE (acceso abierto).

SciELO y revistas regionales indexadas en salud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (documentos técnicos y normativos).

Criterios de inclusión

Estudios hospitalarios (o unidades hospitalarias) que aborden cultura de seguridad del paciente y/o eventos adversos.

Investigaciones con instrumentos validados para cultura (por ejemplo, HSOPSC) o que reporten dimensiones culturales de forma explícita.

Revisiones y documentos de organismos internacionales (2010–2025) relevantes para la relación cultura–eventos.

Enfoque en alta complejidad, terciario o servicios críticos (quirófano, UCI, urgencias, hospitalización).

Idiomas español o inglés, texto completo disponible.

Criterios de exclusión

Editoriales o cartas sin datos.

Ámbitos no hospitalarios sin lecciones transferibles.

Duplicados o versiones preliminares de un mismo estudio.

Documentos sin información suficiente sobre cultura o eventos adversos.

Proceso de cribado y elegibilidad

Paso 1. Identificación: búsqueda en cada base con las ecuaciones anteriores y exportación de registros.

Paso 2. Cribado: eliminación de duplicados y lectura de título-resumen para descartar lo no pertinente.

Paso 3. Elegibilidad: lectura a texto completo para verificar criterios de inclusión/exclusión.

Paso 4. Inclusión: selección final de estudios y documentos para extracción y síntesis.